

Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler.

Bror Just Andersen

© **Bror Just Andersen, 2011**

*Doktoravhandlinger forsvart ved
Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
No. 305*

ISSN 1504-3991

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen.
Trykk og innbinding: AIT Oslo AS.

Produsert i samarbeid med Unipub, Oslo.
Avhandlingen blir kun produsert av Unipub i forbindelse med disputas.
Alle henvendelser vedrørende avhandlingen skal rettes til rettighetshaver eller enheten der doktorgrad er forsvart.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Forord	4
Sammendrag	6
Summary	8
Oversikt over artikler	9
Hovedfunn	10
Innledning.....	11
Bakgrunn	13
Definisjoner	16
Nærmere om VIP	20
Litteraturgjennomgang	25
Materiale og metoder	26
Endepunkter	26
Utvalg	27
Datainnsamling.....	28
Spørreskjema	30
Frafall og nettoutvalg	32
Databehandling.....	33
Statistiske metoder	39
Funn.....	43
Diskusjon.....	45
Avslutning og konklusjoner	50
Litteraturliste	52
Vedlegg	62

Forord

En lang dags marsj gjennom tåke og natt -

og atter en gang gryr en tidlig morgen av livgivende lys...

Jeg tror det er en god beskrivelse av mine følelser knyttet til dette prosjektet når jeg nå står på terskelen for å avslutte et kapittel som starten på et nytt. Jeg er usigelig glad, og mange skal takkes for støtte, bistand og tilførsel underveis.

Jeg vil gjerne takke Helse Øst og Vestre Viken HF for å ha finansiert både forprosjektet og største delen av prosjektet som leseren her holder resultatet av i hånden. Tusen takk til Kari Ringstad avdelingssjef ved Bærum DPS for at du har trodd på prosjektet og lagt til rette for at jeg skulle få dette til, selv om du frarådet meg å gjøre det.

Tusen takk til Folkehelseinstituttet for veldig gode rammer og til hele divisjon for psykisk helse som har et unikt forskningsmiljø, er en fantastisk gjeng å jobbe med og som har gitt meg mange gode vennskap. Takk til Kari Voll og Grethe Kjær Hasselblad for all daglig støtte og bistand, og for at dere er to store soler som alltid skinner. Takk til Kristin S. Mathisen, Evalill Karevold, Kristian Tambs og Odd Steffen Dalgard for bidrag til utvikling og analyse av spørreskjema, takk til Jon Martin Sundet, Leif Edvard Aarø og Rune Johansen for veiledning og bistand med statistikk og analyser, takk til Hege Bøen som har gått et parallelt løp med meg og takk til tidligere direktør ved divisjon for psykisk helse, Arne Holte. Jeg er veldig glad for at du fant plass til meg i din forskningsfold, takk for at du har hatt ”trua”, at du hele veien har støttet meg og for at du har fylt oppgaven som min biveileder.

En av mine tidligere kolleger ved Folkehelseinstituttet krever imidlertid en helt spesiell plass, og det er min hovedveileder gjennom fire år, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet / professor ved UiO, Erik Nord. Takk for at du øser av din kunnskap og ditt vennskap. Takk for at du har pekt i riktig retning når jeg har hatt behov for det, takk for at du har håndledet meg når jeg åpenbart har hatt behov for det, og takk for at jeg har fått fire år under din akademiske ånd. Begrepet ”dannelse” har i løpet av denne tiden definitivt fått et utvidet innhold. Uten deg, ingen avhandling – takk Erik.

Avslutningsvis vil jeg få takke for støtten fra hele min familie gjennom disse fire årene. En spesiell takk til Lukas og Tiril som alltid er der med sin uforbeholdne kjærighet og som gjør at solen skinner selv når det stormer som verst. Og til sist men kanskje aller mest tusen takk Cathrine, min alltid tilstedeværende og aller kjæreste kone. Takk for at du har lest gjennom og strammet opp din dyslektiske mann. Tusen, tusen takk for at du har vært der hele veien med støtte og kjærighet, veiledning og bistand – oppover bakkene og nedover bakkene, også i de periodene jeg har vært mentalt relativt fraværende. Jeg kan forstå at det til tider har vært utfordrende, og jeg er veldig glad for at du har holdt det ut. Tusen takk kjæresten min.

Da gjenstår det i grunn bare å si; ”Passære?”

Sammendrag

Mellom 15 og 20 % av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungeringsevne. Mellom 4 og 7 % har så alvorlige plager at de trenger behandling. Bare 15-20 % av ungdommer med betydelige psykiske plager har vært i kontakt med psykisk helsevern de siste 12 månedene.

I denne kvasieksperimentelle studien med test og kontrollgruppe og Solomons design har jeg undersøkt effekter av forebyggende psykisk helse. Intervensjonen jeg har undersøkt er VIP (Veiledning og Informasjon om Psykisk helse). VIP er et forebyggende program for elever i videregående skole. Målsetningen er å øke kunnskap om og evne til å gjenkjenne tegn på psykiske problemer og lidelser, og å senke terskelen for å søke hjelp. Jeg vurderer her graden av måloppnåelse. Utvalget er 880 elever i Akershus der intervensjonen har blitt gjennomført, sammenliknet med 811 elever fra Vestfold fylke som ikke hadde intervensjonen.

Opplysningene er innhentet gjennom spørreskjema før intervensjonen (t0), og 1 (t1), 6, 12 og 24 måneder etter intervensjonen.

Ved hvert tidspunkt er kunnskapen målt i prosent av maksimum skåre på et sett av indekser, mens forekomst av problemer måles med SDQ-Nor og skala for angst. Effektstørrelsen på de enkelte indeksene er estimert i (a) forskjeller i forbedring av prosentskåre og (b) Cohens d. Total gjennomsnittlig svarprosent (t0-t3) er på 79,3 % for intervensjonsgruppen og 76,7 % for kontrollgruppen. Forskningsprosjektet har anlagt en kvasieksperimentell Solomon fire-gruppe design. De enkelte spørsmål er gruppert slik at de danner indekser og effekt er målt gjennom signifikanstesting (t-test), absolutte prosentvise endringer og Cohens d.

Avhandlingen er en empirisk studie av effekter. Hovedfunnene er at programmet gir klare effekter på kort sikt på kunnskaper om psykisk helse og om hjelpeapparat. Kunnskapene om psykisk helse synes å holde seg ganske godt det første året etter intervensjonen, mens kunnskapene om hjelpeapparat synes å glemmes i betydelig grad. Etter 6 og 12 måneder observeres liten effekt på hjelpesøking. På den annen side synes det å være en moderat, men signifikant gunstig effekt på forekomst av problemer. Programmet ser dessuten ut til å ha en kostnadseffektiv gjennomføring for skolene.

Summary

Between 15 and 20% of all young people in Norway have mental problems that impact their daily functioning, and between 4 and 7% have problems that need treatment. Psychological problems are often taboo, and many people do not dare to share their problems with others.

In this quasiexperimental study with test and control group and Solomons design I have investigated the effects of preventive mental health. The intervention we studied is VIP (Guidance and Information on Mental Health). VIP is a preventive program in Norway targeted at students in secondary school. It aims at increasing understanding and recognition of mental problems and illness and at lowering thresholds for help seeking. We assess the degree of achievement of these goals. A sample of 880 students in a county where the program had been implemented was compared with a sample of 811 students in a county where the program had not yet been implemented. Data was collected through questionnaires prior to intervention (t0) and at 1 (t1), 6, 12 and 24 months after intervention.

At each time, knowledge was measured as percentages of top scores on a set of indices, while level of mental health problems was measured by SDQ-Nor and scale for anxiety. Effect sizes on the various indices are estimated in terms of (a) differences in improvements of percentage scores and (b) Cohen's d. Total average response rate (t0-t3) is 79,3 % for the intervention group and 76,7 % for the control group. The project uses a quasi-experimental Solomon four-group design. The individual questions are combined in indexes and the power is measured by significance testing (t-values), total percentage differences and Cohen's d.

The thesis is an empirical study of effects. The main findings are that the program provides significant effects in the short term knowledge about mental health and support services. Knowledge about mental health seems to remain fairly well the first year after the intervention, while knowledge of support services seems to be forgotten in a significant degree. After 6 and 12 months observed little effect on the help search. On the other hand, there seems to be a moderate but significant beneficial effect on the incidence of problems. The program also appears to have a cost-effective implementation for the schools.

Oversikt over artikler

1. Andersen, B.J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi, 1*, 15-22.
2. Andersen, B.J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Læringsutbytte 6 og 12 måneder etter. Innsendt - til fagfelleevaluering.
3. Andersen, B.J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi, 1*, 23-32.

Hovedfunn

Denne avhandlingen er en empirisk studie av effektene av VIP. Hovedfunnene er at programmet gir klare effekter på kort sikt på kunnskaper om psykisk helse og om hjelpeapparat. Kunnskapene om psykisk helse synes å holde seg ganske godt det første året etter intervensjonen, mens kunnskapene om hjelpeapparat synes å glemmes i betydelig grad. Etter 6 og 12 måneder observeres liten effekt på hjelpsøking. På den annen side synes det å være en moderat, men signifikant gunstig effekt på forekomst av problemer. Programmet ser dessuten ut til å ha en kostnadseffektiv gjennomføring for skolene.

Innledning

Mellom 15 og 20 % av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungeringsevne. Mellom 4 og 7 % har så alvorlige plager at de trenger behandling (1, 2). Bare 15-20 % av ungdommer med betydelige psykiske plager har vært i kontakt med psykisk helsevern de siste 12 månedene (3).

Psykiske problemer er ofte tabubelagt. Mange tør ikke dele problemene med andre. For lite kunnskap om problemene kan medvirke til at de som er rammet, ikke er klar over hva som plager dem. Om nettverket rundt har den samme kunnskapsmangelen, er muligheten for å få hjelp i primærrelasjonene begrenset.

Det er evidens for at tidlig hjelp vil kunne gi unge med psykiske lidelser bedre muligheter og minske sjansen for gjentatte, alvorlige sykdomsperioder (4-8). Samtidig er det rimelig å anta at mer kunnskap blant de unge om psykiske lidelser øker sjansene for at tidlig hjelp vil bli søkt.

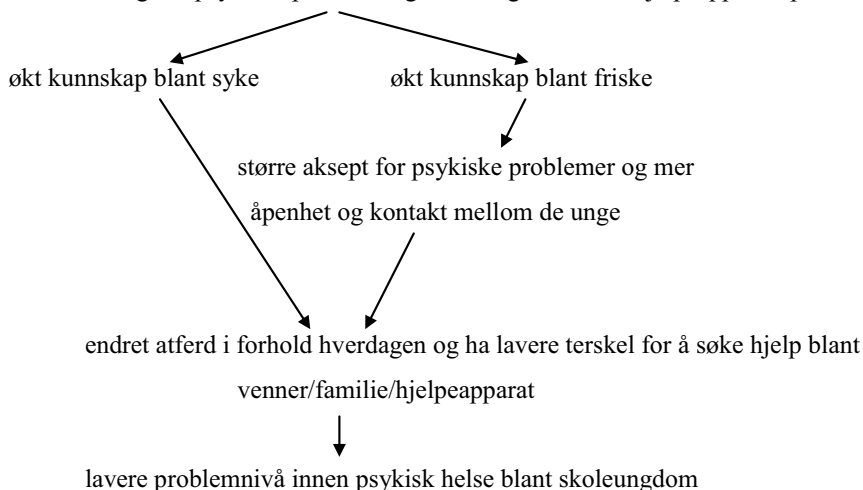
Skolen synes både organisasjonsmessig og formidlingsmessig som en god arena for forebyggende tiltak. Alle er der på et eller annet tidspunkt, de er der over tid og de er der for å lære. Dette er bakgrunnen for det primærforebyggende programmet "VIP" - Veiledning og Informasjon om Psykisk helse. Intervensjonen ble startet etter initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i 1999. Den utøves overfor elever i første klasse i videregående skoler og per januar 2009 ble intervensjonen gjennomført ved 151 slike skoler i Norge (9).

VIPs mål er blant annet:

1. Å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse og på den måten gjøre elevene bedre i stand til å ta vare på sin egen psykiske helse
2. Å forbedre de unges evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser
3. Å senke terskelen for å søke hjelp
4. Å redusere omfanget av psykiske problemer

Skjematisk kan teorien bak VIP fremstilles slik:

Undervisning om psykiske problemer generelt og det lokale hjelpeapparat spesielt



Det er allerede fra oppstart gjennomført tilfredshetsevaluering av intervensjonen, og oppsummerende rapporter fra et tilfeldig utvalg skoler finnes tilgjengelig på intervensjonens nettsider (9). I denne avhandlingen evalueres VIP med hensyn til effekter på de overfornevnte målene.

For å besvare problemstillingene er utfallvariablene operasjonalisert ved en rekke konkrete enkeltpørsmål, og det er gjennomført gjentatte undersøkelser med spørreskjema. Spørsmålene er i etterkant samlet i ulike indekser som spesifiseres nærmere nedenfor.

Det er gjort litteratursøk ved oppstart og avslutning av studiet og vedlagt finnes tabellariske oversikter over aktuelle gjennomgåtte studier. Så følger en presentasjon av materiale og metoder, endepunkter og utvalg. Deretter følger utvikling av spørreskjema, frafall og nettutvalg og databehandling med fullstendig presentasjon av indekser og statistisk metode.

Som avslutning presenteres synopsis, eller sammendrag, av funnene i studien fra de tre artiklene, en generell diskusjon med sterke og svake sider ved metode, vurderinger knyttet til generalisering av forskningsfunnene, mine konklusjoner og tanker om implikasjoner for feltet videre.

Bakgrunn

Bakteppet til studien og fagfeltet den er en del av kan spores til flere områder. Det kan vanskelig pekes på én enkeltfaktor som utløsende årsak til forskningsfeltet forebyggende psykisk helse. Generelt sett kan vi si at den vestlige verdens dreining av fokus innen helse fra behandling til sykdomsforebygging og helsefremmende atferd har vært med på å skape et grunnlag for fagfeltet. Et viktig bidrag på et tidlig tidspunkt var WHO stadfestelse av psykisk helse som et særlig innsatsområde. Det kan sees som et utspring fra ny tenkning omkring best mulig utnyttelse av en begrenset ressurstilgang. En annen viktig faktor har vært endringer gjennom pålegg, krav og lovgivning i sentrale land som Australia og USA, og i EU. Senere kan dette spores til presentasjonen "Prevention and Promotion in Mental Health" av WHO i 2002. I Norge er kanskje de mest synlige og konkrete springbrettene først Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene". Deretter kom Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98) "Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006" (1999), og "Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ...sammen om psykisk helse..." i 2003.

Selve tanken om endring av helsebringende atferd for store befolkningsmasser er ikke ny. Beskrivelse av område kan spores helt tilbake til de greske filosofenes tid, eksempelvis i Aristotles "De Anima". I moderne tid finnes konkrete strategier for forebyggende virksomhet beskrevet av Arthur Koestler i boken "The Yogi and the Commisar" fra 1942. "Yogi" tilnæringer knyttes til strategier ved overbevisning om individets eget beste, mens "Commisar" tilnæringer er strategier knyttet til regulering gjennom lover og pålegg (10). Systematikk og utprøving innen forebyggende psykisk helse lot imidlertid vente på seg noen tiår til.

Innen psykiatrien trodde man i lang tid at depresjon var en lidelse bare voksne kunne utvikle. Forskning på 1970, -80 og -90 tallet bidro imidlertid til å avkrefte dette. Senere har det blitt klart at depresjoner og bipolare lidelser som starter i ungdomstiden kan være like alvorlig og i mange tilfeller vanskeligere å behandle enn blant voksne. I en studie i USA fra 1996, fant man at mer enn 6% av unge mellom 9 og 18 år led av depresjon over en periode på 6 måneder (3). I 1990 fant Alan E. Kazdin at mer enn to tredjedeler av alle barn og ungdom med et klinisk behandlingsbehov aldri mottok slik behandling (4). Kliniske studier har også vist at

depresjoner hos unge er underdiagnostisert og at for få får behandling. Et forskningsprosjekt i 2000 fant at kun 20 % av alvorlig deprimert ungdom fikk behandling (5). I den samme studien fant man samtidig en høy andel med tilbakefall, og innen fylte 24 år hadde mange utviklet andre psykiske problemer i tillegg til depresjonen. Undersøkelser i Norge rundt tusenårsskifte, viste at mellom 10 og 20 % av alle ungdommer hadde psykiske problemer som gikk ut over deres fungeringsevne, mens mellom 4 og 7 % hadde så alvorlige plager at de trengte behandling (11, 12).

Mye tyder på at disse tallene bør kunne reduseres ved kunnskapsutvikling gjennom forebyggende arbeid, og ved at man gjennom kunnskapspåbygning kommer tidligere til med behandling (6, 13).

Internasjonalt hadde det forebyggende helse feltet, slik vi kjenner det i dag, sin spede start på slutten av 1960-tallet (10) med sporadiske studier gjennom 1970-tallet. Majoriteten av disse var beskrivende og/eller prosessorienterte studier.

Feltet forebyggingsforskning som en egenartet disiplin, kan likevel ikke sies å ha blitt formalisert før på 1980-tallet (14, 15). Frekvensen på fagfellevurderte studier tok seg gradvis opp på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. Noen fokuserte etter hvert også på effektvurderinger. I 1997 kom det mange omtaler som den første kunnskapsoppsummeringen av feltet; ”Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review” (16). I artikkelen ble det gjort søk i primærstudier fram til 1992. Gjennom meta-analyser ble det vurdert effekt i 177 primærstudier innen forebygging av psykiske problemer, sosiale problemer og atferdsproblemer. De fant at ni intervensjoner hadde et negativt utfall. Den store majoriteten av intervensjonene kom imidlertid ut med tilsvarende eller bedre effekt enn intervensjoner i allerede veletablerte felt. Artikkelen dannet en plattform internasjonalt for videre forskning og praksis innen primærforebygging. Allerede året etter ble kunnskapsoppsummeringen oppdatert med en ny artikkel som tok for seg prosjekter fra 1992 til 1998 (17). I effektevalueringen av de 14 presenterte studiene finner man liknende mønster. Konklusjonene peker i stor grad i samme retning, dvs. at forebyggende psykisk helse har effekt.

Senere primærstudier og kunnskapsoppssummeringer fra 2000, 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 og 2009 underbygger i stor grad hovedfunnene (h.h.v. 18, 2, 19-25). Flere peker samtidig på at mange studier har mangler i presentasjon av effekter og kost/nytte analyser. Dette sammen med ulik oppfatning om vurdering av innholdseffektivitet har antagelig vært med på å bidra til mangelen på konsolidering av feltet.

På nasjonal basis finnes det lite forskningsmessig dokumentasjon med valide resultater på dette feltet. Om man avgrenser seg til universelle forebyggende studier om psykisk helse i skole, finnes kun to studier delt på en presentasjon i rapportform og tre masteroppgaver fra 2007 og 2009 (26-29). Den ene studien omhandler programpakken ”Alle har en psykisk helse” for ungdomskoletrinnet og den andre studien omhandler de tre andre forebyggende intervensjonene i Helsedirektoratets satsning ”psykisk helse i skolen” (www.psykiskhelseiskolen.no). Begge studiene viser til små og til dels negative endringer. Som effektmål er det benyttet prosentvise endringer fra før til etter. Innholdsmessig er intervensjonene som undersøkes relativt forskjellig fra intervensjonen som undersøkes i denne studien. Funn fra evalueringene er ikke presentert i fagfelleverderte tidsskrifter. Studiene har dessuten til dels betydelige mangler knyttet til datainnsamlingsmetode og forskningsdesign. Det er derfor knyttet usikkerhet særlig til den ytre validiteten i resultatene som presenteres.

Innen tiltaksforskning i tilstøtende felt finnes det likevel en del enkeltstudier av tiltak. Slik som effektevalueringer av ”Olweus antimobbeprogram”, ”Respect”, ”Zero” og ”The Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety – NUPP-SA” (30-33). Alle er presentert gjennom fagbøker og i fagfelle vurderte tidsskrifter.

Ideen til denne studien har sin rot i en forebyggende intervensjon initiert av ungdom i brukerrådet på Blakstad sykehus på slutten av 1990-tallet. Gjennom et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med brukerrepresentasjon skapte man en forebyggende intervensjon der dialog og empowerment ble to sentrale elementer. Fra oppstarten i 1999 har evaluering og redefinering stått sentralt for utvikling av intervensjonen. Forskningsprosjektet er som sådan tuftet på et utvidet behov for dokumentasjon av mulige effekter og vurderinger av disse i forhold til andre primærforebyggende intervensjoner innen psykisk helse.

Det ble høsten 2006 gitt tilrådning for gjennomføring av NSD (Norsk Samfunnsviteskaplig Datatjeneste AS) den 01.09.2006 og av REK Sør (Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør – Norge) den 23.11.2006. Det ble på samme tid tatt kontakt med og gitt informasjon om prosjektet til Sosial- og Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, og aktuell spesialist- og primærhelsetjeneste i de enkelte kommuner i Vestfold og Akershus. Alle opplysninger og data i forskningsprosjektet er behandlet i henhold til datatilsynets reglement for personvern.

Definisjoner

Psykisk helse defineres ut fra forståelsen som WHO legger til grunn; ”Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” (34). Denne definisjonen er i mange sammenhenger direkte oversatt (for eksempel i fhi rapporten ”Bedre føre var...” 2011 (35)). Jeg mener imidlertid at en direkte oversettelse av denne definisjonen tilhører en beskrivelse av en tilstand med god psykisk helse, og ikke selve kapasiteten. Min definisjon av psykisk helse er derfor tredelt. Først hva jeg forstår med psykisk helse og så hva jeg mener er å ha en god psykisk helse, og til slutt hva som er psykiske problemer og psykiske lidelser.

Psykisk helse forstås som det enkelte individs mentale kapasitet for å realisere sine muligheter, og håndtere normale stress-situasjoner i livet. Dette omfatter individets kapasitet eller evne til deltakelse i arbeid på en fruktbar og produktiv måte og muligheten til å bidra ovenfor andre og i samfunnet ellers.

En god psykisk helse er derfor en tilstand der man føler velvære, 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 ovenfor andre og i samfunnet ellers.

Psykiske problemer defineres som en tilstand der symptombelastning i stor grad overstiger den normale situasjonen, men ikke er så høy at de kan karakteriseres med diagnose. Individet

har med andre ord ikke nødvendigvis noe behov for profesjonell hjelp eller behandling, men trenger kanskje bare å få pratet med noen de stoler på.

Psykiske lidelser defineres som en tilstand der symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som for eksempel angst, depresjon eller psykose og er behandlingstrengende.

I forskning registreres psykiske problemer og lidelser som oftest gjennom strukturerte kliniske intervjuer (for eksempel ved GAF-F eller GAF-S (36)) eller egenrapportering (slik som SDQ-Nor (37), se mer nedenfor) og disse tolkes i henhold til bestemte diagnosekriterier som for eksempel den internasjonale sykdomsklassifikasjon ICD-10 (International Classification of Diseases (38)) fra WHO eller DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (39)), som er utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen, APA (40).

Statistikk over forekomsten av psykiske problemer benyttes ofte til å identifisere risikogrupper og til å beregne måltall for forebyggende tiltak, mens statistikk over forekomsten av psykiske lidelser ofte benyttes til å beregne behandlingsbehov.

I forskningsprosjektet operasjonaliseres nivå ved den psykiske helsen gjennom måling av problemer ved egenrapportering av ulike sider av den psykiske helsen ved SDQ-Nor. SDQ-Nor er en oversettelse av Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ) , et internasjonalt bredt validert måleinstrument for screening/kartlegging av psykisk helsetilstand (37). Dette blir mer inngående omtalt senere.

Forebygging defineres som aktiviteter for å forhindre at uønskede hendelser eller tilstander skal opptre. Aktiviteten skiller seg fra behandling som defineres som tiltak som settes i verk etter at hendelsen eller tilstanden er identifisert. Jeg skiller mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, som igjen sorteres i intervensjonens målgruppering. Tidligere ble disse innsatsnivåene omtalt som primær-, sekundær- og tertiærforebyggende. Klassifiseringen som er i henhold til forløp har imidlertid vist seg å by på problemer blant annet i forhold til å skille mellom forebyggende virksomhet og behandling. Blant annet på bakgrunn av dette utviklet Robert Gordon på slutten av 1980-tallet klassifikasjonen med universell /

befolkningsrettet, selektiv / grupperett, og indikativ / individrettet forebygging. (15, 41).
Klassifikasjonen vil i det følgende bli benyttet ut i fra de nedenforstående definisjoner.

Universell eller befolkningsrettet forebygging er tiltak som rettes mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko for psykiske helseproblemer. 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.

Selektiv eller grupperett, 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 helse-determinanter. 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.

Indikativ eller individrett, 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. Individrett, forebygging er nært beslektet med begrepet sekundærforebygging.

Sykdomsforebyggende arbeid har som mål å forebygge problemer og lidelser ved å redusere nivået av kjente risikofaktorer hos personen selv og i miljøet rundt.

Helsefremmende arbeid har på sin side som mål å bedre den psykiske helsen for eksempel ved å øke graden av velvære, bedre selvbilde, høyne optimismen, fremme positiv atferd og mestring og forbedre evnen til å takle motgang og belastninger. Helsefremmende tiltak kan også dreie seg om å tilrettelegge støttende faktorer i det sosiale miljøet slik at resultatet blir økt livskvalitet og trivsel.

Kunnskap er en relativ størrelse som i utgangspunktet baseres på erfaringer. Erfaringene kan funderes i hverdagsfilosofier eller vitenskaplige teorier, og henger svært tett sammen med kultur og samfunnsperspektiv. Mitt teoretiske fundament er hentet fra blant annet John

Deweys "Experience and education" (42) og Jerome Bruners "Utdanningskultur og læring" (43). I forskningsprosjektet operasjonaliseres kunnskap gjennom spørsmål i en rekke kategorier innen psykisk helse, både medisiner og diagnostisering, behandling og hjelpeapparat, kjennetegn og signaler på psykiske lidelser, og om psykisk helse og rus. For eksempel gjennom spørsmål 2.2.11 "Kan du navngi en medisin som mange med ADHD benytter?"

Et avgjørende ståsted i forhold til tilnærming i prosjektet er forståelsen av hva læring er og hvordan læring foregår. På generelt basis kan vi si at det er fundamentet for valg av metode og organisering i undervisningsteorien. Undervisning forstås da som all planlagt aktivitet med hensikt å viderefremme kunnskap for endring av indre og ytre atferd. Læring sees grovt sett på som en erfaringsprosess som fører til endring av indre og/eller ytre atferd og/eller endring i de kognitive kart. Individets læringsutbytte betraktes som et resultat av en prosess. Både individets forutsetninger for læring samt ulike typer ressurser/kjennetegn, vil ha betydning for læringsutbyttet. Læringsutbytte er altså et resultat både av kjennetegn ved individet og ved læringsprosessen, og det er et resultat av samspillet mellom individ og læringsprosess (44). Det teoretiske fundamentet er hentet fra blant annet "Experience and education" (42), "Utdanningskultur og læring" (43), "The process of education" (45), "Mind in society..." (46), "Mestringsmotivasjon" (47), og "Nærhet og Distanse" (48).

I forskningsprosjektet operasjonaliseres læring som endring i kunnskap om psykisk helse, gjennom egenrapportering av psykisk helse, og gjennom endring i egenrapportering om tenkt eller faktisk atferd ved egen og/eller andres opplevelse av problemer med psykisk helse. For eksempel spørsmål 3.1.17 "Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva ville du da gjøre?"

Atferd er tett knyttet til endring og læring. Atferd forstås her som evnen til å utøve en handling fysisk eller mentalt for bevisst å påvirke sin egen eller andres livssituasjon. Ettersom det anses som svært tid- og kostnadskrevende å finne sammenhenger mellom egenoppfatning og tredjepersonsoppfatning, vil forskningsprosjektet operasjonalisere atferd gjennom selvrapporering. Hovedargumentet for tilnærmingen er at man ikke har funnet tilstrekkelig forskningsmessig dokumentasjon for en slik utførelse med de begrensninger som ligger implisitt i forskningsprosjektet totale ressurstilgang. Undertegnede vil likevel presisere at man

er klar over, og til enhver tid har hatt med seg, at det kan være ulikheter (og til tider vesentlige ulikheter) mellom egenrapportert oppfatning og tredje persons oppfatning, og alle de begrensninger dette gir.

Teoretisk fundament for meningsdannelse er avhengig av forståelse og kan ikke foregå uten en forutgående erfaring eller kunnskap, hvilket igjen er avgjørende for eksempel i forhold til å forstå når man bør oppsøke hjelp (1, 11, 49). ”Siden samfunnet eksisterer både som objektiv og subjektiv virkelighet, må en dekkende teoretisk forståelse av det omfatte begge disse aspektene... Å leve i et samfunn betyr med andre ord å ta del i dets dialektikk.” (50).

Gjenkjennelsesevne på signaler på psykiske lidelser operasjonaliseres gjennom spørsmål om kunnskaper på sentrale kjennetegn på ulike psykiske problemer og lidelser. For eksempel gjennom spørsmål 2.2.19 der det spørres om respondenten kan angi aktuell(e) lidelse(r) for 25 ulike oppsatte kjennetegn på psykiske lidelser.

Holdning er en beskrivelse av en varig fundert forståelse hos det enkelte individ eller i en gruppe, om tilstander, hendelsesforløp eller andre individer eller grupper. I forskningsprosjektet operasjonaliseres dette gjennom kjennskap til andre personer med psykiske problemer og ved å spørre om atferd i gitte situasjoner. For eksempel gjennom spørsmål 2.1.1: ”Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i? Sett ett kryss.

1. Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe.
2. Psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst.
3. Like enig i begge.”

Nærmere om VIP

Intervensjonen Veiledning og Informasjon om psykisk helse (VIP) ble startet opp etter et initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i 1999. Intervensjonen ønsker først og fremst å bidra til reduksjon av psykiske problemer og sykdommer gjennom kunnskapsbygging om psykisk helse. Dernest ønsker man at unge skal få bedre kjennskap til hvilke hjelpeinstanser som finnes både lokalt og nasjonalt, samt å bidra til en mer sammenhengende kjede av

hjelpinstanser på tvers av fag og forvaltningsnivå. Den kunnskapsbaserte forankringen knyttes til ”empowerment” filosofien og et dialogbasert uttrykk. Intervensjonen defineres som universell med hovedfokus på helseforbedring og sykdomsforebygging.

Bakgrunnen for oppstart av intervensjonen var at unge brukere som hadde vært inn og ut av psykiatriske poliklinikker og sykehusavdelinger mente at om de; a) hadde fått kunnskap om psykiske problemer og sykdommer tidligere, og informasjon om hvor de kunne søke hjelp før de ble syke, så ville de b) taklet problemene på en bedre måte, og c) oppsøkt hjelpeapparatet på et tidligere tidspunkt.

På bakgrunn av dette ble det etablert en tverrfaglig og tverretattlig prosjektgruppe og en referansegruppe. De bestod av; en bruker, en representant fra Mental Helse, sjefpsykolog, overlege, sjefssykepleier, opplæringsleder og prosjektleder, og representanter fra skole og helseetater både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektgruppen arbeidet i sin tid frem intervensjonens form, struktur og materiell. Dette har siden blitt revidert og utviklet på bakgrunn av erfaringer og tilbakemeldinger fra de som har gjennomført programmet. Det ble samme år startet forsøk ved tre videregående skoler. Fra skoleåret 00-01 deltok åtte videregående skoler i Asker og Bærum. Av disse deltok fortsatt syv av skolene i både 2007 og 2010. Intervensjonen har helt siden oppstarten gjennomført tilfredshetsevalueringer og oppsummeringer av disse finnes tilgjengelig på intervensjonens nettsider (9).

I mai 2005 ble VIP en av fem intervensjoner i Sosial- og Helsedirektoratets satsning ”Psykisk helse i skolen” (www.psykiskhelseiskolen.no). I dag driftes VIP av et landsdekkende sekretariat med en leder og tre medarbeidere. Disse holder oppstartskonferanser og driver opplæring av lokale koordinatører.

De sentrale målsetningene for VIP arbeidet er;

- å gjøre ungdom bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse, bla. ved å lære seg til å gjenkjenne signaler på psykiske problemer og sykdommer, ved seg selv og andre.

- å gjøre ungdom oppmerksom på de hjelpetiltak/ - instanser som kan oppsøkes og/eller kontaktes ved psykiske problemer og sykdommer.
- å bidra til at unge i størst mulig grad får en kunnskapsbasert forståelse av psykiske problemer og sykdommer, m.a.o. å fjerne stigmatiseringen av mennesker med psykiske helseproblemer.
- å gjøre lærere, rådgivere og helsepersonell i primærhelsetjenesten bedre i stand til å gjenkjenne signaler på og oppdage, psykiske problemer og sykdommer hos elevene på et tidlige tidspunkt.
- å bedre og forenkle samarbeidet mellom kontaktlærer (rådgiver), helsesøster og spesialisthelsetjenesten, i spørsmål og problemer knyttet til psykisk helse. Hentet fra VIPs Prosjektbeskrivelse i 2007 (9).

Utbredelse, form, struktur og materiell

VIP ble i 2007 tilbudt og gjennomført ved 115 videregående skoler i 13 fylker. VIP har imidlertid stadig ekspandert og i desember 2010 ble intervensjonen tilbudt og gjennomført ved 151 videregående skoler i 16 fylker (9).

Intervensjonens veiledende materiale består av et utfyllende elevhefte med blant annet informasjon om psykiske problemer og sykdommer, statistikk og hjelpeinstanser. Alle deltakerne får tildelt heftet. Det er utarbeidet gjennom et samarbeid mellom brukere og fagpersoner fra primær- og spesialisthelsetjenesten, og har en profil som fokuserer mot helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Skolens ansatte får først prosjektbeskrivelsen, og tilbys informasjonsmøte m.m.

Selve gjennomføringen av intervensjonen er bygget på en tverrfaglig og tverretattlig plattform som involverer koordinator for psykisk helse i kommunen, skolens ledelse og lærere, helsesøster og/eller pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Ansvaret for koordinering og gjennomføring ligger hos en oppnevnt lokal koordinator i spesialisthelsetjenesten. Lokal koordinator har oppsatte retningslinjer for arbeidet og går gjennom sentrale punkter i opplæringen. VIP synes å skille seg fra mange andre typer skolebasert forebyggende virksomhet ved graden av involvering, spesielt fra de

lokale hjelpeinstanser, i både primær- og spesialisthelsetjenesten. På internasjonalt nivå underbygges trenden med at de intervensjoner som synes nyttige og effektive, fordrer samarbeid og involverer flere deler av det lokale hjelpeapparat (2,51).

VIP tilbyr skolene først en to-dagers oppstartskonferanse og et generelt innføringskurs på to timer til hele lærerkollegiet. Deretter gjennomfører lokal koordinator en mer konkret/praktisk veiledning til kontaktlærerne på to timer. Foresatte blir på sin side presentert intervensjonen gjennom informasjon i brev som kommer med elevene hjem. Alle involverte lærere får tildelt lærerveiledningshefte. Dette presenterer alternative muligheter til å gjennomføre et undervisningsprogram i de fleste fag. Minimum for gjennomføring av intervensjonens klassearbeidsdel står oppsatt som tre timer. Lærer og elever arbeider da klassevis med VIP og elevheftet. Dette blir så fulgt opp gjennom et to timers besøk av en fagperson fra det kliniske feltet i spesialisthelsetjenesten og skolens helsesøster, eventuelt også PPT. Deltakende skoler og helsesøstere blir tilbudt oppfølging og veiledning fra tilknyttet spesialisthelsetjeneste i etterkant av gjennomføringen intervensjonen.

I intervensjonens to gjennomføringsfaser fokuserer den delen som administreres av lærer seg i hovedsak mot de psykiske problemene eller de ikke behandlingstrengende psykiske tilstandene. Disse beskrives i generelle vendinger og omfatter i hovedsak, livsstilsendringer slik som hormoners påvirkning på den psykiske helsen i puberteten, sorgreaksjoner ved bortfall av personer i nær relasjon, kriser slik som skilsmisser og kjærlighetssorg, ulike tvangsforestillinger og fordommer, forskjellige typer redsel og atferdsproblemer. Den andre delen administreres og gjennomføres av en person som jobber klinisk i den lokale spesialisthelsetjenesten i samarbeid med den enkelte skoles helsesøster og/eller PPT. Denne delen er dialogbasert og retter seg i hovedsak mot de mer alvorlige psykiske tilstandene som er definert som behandlingstrengende. Dialogen dreier seg i hovedsak om det lokale hjelpeapparatet, diagnostiserbare tilstander og eventuelt andre tema elevene ønsker å diskutere.

Undervisningsmateriellet inneholder historier fortalt av personer som er i samme aldersgruppe som målgruppen og som har opplevd en av de beskrevne tilstandene. Det er noe historikk om psykiatrien, statistikk om forekomst, symptomlister for de behandlingstrengende tilstandene, samt en del ulike oppgaver og sentral kontaktinformasjon.

Alle elevene evaluerer hvert år intervensjonen gjennom spørreskjema etter besøket fra spesialisthelsetjenesten. Lokal koordinator for intervensjonen summerer resultatene i en rapport og gjennomfører med bakgrunn i dette evalueringsmøte med helsesøster, skolens ledelse og involverte lærere. Tiltaket blir dermed, i samarbeid med skolene, kontinuerlig vurdert, videre utviklet og tilpasset de lokale forhold.

VIP er tatt inn i de fleste av skolenes årsplaner. Dette sees som et uttrykk for skolens eierforhold og som et viktig element i forhold til tiltakets levedyktighet.

Gjennom brukertilfredshetsundersøkelsene fra 2003 til 2005, svarer syv av ti elever at VIP har gitt dem større kunnskap om hvor de kan søke hjelp. Like mange sier at intervensjonen har bidratt til at de nå ser på psykiske problemer som mer normalt, og at klassebesøket fra spesialisthelsetjenesten og helsesøster ga svar på deres uavklarte spørsmål om psykiske problemer og sykdommer. Fem av ti sier videre at de har fått kunnskaper gjennom VIP som de kan dra nytte av i sin hverdag. Mange av disse funnene blir underbygget i to rapporter utarbeidet av Statskonsult (52,53). Helsesøstere har meldt om økende pågang av elever med henvendelser vedrørende psykiske helseplager i etterkant av at intervensjonen har vært gjennomført ved deres skole. Ved skoleårets slutt i 2004/2005 hadde mer enn 25 000 elever evaluert VIP og tiltaket synes på det tidspunktet som godt egnet for forskningsprosjektets formål.

VIP ser ut til å ha en relativt lav terskel ressursmessig for gjennomføring for skoler og kan fremme samarbeid mellom skolens lærere, helsesøster, PPT, kommunal psykisk helse og den lokale kliniske virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Programmet er finansiert og driftet gjennom Helsedirektoratets program "Psykisk helse i skolen" og rammen for gjennomføring av intervensjonen synes derfor som stabil for skolene.

Gjennomføringskostnader ved VIP, for en videregående skole med 300 elever i 15 klasser på første trinn, er estimert til:

1)	Oppstartseminar(gjennomført på skolen);	
1a)	halv dag med alle lærere og administrativ ledelse 80 pers x 3 t	= 240 t
1b)	en hel dag for lærere tilknyttet første klasse 30 lærere x 7 t	= 210 t
2)	veiledning for lærere tilknyttet første klasse 30 lærere x 2 t	= 60 t
3)	gjennomføring av undervisningsprogram med elever 15 lærere x 5 t	= 75 t
	(inkl. besøk av helsesøster/PPT og veileder fra spesialisthelsetjenesten)	
4)	etterarbeid og evalueringsmøte 5 t + 15 lærere x 2 t	= 35 t
<hr/> SUM		<hr/> = 620 t

Totale kostnader (ved anslått timekostnad inkl arbeidsgiveravgift 220,-) = 136 400,-.

Kostnader per elev, første års gjennomføring av programmet = kr 455.

Mange intervensjoner har en høyere kostnad ved først gangs gjennomføring, det er derfor vanlig å regne kostnader over første tre år.. Ved gjennomføring av VIP andre og tredje år (for nye førsteklasser) faller behovet for punkt 1a og 1b bort. Totale kostnader per år etter første år blir derfor = punkt 2+3+4 ovenfor + 1 times informasjonsmøte for hele lærerkollegiet = kr 55 000. Det tilsvarer ca kr 180 per elev.

Litteraturgjennomgang

Det ble i forprosjektet til forskningsprosjektet gjennomført litteratursøk av undertegnede under veiledning av daværende bibliotekar ved Blakstad Sykehus, Ingunn Skiaker. Vi gjorde tre ulike søk, de ble gjennomført den 30.05.2005 og omfattet søkebasene Pub Med, Med Line, PsycInfo og Embase. Søkestrategiene var bygget opp slik at vi først skulle nå bredt og så bygge opp søket til et nivå der spesifisitet og overkommelighet møtte hverandre. Eksempler

på de tre søkene ligger vedlagt (vedlegg 7 A, B, C). Dette endte med at vi satt igjen med mellom 71 og 242 aktuelle studier. Av disse studiene var svært mange beskrivelser av fremgangsmåter eller prosesser innen forebyggende virksomheter av psykisk helse eller tilstøtende områder slik som selvmordsforebygging og rusforebygging. Bare et fåtall omhandlet primærforebyggende psykisk helse og enda færre hadde eksplisitte beskrivelser av forløp med effekter. De mest betydningsfulle funnene i søket var to oppsummeringsstudier og en artikkel, som også tar for seg mange av de øvrige primærstudiene (2, 16, 17).

Det samme litteratursøket ble gjentatt i 2007 og i september/oktober 2010. I tillegg ble søket utvidet til også å omfatte SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) og jeg inkluderte søkerbasene Cinahl, The Cochrane Library og Eric. Ved samme søkekriterier som 30.05.2005 endte jeg opp med mellom 24 og 270 treff. Ved søk på SDQ og/eller med hele tittelen skrevet ut, endte jeg opp med 23 treff i Cohrane, 64 i PsyInfo, 46 i Embase og i Cinahl, null treff i Medline og Pubmed. Mer enn 95 % av alle studiene handler om psykometriske kvaliteter og sammenlikninger med kliniske vurderinger. Ett treff hadde referanse til en studie av effekt med SDQ som indikator eller delindikator på effekt eller endring, men ingen omhandler forebyggende psykisk helse, eller effekter av slik virksomhet i en skolesetting.

Foruten internasjonale primærstudier har jeg benyttet meg av 11 kunnskapsoppsummeringer , 7 norske primærstudier, 10 studier av de psykometriske egenskapene ved SDQ, og 10 norske primærstudier om forebyggende psykisk helse. For nærmere beskrivelse se vedlegg 1.

Materiale og metoder

Endepunkter

For å kvantifisere/vurdere intervensjonens forebyggende og atferdsmessige effekt har jeg undersøkt eventuell endring på følgende endepunkter:

1. elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse
2. evne til gjenkjennelse av signaler på psykiske lidelser

3. de unges atferd i forhold til å søke hjelp
4. egenrapportert psykisk helse

Utvalg

Intervensjonen ble på utvalgstidspunktet gjennomført i 13 fylker. Ett av disse var Akershus, og intervensjonsgruppen er valgt derfra. Intervensjonsgruppen er framkommet ved stratifisert tilfeldig utvelgning, der strata utgjøres av de linjer skolene tilbyr (enten kun studiespesialiserende, eller både studiespesialiserende og yrkesfaglige linjer).

Kontrollgruppen ble valgt ut blant skoler i Vestfold, som var et av de fylkene som ikke hadde intervensjonen. Vestfold ble valgt etter matching med intervensjonsgruppen. Matchingen ble gjort i forhold til utdanningsnivå i befolkningen mellom 18 og 67, topografi og geografi, inntektsnivå, tilbud innen somatisk og psykisk helse og generell helsetilstand. Variablene er hentet fra årboken til Statistisk Sentralbyrå (54). Det var altså stratifisert tilfeldig trekning til deltakelse i forskningsprosjektet innenfor hvert av de to geografiske områdene, men ikke randomisering av klasser til henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe.

Følgende skoler ble invitert til å delta:

Akershus: Bjørklangen vgs, Stabekk vgs, Strømmen vgs, Vestby vgs og Valler vgs.

Vestfold: Re vgs, Sande vgs og Thor Heyerdahl vgs.

Alle de forespurte skolene takket ja til deltakelse.

I skoleåret 2006/2007 var det i Akershus i alt 7731 elever i første klasse (VK 1, 16-17år), fordelt på 28 skoler. Av disse 7731 ble 64 klasser med tilsammen 943 elever trukket ut som intervensjonsgruppe i forskningsprosjektet. I Vestfold var det i skoleåret 2006/2007 i alt 3464 elever i VK1 fordelt på 10 skoler. Av disse 3464 ble 61 klasser med til sammen 963 trukket ut som kontrollgruppe.

Gjennomføring av målinger i intervensjonsgruppen forut for intervensjon og umiddelbart etter intervensjon ble utført i perioden 26.01.-11.04.07. Målinger i kontrollgruppen ble gjennomført parallelt med dette.

Datainnsamling

I 2006, før forskningsprosjektet startet, hadde jeg møter med Utdanningsdirektøren i Akershus og Vestfold Fylkeskommune, der anmodning om gjennomføring ble avklart. Skolene ble stratifisert etter linjevalg og bosettingsmønster, og deretter trukket tilfeldig. Etter dette tok jeg kontakt med rektorer ved de enkelte skolene som oppnevnte skolekoordinator for forskningsprosjektet. De enkelte skolene fikk tilsendt informasjonsskriv til lærere og elever/foresatte og jeg fikk på forhånd tilsendt lister med elevantall for alle klasser på de ulike tidspunktene. Ved første gangs gjennomføring ble det avholdt informasjonsmøte ledet av meg. Her ble det informert om forskningsprosjektet og den praktiske gjennomføringen ved skolen.

Data ble samlet inn via spørreskjema, se neste avsnitt og vedlegg 2-4.

I både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ble klasser randomisert til to undergrupper. Den ene fikk spørreskjema like før intervensjonstidspunktet (t_0), umiddelbart etterpå (t_1), og så etter 6, 12 og 24 måneder. Den andre gruppen fikk *ikke* spørreskjema før intervensjonstidspunktet, men for øvrig på de samme tidspunktene seinere (6, 12 og 24 måneder). Det vises til figur 1 (gruppe 1-4). Formålet med dette ”Solomon fire-gruppe designet” (55, 56) var å fange opp en tilleggsproblematikk; Hvilken betydning har utfylling av spørreskjema før intervensjon for utfallet (i det følgende referert til som ’sensitiveringseffekt av pretest’)?

Figur 1. Prosjektets forskningsdesign.

	t 0		t 1	t 2: 6 mnd	t 3: 12 mnd	t 4: 24 mnd
Gruppe 1	Pretest	Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 2	Pretest		Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 3		Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 4			Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4

På hvert av tidspunktene t0 til t4 ble utfylling av spørreskjemaene gjennomført i en skoletime. Lærer delte først ut et kort skjema og samlet inn dette etter 3 minutter. Deretter ble et større skjema delt ut og samlet inn etter 35 minutter. Oppdelingen i skjema 1 og 2 ble gjort for at informasjon i skjema 2 ikke skulle benyttes ved besvarelse av skjema 1. Utdeling av skjema ble gjort etter instruksjoner beskrevet i manual. Spørreskjemaene var nummerert av meg på forhånd. Elevene satt enkeltvis og fikk ikke levere utfylt spørreskjema før hele den tilmålte tiden var gått. Begge skjema ble umiddelbart etter utfylling puttet i en konvolutt og forseglet i påsyn av elevene.

Alle skoler fikk tilbud om min tilstedeværelse for eventuelle spørsmål ved gjennomføring, og det ble understreket at det hele tiden var en åpen telefonlinje for spørsmål.

Alternativet for de elever som ikke ønsket å delta var å sitte sammen med resten av klassen med vanlig skolearbeid. Det ble gjort avtaler med alle skolene om gjennomføring av alle målingene fra t0 til og med t4. Disse ble avholdt i perioden januar 2007 til og med mars 2009.

Ved gjennomføring av målinger på tidspunktene t2 til t4, benyttet den ansvarlige lærer en signert kopi av den nummererte klasselisten for riktig utdeling av de ferdig nummererte spørreskjema, for øvrig ble den samme prosedyre som tidligere benyttet.

Jeg har ved alle tilfeller selv hentet de ferdig utfylte skjemaene ved den enkelte skole. Deretter har klasselistene blitt fordelt til et arkiv ved Sykehuset Asker og Bærum HF, og spørreskjemaene blitt levert til optisk lesing og senere til et annet arkiv ved Nasjonalt

folkehelseinstitutt. På den måten hadde ingen andre enn undertegnede tilgang til begge datasettene på samme tid.

Ved gjennomgang og kontroll av datamaterialet når alle spørreskjema fra t0 og t1 var skannet inn, ble det funnet en del åpenbare feilregistreringer, for eksempel at kjønn var forandret. Etter en grundig gjennomgang, gjennomført i perioden juli til og med oktober 2007, ble feilregistreringer korrigert i henhold til opprinnelig nummerering fra t0. For nærmere beskrivelser se vedlegg 6.

Feilene skyldtes alle feil ved registrering og eller utdeling av spørreskjemaene. Dette tydet på at det ved informasjonsmøte ikke var blitt formidlet utfyllende nok informasjon om gjennomføring. Før gjennomføringen av t2 presiserte jeg derfor skriftlig gjennomføringsprosedyren slik at feilene ikke skulle gjenta seg ved senere målinger.

På grunn av feilene, og for å være sikker på at resten av datamaterialet var korrekt, ønsket jeg å undersøke de resterende respondentene i materialet fra t0 og t1. Dette ble gjort gjennom en utvidet kontroll ved en randomisert utvelgelse av 10 % + 5 ekstra av de resterende respondenter/spørreskjema i utvalget. (Kommando i SPSS: "Digit Random"). Jeg har i denne kontrollen også gått til de originale papirutgaver hentet fra arkivet for t0 og t1.

Resultatene av kontrollen var at alle respondenters spørreskjema i t0 og t1 var korrekte og det ble ikke funnet flere uregelmessigheter. Frekvensfordelinger og analyser på dette materiale har derfor kunnet videreføres med en visshet om at det som kommer frem er et korrekt bilde av den virkelighet forskningsprosjektet har kartlagt.

Spørreskjema

I forskningsprosjektet har jeg i hovedsak benyttet to spørreskjemaer. Hovedskjema er delvis selvutviklet av meg i samarbeid med sentrale fagpersoner ved Nasjonalt folkehelseinstituttet (Erik Nord, Odd Steffen Dalgard, Kristian Tambs og Arne Holte).

Første spørreskjema ble brukt ved t0 og besto av ett spørsmål. Her ble elevene bedt om å angi ulike psykiske lidelser som de kjente til. Ved t1 og t2 ble det for intervensjonsgruppen også inkludert spørsmål om tilstedeværelse og angivelse av timeantall benyttet til intervensjonen. Ettersom måling ved tidspunkt t2 (6 måneder etter) ved Thor Heyerdahl vgs. var etter oppstart av Sosial- og Helsedirektoratets kampanje ”Ungdom og psykisk helse”, ble det i denne skolens første spørreskjemadel inkludert spørsmål om hvorvidt elevene kjente til kampanjen og om de eventuelt hadde benyttet seg av tilbud fra denne.

Spørreskjema nummer 2 består av 81 spørsmål/påstander, og har vært det samme ved alle måletidspunkter. I del 1 og 2 måles kunnskap om psykisk helse.

I del 3 måles evnen til gjenkjenning av psykiske problemer, og de unges atferd ved hjelpsøking.

I del 4 kartlegges den psykiske helsetilstanden gjennom selvrapporteringskjema fra SDQ-Nor (57, 58). Ettersom SDQ-Nor ikke eksplisitt dekker området angst og dette representerer relativt stabilt 10-20 % av de klinisk rapporterte tilfellene (11, 59), supplerte jeg med fem påstander, eller items, om angst hentet fra spørreskjemaet i TOPP studien (60). Etter SDQ-Nor del 2 om innvirkning la jeg til ett spørsmål om nærmiljøets involveringsgrad og ett spørsmål om elevens håndtering av eventuelle egne problemer.

I del 5 registreres elevens personlige kjennetegn. Spørreskjemaene er vedlagt (vedlegg 2, 3). For å gjøre forskningsprosjektets analyser og resultater mest mulig transparent finnes dette også sammen med oppsett og målinger tilgjengelige på Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider (61).

Valg av indikatorer er delvis gjort på bakgrunn av VIPs mål og innhold, og ut fra fagfeltets egne teoretiske definisjoner i bla ICD-10, DSM IV og lærebøker i psykologi. For å kontrollere spørsmålene i forhold til fagterminologi, begrepsbruk og formuleringer i alminnelighet ble så indikatorene til slutt sett opp i mot forklaringer og formuleringer i ”Temahefter” fra Rådet for psykisk helse (62) og folkeopplysningshefter utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (63). På denne måten søkte jeg å sikre at det ble benyttet begreper som er kjent i daglig tale, men som på samme tid dekker våre definisjoner, og passer for måling av de avhengige variablene.

For å teste spørsmålene ble det høsten 2006 gjennomført en pilot med 50 respondenter fra Eikeli og Dønski vgs.

For å få testet effekten av intervensjonens på kunnskapsnivå om psykisk helse gjorde vi i spørreskjemaet et utvalg av tilstander med hovedvekt på det som er definert som de behandlingstrengende tilstander. For å få frem spredning i svarene har vi variert vanskelighetsgrad med ulike varianter av ”multippel choice”, kombinert med delvis åpne svaralternativer og helt åpne svaralternativer.

Frafall og nettoutvalg

Blant de inkluderte var det noe frafall. I intervensjonsgruppen var ca halvparten av elevene ved Strømmen videregående skole, som er en yrkesfaglig skole, fraværende ved t0 og t1 fordi de var ute i praksis. Disse deltok seinere på t2 og t3. På tidspunkt t2 fikk noen klasser ved Thor Heyerdahl videregående skole (i kontrollgruppen) ikke fylt ut spørreskjemaet innen oppsatt tidsfrist. Ved t3 var det samme tilfellet ved Stabekk videregående skole (i intervensjonsgruppen). Ved alle skolene var i tillegg noen innleverte skjemaer utilfredsstillende utfylt. Skjemaer hvor opplysning om elevens kjønn manglet, eller hvor minst halvparten av alle enkeltspørsmål i skjemaet var ubesvart, ble ekskludert fra analysene.

Frafall og deltakelse er oppsummert i tabell 1. Det framgår at responsraten for intervensjonsgruppen alt i alt var 89 % ved t2 og 74,3 % t3. For kontrollgruppen var responsratene henholdsvis 71,4 % og 70,6 %.

Tabell 1. Antall elever i populasjoner og utvalg og antall svar på ulike tidspunkter.

	Akershus				Vestfold			
	t0	t1	t2	t3	t0	t1	t2	t3
Antall elever i første klasse i videregående skoler	7731				3464			
Trukket ut til evalueringsprosjektet	730	943			206	963		
Fylte ikke kriteriene for deltakelse	20	63	0		12	152	0	
Inkluderte elever	710	880	880	880	194	811	811	811
Frafall	143	230	97	226	46	93	232	238
Brukbare besvarelser	567	650	783	654	148	718	579	573
Responsrate i %	79,9	73,9	89	74,3	76,3	88,5	71,4	70,6

Databehandling

For hvert spørsmål om kunnskap, ble det på forhånd bestemt hva som var riktig svar.

Tilsvarende ble det for holdnings- og adferdspørsmål, bestemt hva som var mest ønsket holdning eller adferd. De foretrukne svaralternativene har fremkommet i samråd med professor i psykologi Arne Holte, professor i psykiatri Odd Steffen Dalgard og forskningssjef ved divisjon for psykisk helse ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, dr. psychol. Kristian Tambs. For hvert spørsmål ble det så beregnet hvor stor prosentandel av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som hadde riktig svar. For atferdspørsmål ble det beregnet prosentandeler med ønsket adferd.

Det er regnet ut forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen med hensyn til endring i prosentandeler med 'riktige svar' på hvert enkelt spørsmål i spørreskjemaet. Dette er rapportert fullstendig i frekvenstabeller som er lagt ut fritt tilgjengelig for gjennomsyn og nedlasting på Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider (61).

For beregning av effekt på endepunktene ”elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse” og ”evne til gjenkjennelse av signaler på psykiske lidelser” (artikkel 1 og 2) ble det utarbeidet 7 indekser:

1. **Kjennskap til psykiske lidelser.** Omfatter ett spørsmål. Skåreskala: 0-12.
 - 1.1.0 ”Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser du vet om.”

2. **Generell kunnskap om psykisk helse.** Omfatter 6 spørsmål. Skåreskala: 0-15.
Cronbachs alpha = 0,437.
 - 2.1.0 ”Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser?”
 - 2.1.1 ”Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i?”
 - 2.1.4 ”Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig?”
 - 2.2.5 ”Ta stilling til følgende påstander.”
 - 2.2.11 ”Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker?”
 - 2.2.12 ”Kan du nevne noen former for angstlidelser?”

3. **Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer.** Omfatter 9 spørsmål.
Scoreskala: 0-44. Cronbachs alpha = 0,581.
 - 2.2.6 ”Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon?”
 - 2.2.7 ”Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser?”
 - 2.2.8 ”Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse?”
 - 2.2.9 ”Hvilken av de følgende er riktig?”
 - 2.2.10 ”Ta stilling til følgende påstander.”
 - 2.2.13 ”Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser?”
 - 2.2.14 ”Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon?”
 - 2.2.17 ”Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand?”
 - 2.2.18 ”Hvilke av de følgende påstander er mest riktig?”

4. **Evne til kopling av symptomer til diagnoser.** Omfatter ett spørsmål med 25 ledd.
Skåreskala: 0-50. Cronbachs alpha = 0,972.

2.2.19 ”Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse (evt. hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Det er gitt et eksempel i første linje.”

5. **Tillit til behandlingsmetoder.** Omfatter 2 spørsmål. Skåreskala: 0-2.

Cronbachs alpha = 0,502.

2.2.15 ”I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst?”

2.2.16 ”I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier?”

6. **Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt.** Omfatter 11 spørsmål. Skåreskala: 0-30. Cronbachs alpha = 0,715.

3.1.1 ”Hva vet du om følgende?

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)

Pedagogisk-psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjenest

Helsestasjon for ungdom

Kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge

Helsestasjon ved skolen

Selvmondsforebyggende team

Mental helses hjelpetelefon

VIP

klara.klok.no (opplysningsside på nett)

Kjenner du noen andre hjelpeinstanser eller organisasjoner innen psykisk helse som vi ikke har nevnt?”

7. **Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse.** Omfatter 8 spørsmål. Skåreskala: 0-8. Cronbachs alpha = 0,446.

3.1.2 ”Har dere en helsesøster ved deres skole?”

3.1.3 ”Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser?”

- 3.1.4 ”Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger?”
- 3.1.5 ”Kan man få hjelp med psykiske problemer der?”
- 3.1.6 ”Har du en fastlege?”
- 3.1.8 ”Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune?”
- 3.1.10 ”Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune?”
- 3.1.12 ”Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune?”

For å måle kvaliteten i indeksene er det foretatt analyser av interkorrelasjon og reliabilitet ved Cronbachs Alfa / Kruder-Ricardson (KR-20) og med Prinsipal komponentanalyse med Varimax rotasjon. Generelt sett har vi holdt oss til Kaisers kriterium med Eigenvalue større enn 1,0, og $\alpha > 0,7$. Skala 2, 5 og 7 ligger mellom 0,4 og 0,5, men de er pragmatiske indekser og har en logisk teoretisk sammenheng for målingen (61).

Rapporteringen i første og andre artikkel er gjennomsnittskårer på hver av de overforstående indekser i form av prosent av maksimalt mulig skåre på skalaen for den enkelte indeks.

For å besvare problemstillingene i artikkel 3 knyttet til endepunktene ”de unges atferd i forhold til å søke hjelp” og ”egenrapportert psykisk helse” har jeg benyttet følgende spørsmål:

”Kjennskap til andres problem”

- 3.1.18 ”Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?”

”Antatt håndtering av andres eventuelle problem”

- 3.1.17 ”Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva ville du da gjøre?”

”Antatt håndtering hvis problem selv”

- 3.1.15 ”Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet?”

”Kontakt med spesialisthelsetjenesten”

3.1..9 ”Har du vært eller er du i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk(BUP)?”

3.1.11 ”Har du vært eller er du i kontakt med psykiatrisk ungdomsteam(PUT)?”

3.1.13 ”Har du vært eller er du i kontakt med psykiatrisk akutt-team?”

”4.1 Selvrapporteringskjema fra SDQ-Nor” (57,58)

Her besvares påstander med ’stemmer ikke’, ’stemmer delvis’ eller ’stemmer helt’ vurdert for de siste 6 månedene. På hver påstand skåres det 0, 1 eller 2. Vi bruker to av delskalaene i SDQ-Nor, totalskåren og svar på et samlende spørsmål:

”**Emosjonelle vansker**”, 5 ledd. Skåreskala 0-10.

4.1.3 ”Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme.”

4.1.8 ”Jeg bekymrer meg mye om mange ting.”

4.1.13 ”Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten.”

4.1.16 ”Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker.”

4.1.24 ”Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt.”

”**Problemer med jevnaldrende**”, 5 ledd. Skåreskala 0-10.

4.1.6 ”Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene.”

4.1.11 ”Jeg har en eller flere gode venner.”

4.1.14 ”Jeg blir som regel likt av andre på min alder.”

4.1.19 ”Andre barn eller unge plager eller mobber meg.”

4.1.23 ”Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder.”

”**SDQ-Nor totalskåre**”, **20 ledd**. Skåreskala 0-40. Omfatter de to ovenfor nevnte delskalaene + ”**atferdsvansker**”, 5 ledd, skåre 0-10, og ”**oppmerksomhetsproblemer / hyperaktivitet**”, 5 ledd, skåre 0-10. For nærmere beskrivelse se vedlegg 4.

”**Samlet vurdering i SDQ-Nor**”

4.3 ”Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?”

”Angstsymptomer”, 5 ledd hentet fra TOPP-studien (60). Skåringskala 0-10.

Cronbachs alpha = 0,680.

4.1.25 ”Jeg unngår å gjøre ting sammen med andre fordi jeg er redd for å bli kritisert eller avvist.”

4.1.27 ”Jeg har plagsomme/forferdelige mareritt.”

4.1.28 ”Jeg er engstelig i sosiale situasjoner fordi jeg er redd for andre mennesker.”

4.1.29 ”Jeg henger meg ofte så mye opp i detaljer at jeg glemmer hva jeg egentlig skal gjøre.”

4.1.30 ”Jeg må gjøre ting på helt spesielle måter for å forhindre at farlige ting skal skje.”

Elever som ved den samlede vurderingen i SDQ-Nor svarte at de hadde vansker (små eller store), ble også bedt om å svare på følgende:

”Hjelp fra andre”

4.3.4 ”Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg?”

”Faktisk håndtering av eget problem”

4.3.5 ”Hva har du selv gjort med problemet?”

(likelydende svaralternativer som ved **”antatt håndtering hvis problem selv”**.)

”Spørsmål om innvirkning (”impact”) i SDQ-Nor”, 5 ledd. Skåreskala 0-10.

”Innvirkning generelt”

4.3.2 ”Forstyrrer eller plager vanskene deg?”

”Spesifikk innvirkning”

4.3.3 ”Virker disse vanskene inn på livet ditt på noen av de følgende områder: ”Hjemme / i familien”, ”forhold til venner?”, ”læring på skolen”, ”fritidsaktiviteter”.

For ytterligere opplysninger og svaralternativer se vedlagt spørreskjema. For subgruppeanalyser benyttes i tillegg svar på spørsmål i spørreskjemaet om personlige kjennetegn (kjønn, alder, familiebakgrunn mm).

Selvrapporteringskjema fra SDQ-Nor inneholder 25 ulike påstander om egen opplevelse av faktorer knyttet til den psykiske helsen de siste 6 månedene. Spørreskjemaet er en screening av den psykiske helsen og er utviklet i England av Robert Goodman(57). Den norske oversettelsen er utarbeidet av blant annet Sonja Heyerdahl (58). Måleinstrumentets psykometriske egenskaper har vært gjenstand for studier både i forhold til andre undersøkelser om nivå av psykiske problemer og i forhold til kliniske vurderinger slik som CBCL (57, 64-72).

Spørreskjemaets 25 påstander kan besvares med ”Stemmer ikke”, ”Stemmer delvis” eller ”Stemmer helt”. Påstandene skåres med 0, 1 og 2 og danner én totalskåre (bestående av 20 ledd, skåring 0-40) og fem delskårer som omhandler emosjonelle problemer, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker / hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og prososial atferd. De fire første delskårene går fra 0-10 og danner til sammen totalskåren. Den femte delskåren omhandler atferd for å hjelpe eller ta vare på andre og skåres 10-0.

For å danne et mer dekkende bilde av problemene har jeg inkludert innvirkningsskåren i spørreskjemaet (bestående av 5 ledd, skåring 0-10). Den omfatter respondentens opplevelse av problemenes innvirkning på egen livssituasjon. Høyere gjennomsnittsskåre betyr i alle skalaene dårligere psykisk helse. Skåringen danner grunnlag for en gruppering der vi deler utvalget inn i ”Normalskåre”, ”Gråsoner” (de jeg klassifiserer som å ha psykiske problemer uten å være behandlingstrengende) og ”Avvikende” (de som har psykiske problemer og er behandlingstrengende). Fordelingen eller ”Cut-off” for respondentene i de enkelte skalaene er gjort i henhold til standardene som er satt opp av Robert Goodman (37).

Statistiske metoder

Gjennom forprosjektet i 2004-2005 samt ved senere utvikling kom jeg frem til at forskningsprosjektet med de eksisterende begrensninger i stor grad ivaretar sine målsetninger gjennom å baseres på kvantitativ metode ved en kvasieksperimentell variant av Design 3, ofte kalt Solomons design. Designet er en kombinasjon av et pretest-posttest design og et rent posttest design (73, 74). Designet er anbefalt som spesielt brukernyttig for evaluering av

kunnskapsoppbyggende intervensjoner om helse (75). Det kvasiekperimentelle designet ble valgt fordi forskningsprosjektet stod uten mulighet for å diktere hvem som skulle bli eksponert for VIP intervensjonen og hvem som ikke skulle det. I en undersøkelse i Vestfold i 1995 av liknende karakter, beskrevet i artikkelen "The Effects of Sex Education on Adolescents' Use of Condoms: Applying the Solomon Four-Group Design" (75), fant man en effekt som skyldtes pretest. Dette ville man ikke ha oppdaget om man ikke hadde benyttet Solomon designet.

Designet muliggjør kontroll med hvorvidt posttestforskjeller skyldes intervensjonen, pretesten eller en kombinasjon av begge ved interaksjon. Et annet viktig moment er at effekten av intervensjonen vil bli undersøkt på ulike måter: $O_2 > O_1$, $O_2 > O_4$, $O_5 > O_6$, og $O_5 > O_3$. (54, 73).

I analysene av datamaterialet har det blitt benyttet SPSS 14.0. Innledningsvis ble alle faktorer dikotomisert, det ble kjørt frekvensanalyser på enkeltitems (dvs. enkelt spørsmål eller påstander) og indekser på individ og skolenivå. Det ble videre kjørt frekvensanalyser med t-tester på alle fire grupperinger for å teste for eventuell pretest sensitivisering. Se for øvrig vedlegg 5. Den fullstendige oversikten over frekvensanalysene er fritt tilgjengelig for nedlasting fra Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider (61).

For å måle og analysere signifikansnivå på endring av gjennomsnitt ved enkeltspørsmål og indekser, er det benyttet 2-halet t-test for uavhengige utvalg, og deretter på samme måte benyttet "General Linear Model" med "Repeated Measure" for å se på endringene over måletidspunktene.

Effektstørrelsene er angitt både i absolutte tall og som forskjeller mellom gjennomsnitt, delt på standardavviket i utvalgene, dvs. Cohens d (74, 76, 77). Vurderingene av effekter er i henhold til de generelle internasjonale retningslinjer, der 0,2 defineres som en liten effekt, 0,5 som middels effekt og 0,8 som en stor effekt (76). Jeg har valgt å presentere effektstørrelsene i henhold til det totale standardavviket, slik som anbefalt av Cohen, Rosnow & Rosenthal, Durlak og Shadish, Cook og Campbell (73, 76, 78, 79). Det er en viss uenighet om hva som gir det mest korrekte bildet og noen mener at man får et mer representativt bilde av normalbefolkningen ved å benytte standardavviket i kun kontrollgruppen ettersom de ikke har vært utsatt for intervensjonen (80, 81). Dette ville ved alle de presenterte tilfellene i første

artikkel og de fleste tilfeller i andre og tredje artikkel, gitt høyere og vesentlig høyere effektskårer (mellom 0,06 og 0,17). Det er dermed en mulighet for at effektstørrelsene i presentasjonen er en underestimert av effektene i forskningsprosjektet. Cohens d ble valgt fremfor Glass g fordi forskningsprosjektet har flere grupperinger med ulikt antall respondenter, og fordi man ved å velge det gjennomsnittlige standardavviket i større grad unngår feil i beregningen av standardavviket (77).

For ytterligere å kontrollere soliditeten i forskningsfunnene har vi, i etterkant av de andre analysene, gjennomført analysene på nytt med kontroll for cluster-effekter som skyldes tilhørighet til skoleklasse.

Ved gjennomføring av en studie på utvalg som består av klart definerte grupper eller klynger, som for eksempel skoleklasser, er det sannsynlig at individer innad i gruppene ligner mer på hverandre på de variablene som er sentrale i studien enn individer på tvers av gruppene. Fenomenet kalles clustring, og kan potensielt virke inn på standardfeil, konfidensintervall og signifikanstester. Hvor mye forskjell det gir, avhenger imidlertid av hvor sterk clustringen er, med andre ord hvor store forskjellene er på tvers av gruppene sammenliknet med innad i gruppene. Det avhenger også av hvor store grupper man har. Når gruppene er små (ved en bestemt utvalgsstørrelse) har en eventuell clustring mindre å bety for p -verdier og konfidensintervall. Når gruppene er store (ved den samme utvalgsstørrelsen) øker problemet. Når en gjennomfører studier der det foreligger en betydelig clustring, må en kompensere ved å øke den totale utvalgsstørrelsen.

Å utføre intervensjon på store utvalg vil altså redusere problemet med at en har vanskeligere for å oppnå signifikans og problemet med store konfidensintervall. Dette er med andre ord også et spørsmål om ressurser. I praksis har man ofte moderat store utvalg og relativt få undergrupper. I denne studien er antall skoler i test og kontrollgruppe for få (hhv. 5 og 3) til at det gir noen mening å gjennomføre analyser der en har kontrollert for at elevene tilhører bestemte skoler. Vi har derfor valgt å undersøke konsekvensene av å kontrollere for at elevene tilhører bestemte skoleklasser.

Ifølge Cohen m.fl. behøver ikke clustring å påvirke regresjonskoeffisientene, men generelt sett vil det at individene tilhører clusters føre til at standardfeil underestimeres, dersom en

ikke kontrollerer for clustring i de statistiske analysene. En mulig konsekvens av dette er at undersøkelsen kan gi tilsynelatende signifikante resultater som egentlig ikke er signifikante (77).

Generelt regner man to hovedmåter å kontrollere for eventuelle clustringeffekter. En kan gjennomføre analyser på individnivå der standardfeil, konfidensintervall og signifikanstester justeres for at individene danner clusters. Dette kan for eksempel gjøres i Complex-modulen i SPSS. Tilnærming nummer to består av en såkalt Multi Level Analyse, eller hierarkisk lineær modellering. Dette er essensielt en spesiell type regresjon; random coefficient regression (RCR), som konseptuelt består av to nivåer med regresjoner. RCR krever en mer kompleks estimeringsprosedyre enn de beregningene som gjøres i for eksempel SPSS Complex (82-86). Vi har valgt å benytte den førstnevnte metoden. Jeg har i mitt materiale ikke funnet en slik ulikhet i verdiene at det går ut over de trukne slutninger i de opprinnelige analysene. Tabell 2 viser en sammenliknende oversikt over p- verdiene i normalanalyse og i analysen der det er justert for clustringeffekt.

Tabell 2 Sammenlikning av p-verdier ved 2-halet test og OLS.

Indekser	t0 - t1		t0 - t3		Skåre-skala
	Sig. / p-verdi ved 2-halet test	Sig. ved GLM for test av clustereffekt	Sig. / p-verdi ved 2-halet test	Sig. ved GLM for test av clustereffekt	
1. Kjennskap til psykiske lidelser	0,001	0,001	0,513	0,719	0-12
2. Generell kunnskap om psykisk helse	0,048	0,089	0,011	0,005	0-15
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	0,240	0,217	0,012	0,035	0-44
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	0,002	0,028	0,000	0,004	0-50
5. Tillit til behandlingsmetoder	0,160	0,001	0,904	0,458	0-2
6. Kunnskap om hjelpapparatet innen psykisk helse generelt	0,000	0,000	0,006	0,006	0-30
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse	0,000	0,000	0,001	0,001	0-8

Funn

Ved alle målingene ble kunnskapen målt i prosent av maksimum skåre på et sett av indekser. Effektstørrelsen på de enkelte indeksene er estimert i (a) forskjeller i forbedring av prosentskåre og (b) Cohens d. Fra t0 til t1 hadde intervensjonsgruppen signifikant bedre kunnskapsutvikling innenfor ”kjennskap til psykiske lidelser” (10,2 % flere prosentenheter framgang, Cohens d = 0,58, p-verdi 0,000***), ”generell kunnskap om psykisk helse” (4,4 % - 0,30, p-verdi 0,048*), ”evne til kopling av symptomer til diagnoser” (3,1 % - 0,34, p-verdi 0,002**), ”kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt” (11,6 % - 0,51, p-verdi 0,000***) og ”kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse” (11,3 % - 0,74, p-verdi 0,000***), jfr. artikkel 1. Sammenliknet med effektstørrelsene i andre, tilsvarende studier (mellom 0,01 og 0,3 i Norge og mellom 0,26 til 0,57 i internasjonale undersøkelser) synes effekten av VIP å være god.

I artikkel 2 drøftes om de umiddelbare virkningene, presentert i første artikkel, holder seg fram til 6 og 12 måneder etter intervensjonens gjennomføring. Dette synes i betydelig grad å være tilfellet for elevers alminnelige kunnskaper om problemer knyttet til psykisk helse. På den annen side kan det se ut som om en betydelig del av effekten på kort sikt om hvor hjelpen er hvis behovet melder seg, går tapt i løpet av et års tid. En forklaring kan være at for majoriteten av elever, som selv ikke har psykiske problemer, vil generell kunnskap om lidelsenes karakter være mer interessant enn praktisk informasjon om hjelpeapparatet. Det kan også spille en rolle at intervensjonen fokuserer mer på å etablere en lav terskel for å dele problemene med noen, enn på det å søke profesjonell hjelp.

For hele perioden, fra før intervensjon til 12 måneder etter (t0 til t3), har imidlertid intervensjonsgruppen hatt en signifikant effektendring i forhold til kontrollgruppen på 5 av de 7 indeksene. Ved indeks 2 ”generell kunnskap om psykisk helse”, Cohens d = 0,41 (p-verdi = 0,011**), på indeks 3 ”kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer” d = 0,42 (p = 0,012**), på indeks 4 ”evne til kopling av symptomer til diagnoser”, d = 0,53 (p = 0,000***), på indeks 6 ”kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt”, d = 0,38 (p = 0,006**), og på indeks 7 ”kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse”, d = 0,39 (p = 0,001***). Jeg fant i tillegg en effekt på d = 0,31 ved indeks 1 ”kjennskap til psykiske lidelser”, men denne endringen er ikke signifikant (p = 0,513).

På tidspunkt t1 var det i intervensjonsgruppen en nedgang på 5,2 prosentpoeng i andelen som sa de ikke ville ha foretatt seg noe i tilfelle eget problem, mens det på samme svarkategori var en oppgang på 7,5 prosentpoeng i kontrollgruppen. Dette anses å være en indikasjon på at intervensjonen kan ha ført til en ønsket holdningsendring når det gjelder hjelpsøking. Funnet er signifikant, men effekten er ikke veldig sterk.

I artikkel 3 belyses om faktisk hjelpsøking blant de som etter 6 og 12 måneder rapporterte om vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller det å komme overens med andre. Det er en noe mer positiv utvikling for intervensjonsgruppen enn for kontrollgruppen, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. På variabelen 'kontakt med psykiatrisk ungdomsteam' økte andelen i kontrollgruppen med slik kontakt fra 1,5 til 7,7 prosent fra t1 til t3, mens den økte bare fra 5,3 til 6,1 prosent i intervensjonsgruppen. Økningen er i overensstemmelse med tall fra andre undersøkelser (11, 12) og tyder på at det er en normalutvikling i populasjonen ettersom respondentene i all hovedsak er blitt 18 år ved t3.

Fra tidspunkt t1 til t3 finner vi på den annen side signifikant gunstigere utvikling i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen mht totalskåre på SDQ-Nor, på skåre for "problemer med jevnaldrende" og angst (artikkel 3). Effektstørrelsen for totalskåren er på $d = 0,15$, for problemer med jevnaldrende $d = 0,31$ og for angst $d = 0,37$. Dette er bemerkelsesverdig gitt VIP-intervensjonens moderate omfang og den store sammenhengen som VIP-programmet forekommer i. Effektene er ikke veldig store, men selv moderate eller små bidrag til økt kunnskap og bedre mestring gjennom VIP-programmet vil være forsvarlig hvis det oppnås med tilsvarende lave kostnader. I tabell 3 er de ovennevnte funn stilt sammen.

Tabell 3. Oversikt over effekter på ulike utfallsmål på ulike tidspunkter.

Utfallsmål	Tidspunkt		
	1 måned etter, t1	6 måneder etter, t2	12 måneder etter, t3
Kunnskap om psykisk helse	+	+	+
Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat	+	0	0
Kunnskap om hjelpeapparat generelt	+	+	+
Evne til gjenkjenning av symptomer på psykiske problemer	+	+	+
Hjelpsøking til profesjonelt hjelpeapparat	0		
Hjelpsøking blant primærrelasjoner	+		
Symptomnivå			+

Diskusjon

Psykiske plager og lidelser er et betydelig folkehelseproblem. Det er en rimelig hypotese at kunnskap om slike plager og lidelser - herunder evne til gjenkjenning av symptomer hos en selv og andre - kombinert med kunnskap om hvor hjelp er å finne hvis problemer melder seg, kan bidra til økt mestringsevne og redusere styrken og omfanget av problemene. Det er også rimelig å se på skolen som en god arena for å tilføre unge mennesker slike kunnskaper og mestringsevne. Programmet VIP er tuftet på disse tankene, og det er i utgangspunktet plausibelt at programmet kan være nyttig. Det er likevel ønskelig å teste empirisk om programmet faktisk er nyttig og i så fall i hvilken grad. Dette gjelder særlig fordi den konkrete intervensjonen som programmet består av, er av begrenset omfang og bare er en liten brikke i det store spillet om unge mennesker psykiske helse. En kan spesielt lure på om eventuelle umiddelbare effekter på teoretisk kunnskap holder seg over tid og om programmet også resulterer i mer varige effekter på evne til symptomgjenkjenning, hjelpsøking og problemomfang.

Denne avhandlingen er en empirisk studie av effektene av VIP. Hovedfunnene er at programmet gir klare effekter på kort sikt på kunnskaper om psykisk helse og om

hjelpeapparat. Kunnskapene om psykisk helse synes å holde seg ganske godt det første året etter intervensjonen, mens kunnskapene om hjelpeapparat synes å glemmes i betydelig grad. Etter 6 og 12 måneder observeres liten effekt på hjelpsøking. På den annen side synes det å være en moderat, men signifikant gunstig effekt på forekomst av problemer.

Studien har flere sterke sider. Det er gjort en sammenlikning av elever ved skoler som hadde mottatt intervensjonen med elever ved skoler som ikke hadde mottatt intervensjonen og som matchet skolene i intervensjonsgruppen på en rekke sosioøkonomiske og andre variable. Det er gjort målinger i et forholdsvis stort utvalg av elever. Målingene er gjennomført med et omfattende spørreskjema som dekker flere aktuelle typer effekt (endepunkter). Målingene er gjort på fire ulike tidspunkter, inklusive umiddelbart før og ett år etter intervensjon. Svarprosentene er forholdsvis høye.

Det er likevel en rekke trekk ved studien som tilsier varsomhet ved tolkning av resultatene.

Det er knyttet en del forskjeller til rapporteringsnivå ved de enkelte skoler både når det gjelder kunnskap og symptomnivå. Forskjellene forsvinner imidlertid når vi ser på effekter og ved analyser med klasse og fylkesinndeling.

Ideelt sett skulle elevene i studien ha vært randomisert til henholdsvis VIP-intervensjon og ingen intervensjon. Det var ikke praktisk mulig. Vi kan således ikke utelukke at det var systematiske forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene knyttet til forskjeller mellom skoleelever i henholdsvis Akershus og Vestfold fylke. Mot dette taler imidlertid (a) at på de fleste registrerte kjennetegn var de to gruppene relativt like (tabell 2), og (b) at forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppen i hovedsak holder seg når en kontrollerer for at utdanningsnivået i intervensjonsgruppen var høyere enn i kontrollgruppen.

Det er ikke funnet vesentlige forskjeller når det gjelder kjønnssammensetning, alder, inntektsgivende arbeid eller bosituasjon. Det er heller ikke vesentlige forskjeller når det gjelder husstandsinntekt, men disse tallene er mer usikre ettersom 33,8 og 29,4 % svarer ”vet ikke”. Det er høyere andel med mer enn fire års universitetsutdanning blant foreldrene i intervensjonsgruppen, og flere som er født et annet sted enn i Norge. Det er ikke funnet noen

signifikant systematikk knyttet til disse forskjellene, men vi kan ikke utelukke at det kan være en viss sosial skjevhet i responsraten.

Av det totale utvalget på 135 klasser ble 16 klasser tatt ut ved t0 og t1 fordi de var spesialklasser som ikke tilfredsstilte språkkrav med mere til utfylling av spørreskjemaet. Blant de inkluderte skjedde det også senere noe frafall. I intervensjonsgruppen var ca halvparten av elevene ved Strømmen videregående skole fraværende ved t0 og t1 fordi de var ute i praksis. Disse deltok seinere på t2 og t3. På tidspunkt t2 fikk noen klasser ved Thor Heyerdahl videregående skole (i kontrollgruppen) ikke fylt ut spørreskjemaet innen oppsatt tidsfrist. Ved t3 var det samme tilfellet ved Stabekk videregående skole (i intervensjonsgruppen). Ved alle skolene var i tillegg en del innleverte skjemaer utilfredsstillende utfylt. Skjemaer hvor opplysning om elevens kjønn manglet, eller hvor minst halvparten av alle enkeltpørsmål i skjemaet var ubesvart, ble ekskludert fra analysene. Frafall i form av utilstrekkelig utfylling av skjema øker noe fra t1 til t3 i både intervensjons- og kontrollgruppen. Ideelt sett kunne frafall over tid blitt håndtert ved sammenlikning av kjennetegn ved frafalne subjekter med kjennetegn ved ikke-fracfalne subjekter. Ut fra eventuelle forskjeller i kjennetegn kan man danne seg rimelige hypoteser om mulig feilestimering knyttet til selektivt frafall. Frafallet er imidlertid relativt sett lite og dette sammen med at en del respondenter går inn og ut av datamaterialet på ulike tidspunkter gjør at slike analyser i mitt materiale kun fører til spekulasjoner. Jeg har ingen holdepunkter for å anta at frafallet skaper systematiske skjevheter ved sammenlikninger mellom gruppene, men kan altså heller ikke utelukket fullstendig at det er slik.

Gruppe 1 har signifikant høyere gjennomsnittscore enn gruppe 3 på kjennskap til psykiske lidelser og kunnskap om psykiske helse, om hjelpeapparatet generelt og nærmiljøets hjelpetilbud. Gjennomføring av kunnskapsmåling forut for intervensjon synes altså å ha hatt noe effekt i seg selv på kunnskap ved t1. Effektene av selve VIP-intervensjonen er imidlertid estimert uavhengig av dette (artikkel 1).

På holdningsspørsmål og hypotetiske spørsmål om adferd er det tenkelig at personer i intervensjonsgruppen i noen grad kan ha svart slik de gjennom intervensjonen har forstått at de "bør" svare - snarere enn å gjøre en realistisk vurdering. Det har ikke vært mulig å kontrollere for dette.

Ved noen tilfeller i analysene av materialet ved t2 og t3 er det funnet positive effekter som ikke er statistisk signifikante. Dette kan skyldes manglende statistisk styrke i materialet.

I forkant av gjennomføringen valgte jeg bort noen fylker på grunn av stor ulikhet på de sosioøkonomiske variablene benyttet i matching av intervensjon og kontrollgruppe. Elevene i materialet er således ikke landsrepresentative. Ut fra det kan det stilles spørsmål ved generaliserbarhet til andre fylker. På den annen side har det gjennom studien ikke kommet frem funn som tyder på systematiske forskjeller knyttet til dette, i forhold til effekten av intervensjonen.

Gjennom litteratursøkene og ved gjennomgangen av reviews og primærstudier har jeg ikke funnet tilsvarende studier av forebyggende programmer som har målt nedgang i psykiske problemer ved egenrapportering med SDQ. Direkte sammenlikninger er derfor vanskelig. Innen parallelle områder slik som forebyggende programmer for atferdsendring og forebyggende intervensjoner som også involverer andre aktører og arenaer enn skolen, finnes det imidlertid flere muligheter for sammenlikninger.

Om effektene vi har funnet 12 måneder etter gjennomføring av VIP ved en skole med cirka 300 elever er korrekt, kan anslagsvis 1-3 personer ha gått fra å ha angst eller ha problemer med jevnaldrende, herunder bli mobbet, til ikke å ha slike problemer. I tillegg kommer endringene i kunnskap om og holdninger til psykisk helse og atferd i forhold til å søke hjelp på et tidligere tidspunkt. Skolens gjennomføringskostnader for VIP programmet ved en videregående skole med ca 300 elever fordelt på 15 klasser på første trinn er beregnet til kr 455 per elev i første gjennomføringsår og kr 180 i senere år. Dette må sies å være små beløp hvis effektene på problemfrekvens etter et år er korrekt estimert.

Om vi så ser på de norske studiene av Olweus antimobbeprogram, finner vi at studiene har et kvasiexperimentelt "extended selection cohorts" design, hvilket med henhold til vitenskapelig presisjon kan sies å være relativt likt med dette forskningsprosjektet (25, 30, 87). Etter en gjennomgang av tilgjengelig, publisert materiale knyttet til Olweus-programmet, har jeg imidlertid ikke funnet det nødvendige materialet for å regne ut effektmålet Cohens d eller andre kompatible mål for standard gjennomsnittlig differanse (87-92). Det eneste tilgjengelige

effekt målet på programmet, foruten endring i prosent, er å finne i Campbells systematiske review ” School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization” (25).

Effektstørrelsen er imidlertid benevnt med ”Odds Ratio” som ikke, uten andre utfyllende opplysninger, direkte lar seg sammenlikne med andre mål for standard gjennomsnittlig differanse.

Sammenlikning ved effektstørrelsene er derfor gjort med de presenterte endringene i prosent. Om vi holder oss til evalueringene av programmet fra 2001-2003 med de høyeste prosentvise effektene (87), i nedgang av mobbing og mobbere i Olweus programmet, er den på 5,1 % og 2,8 % i absolutt nedgang etter 12 måneder. De tilsvarende beregninger for VIP var en nedgang i problemer med jevnaldrende på 4,9 % og nedgang i forekomst av angst på 6,8 %, etter 12 måneder.

I den nylig utgitte rapporten ” Utvärdering av metoder mot mobbing” om effekter av antimobbeprogram på svenske skoler, har man regnet ut kostnadsrammene for Olweus antimobbeprogram etter samme metode og mål som det her er gjort for VIP programmet. Oppstartskostnadene for Olweus antimobbeprogram er stipulert til 34 200,- og antall timer til gjennomføring over tre år regnet ut å være 5 528. Det gir en total kostnad (ved estimert timekost 220,-) på 1 216 160,-. Kostnadene per elev per år i snitt over 3 år = 1389,- (93)

Disse funnene kan synes å støtte opp om funnene i internasjonale undersøkelser der kortere og mindre ressurskrevende, forebyggende intervensjoner synes å gi vel så god effekt på beskyttende faktorer som intervensjoner som går over lang tid og som krever til dels store ressurser (2).

I undersøkelsen finner vi at i overkant av 30 % av de med psykiske problemer sier at problemene i stor grad går utover deres læringsevne på skolen. Dette er dobbelt så mange som rapporterer problemer knyttet til venner og fritidsaktiviteter. Funnene understøttes av nyere resultater om risiko og beskyttelsesfaktorer for unges psykisk helse i HUNT. Der finner de at akademiske ferdigheter og mobbing er de to faktorene som er sterkest assosiert med det å ha psykiske problemer (94). I overkant av 50 % av respondentene i mitt materiale som har oppgitt at de har psykiske helseproblemer, sier samtidig at ingen i deres skolemiljø har tatt opp problemene med dem. Når over 80 % av disse rapporterer at de har følt plagene i mer enn

6 måneder, synes det som et viktig felt å ta tak i også for skolen. Pedagogiske virkemidler knyttet til kunnskaps- og læringsutvikling synes i dagens skole i for liten grad å være fundert på tilgjengelig kunnskapsbasert praksis og forskning på effekt av ulike innsatser.

Avslutning og konklusjoner

Folkehelseinstituttet skriver i sin rapport ”Bedre føre var...” at psykiske plager og lidelser kan medføre en betydelig redusert funksjonsevne i hjem, skole/arbeid samt tap av livskvalitet. Psykiske lidelser utgjør i alle OECD landene en stadig større andel av all sykemelding og uføretrygding. Høyt sykefravær blant personer med psykiske lidelser er også dokumentert i flere internasjonale studier. Nesten hver tredje person som er uføretrygdet i Norge er det grunnet psykiske lidelser. Depresjoner og lettere angstlidelser er de vanligste psykiske lidelsene. Forekomsten av disse lidelsene som årsak til sykemelding og trygd ser ut til å øke. I 2006 hadde 23 % av personene som hadde tiltak fra NAV psykiske lidelser (34). Nylig publiserte funn, av forskere ved Folkehelseinstituttet og HEMIL-senteret i Bergen, viser til at antallet med angst og depresjon i OECD landene nå står for over 35 % av alle uføretrygdede. Konklusjonen i deres publikasjon er at også lettere angst og depresjonslidelser har store konsekvenser for deltakelse i arbeidslivet og at samfunnet undervurderer den langsiktige betydningen av symptomene. Avslutningsvis peker studien på at det er stort behov for forsøk med intervensjoner på befolknings- eller gruppenivå (95). I en slik sammenheng synes økt dialog, kunnskap og tidlig hjelp å kunne være betydningsfulle faktorer.

Mine konklusjoner er at VIP-programmet ser ut til å gi positive effekter på elevers kunnskaper om psykisk helse og hjelpeapparatet og i noen grad på forekomst av psykiske plager slik som angst og problemer ved jevnaldrende. Tiltaket er rimelig og synes kostnadseffektivt, og det ser ut til å kunne fremme samarbeid mellom skolens lærere, helsesøster, PPT, kommunal psykisk helse og den kliniske virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Studien peker i retning av at forebyggende informasjon om psykisk helse i skolen kan være et verdifullt supplement til øvrige tiltak for å fremme psykisk helse og læringssevne. Resultatene kan ha implikasjoner for satsing og ressursfordeling for planlegging og tilrettelegging av psykisk helsetjeneste og for læringsaktiviteter i skolen. Det er imidlertid behov for ytterligere analyser med hensyn til betydningen av ulike innsatsfaktorer,

langtidseffekter og identifisering av særlige innsatsområder. Ideelt sett skulle jeg gjerne se om resultatene av denne studien holder seg i uavhengige seinere studier av det samme.

Litteraturliste

1. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*. 2003; **182**: 342-346.
2. Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Social Science & Medicine*. 2004; **58**: 1367-84.
3. Shaffer D, Fisher P, Dulkin M. The Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3: Description, Acceptability, Prevalence Rates and Performance in the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; **11**: 1427-39.
4. Feldman, MA (Ed). Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing. Oxford, 2004.
5. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*. 1989; **9**: 771-775.
6. Jørgensen P, Larsen TK, Rosenbaum B. Tidlig indsats ved skizofreni – Utvikling og behandling. Fagl's Forlag. København, 2000.
7. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000; **2**: 223-232.
8. Mentore JL. The effectiveness of early intervention with young children "at risk": A decade in review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000: **7-B**.

9. Vangsnes Lien, M., Tvedt, A.G. & Hansen, E. Diverse grunnlagsdokumenter om VIP. Lastet ned 05.01.2010 fra <http://www.vipweb.no>.
10. Albee GW, Ryan K. An overview of primary prevention. *Journal of Mental Health*. 1998; 7: 441-449.
11. Sosial- og helsedepartementet. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser, avgitt av en ekspertgruppe til Sosial- og helsedepartementet. Oslo, 2000.
12. Rødje, K., Clench-Aas, J., Van Roy, B., Holmboe, O. & Müller, A.M. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus. Ungdomsrapport. Rapport nr. 2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2004.
13. Schancke V A. Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis. Narvik, 2005.
14. Carrie WR. Evidence-based prevention practice in mental health: what is is and how do we get there? *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007; 1: 153-164.
15. Shore MF. The making, unmaking and remaking of primary prevention. *Journal of Mental Health*. 1998; 7: 471-477.
16. Durlak J, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 1997; 25: 115-152.
17. Durlak J. Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. *Journal of Mental health*. 1998; 5: 463-469.
18. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. The Cochrane Collaboration. Published by Wiley & Sons, 2000; 2.

19. Greeberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. The prevention of mental disorder in school-aged children, current state of the field. *Prevention & Treatment*, American Psychologist Association. 2001; **4**.

20. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to promotion in schools. *Health Education*. 2003; **4**: 197-220.

21. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; **3**: 401-415.

22. Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C, Stewart-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health*. 2007; **1**: 25-32.

23. Cuijpers P, m.fl. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *The American Journal of Psychiatry*. 2008; **165**: 1272-1280.

24. Oliver S, Harden A, Rees R, Shepherd J, Brunton G, Oacley A. Young people and mental health: novel methods for systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Education Research*. 2008; **5**: 770-790.

25. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimation. *Campbell Systematic Reviews*. 2009; **6**.

26. Andersson HW, Kaspersen SL, Bungum B, Bjørngaard JH, Buland T. Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no. Sintef-rapport A1491. Trondheim, 2010.

27. Arnesen Y, Breivik C, Johnsen LI. Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet: første del. Universitetet i Tromsø. Tromsø, 2005.

28. Tobiassen AG, Magnus RE, Sletli Gundersen L. Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 2. del, Self-efficacy og mestring. Universitetet i Tromsø. Tromsø, 2006.
29. Wang CE, Skre I, Lindekleiv Magnus RE. Alle har en psykisk helse. Oppsummering etter en treårig effektevaluering gjennomført av Institutt for psykologi ved Universitetet I Tromsø. Tromsø, 2008.
30. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2010; **1**: 124-134.
31. 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. *Social Psychology of Education*. 2010; **13**: 41-55.
32. Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioural problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educational Psycholog.* 2007; **27**: 713-36.
33. Aune T, Stiles TC. Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; **77**: 867–879.
34. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE. Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Fhi-rapport nr. 1. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo, 2011.
35. WHO's definisjon av "Mental health". Lastet ned 08.10.2010 fra <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>.

36. Presentasjon av GAF-F / GAF-S. Lastet ned 15.10.2010 fra <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse>.
37. Presentasjon av SDQ-Nor, diverse presentasjoner og syntax for SPSS. Lastet ned 12.08.2009 fra <http://www.sdqinfo.com/b1.html>.
38. Presentasjon av ICD-10. Lastet ned 15.10.2010 fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
39. Presentasjon av DSM. Lastet ned 15.10.2010 fra http://no.wikipedia.org/wiki/DSM-IV_koder.
40. Presentasjon av DSM ved APA. Lastet ned 15.10.2010 fra <http://www.psych.org/mainmenu/research/dsmiv.aspx>.
41. Steinberg JA, Silverman MM. Preventing mental disorders: A research perspective. MD, US: National Institute of Mental Health; US. Rockville, 1987.
42. Dewey J. Experience & Education. Touchstone, Simon & Schuster. New York, 1997.
43. Bruner J. Utdanningskultur og læring. Ad Notam Gyldendal. Oslo, 1997.
44. Prøitz, T.S. Learning outcomes. What are they? Who defines them? When and where are they defined? *Educational assessment, evaluation and accountability*. 2010; **2**:119-137.
45. Bruner J. The Process of Education. Harvard University Press. Cambridge, 1966.
46. Vygotsky LS. Mind in society. The Development of Higher Psychological Processes. Harvard University Press. Cambridge, 1978.
47. Rand P. Mestringsmotivasjon. Universitetsforlaget. Oslo, 1991.

48. Henriksen J-O, Vetlesen AJ. Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker. Ad Notam Gyldendal. Oslo, 1997.
49. Komiya N, Good GE & Sherrod N. Emotional openness as a predictor of attitudes toward seeking psychological assistance. *Journal of Counseling Psychology*, 2000; **47**: 138-143.
50. Berger P, Luckmann T. Den samfunnsskapte virkelighet. Fagbokforlaget. Bergen, 2000.
51. Weist MD, Albus KE. Expanded school mental health. *Behavior Modification*. 2004; **4**: 463-616.
52. Hillestad K, Udland Hansen L. Statkonsult. Snakk med oss! Rapportnr. 21. Oslo, 2002.
53. Hillestad K. Statkonsult. Stå på – dere gjør en bra jobb. Rapport . Oslo, 2004.
54. Statistisk sentralbyrås årbok 2006. Lastet ned desember 2007 fra <http://www.ssb.no/aarbok/2006/>.
55. Pedhazur, E.J. & Schmelkin, L.P. Measurement, Design, and Analysis. Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers. New Jersey, 1991.
56. Kvalem I.L., Sundet J.M. m.fl. The Effect on Adolescents' Use of Condoms: Applying the Solomon Four-Group Design. *Health Education Quarterly*. 1996; **1**:33-47.
57. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1998; **7**: 125-130.
58. Heyerdahl S. SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi* 2003; **1**: 127-135.

59. Mathisen, Karevold og Knudsen. Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Oslo, 2009.
60. Schjeldrup Mathiesen, K., Kjeldsen, Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid. Fhi-rapport nr. 5. Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo, 2007.
61. Andersen, B.J. (2010). Bakgrunnsdokumenter for forskningsprosjekt om VIP. Lastet ned den 18.10.2010 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4678:1:0:0:::0:0.
62. Temahefter utgitt av Rådet for psykisk helse. Lastet ned 09.05.2007 fra <http://www.psykiskhelse.no>.
63. Folkeopplysningshefter utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Lastet ned 09.05.2007 fra <http://www.psykopp.no>.
64. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *The Journal of Abnormal Child Psychology*. 1999; **27**: 17-24.
65. Smedje H, Broman J.E, Hetta J, von Knorring A.L. Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire”. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; **8**: 63–70.
66. Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; **10**:180–185.
67. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; **40**: 1337-1345.

68. Malmberg M, Rydell A.M, Smedje H. Malmberg M, Rydell AM, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003; **57**: 357–363.
69. Obel C m.fl. The strengths and difficulties questionnaire in the nordic contries. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; **2**: 32-39.
70. Hawes D.J, Dadds M.R. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004; **38**: 644–651.
71. Heiervang, Einar; Goodman, Anna; Goodman, Robert. The Nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008; **49**: 678-685.
72. Lundh G.L, Wångby M, Bjærehed J. Self reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15 year old adolescents: A study with the self report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2009; **49**: 523 – 532.
73. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Houghton Mifflin Company. Boston/New York, 2002.
74. Lund T, Kleven TA, Kvernbekk T, Chrisophersen K-A. Innføring i forskningsmetodologi. Unipub, Oslo, 2002.
75. Kvalem IL, Sundet JM, Rivø KI, Eilertsen DE, Bakketeig LS. The Effects of Sex Education on Adolescents` Use of Condoms: Applying the Solomon Four-Group Design. *Health Education Quarterly*. 1996; **1**: 33-47.

76. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd edition). Erlbaum. New Jersey, 1988.
77. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the behavioral Sciences, third edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. New Jersey, 2003.
78. Rosnow RL, Rosenthal R. Computing contrasts, effect sizes, and conternulls on other people's published data: general procedures for research consumers. *Psychological Methods*. 1996; **4**: 331-340.
79. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009; **9**: 917-928.
80. Weiss B, Weisz JR. The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research: a meta-analysis for researchers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1990; **18**: 639-670.
81. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*. 2006; **3**: 401-415.
82. Goldstein H. Multilevel statistical models (2nd ed.). Edward Arnold. London, 1995.
83. Kreft I. & de Leeuw J. Introducing multilevel modeling. Sage. London, 1998.
84. Raudenbush S.W. & Bryk A.S. Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods (2nd ed.). Sage. Newbury Park, CA, 2002.
85. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*. 1979; **86**: 420-428.

86. Snijders T, Bosker R. Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling. Sage. London, 1999.
87. Olweus D. Bully / victim problems among schoolchildren: basic facts and effects of a school based intervention program. In Pepler DJ, Rubin KH. The development and treatment of childhood aggression. Lawrence Erlbaum. New Jersey, 1991.
88. Olweus D. Bullying at school. Blackwell publishers Inc. Oxford, 1993.
89. Olweus D. Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994; **7**: 1171-1190.
90. Olweus D. Bullying or peer abuse at school: facts and intervention. *Current Directions in Psychological Science*. 1995; **6**: 196-200.
91. Olweus D. Bullying or peer abuse in school: intervention and prevention. In Davies G m.fl. Psycho, law and crim justice. Walter de Gruyter. Berlin, 1996.
92. Olweus D. Bully / victim problems in school: facts and intervention. *The European Journal of Psychology of Education*. 1997; **4**: 495-510.
93. Svenske Skolverket. Utvärdering av metoder mot mobbning. 2011; rapport 353. lastet ned 10.03.2011 fra www.skolverket.se.
94. Myklestad I, Røysamb E, Tambs K. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011; DOI 10.1007/s00127-011-0380-x.
95. 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. *Journal of psychosomatic research*. 2010; **69**: 59-67.

Vedlegg

1. Utvalgt litteratur.
2. Spørreskjema "Del 1" i alle versjoner.
3. Spørreskjema "Del 2".
4. SDQ-Nor.
5. Frekvenstabeller med endringer på enkeltitems.
6. Korrigering av nummerering for respondenter fra t0 til t1.
7. Litteratursøk. Eksempel A, B, C.

Utvalgt litteratur

Kunnskapsoppsummeringer (reviews) eller meta-kunnskapsoppsummeringer (meta-reviews) benyttet i studien;

- 1 Dulak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997; **2**: 115-152.
- 2 Durlak J. Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effektive. *J of Mental Health*. 1998; **5**: 463-469.
- 3 Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. The Cochrane Collaboration. Published by Wiley & Sons, 2000; **2**.
- 4 Greeberg MT, m.fl. Enhancing School-Based Prevention and Youth Development Through Coordinated Social, Emotional, and Academic Learning. *Am Psychol* 2003; **58**: 466-474.
- 5 Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to promotion in schools. *Health Ed*. 2003; **4**: 197-220.
- 6 Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Soc Sci Med*. 2004; **58**: 1367-84.
- 7 Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J of Cons and Clin Psychol*. 2006; **3**: 401-415.
- 8 Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C, Stewart-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *J of Pub Mental Health*. 2007; **1**: 25-32.
- 9 Cuijpers P, m.fl. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta-Analytic Review of Psychological Interventions. *Am J Psych* 2008; **165**: 1272-1280.
- 10 Oliver S, Harden A, Rees R, Shepherd J, Brunton G, Oacley A. Young people and mental health: novel methods for systematic review of research on barriers and facilitators. *Health Ed Research*. 2008; **5**: 770-790.
- 11 Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimation. *Campb Syst Rev*. 2009; **6**.

Tidligere norske studier som har benyttet SDQ-Nor er:

1. Heyerdahl S. SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi* 2003; **1**: 127-135.
2. Ronning J.A, Handegaard B.H, Sourander A, Mørch W.T. The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *Eu Child and Adolesc Psych*. 2004; **13**: 73–82.
3. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eu Child and Adolesc Psych*. 2006; **15**: 189-198.
4. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebo AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J of the Am Acad Child & Adolesc Psychiatry*. 2007; **46**: 438-447.
5. Mathiesen KS, Sanson A. Dimensions of early childhood behavior problems: stability and predictors of change from 18 to 30 months. *J Abnorm Child Psycho*. 2000; **28**: 15-31.
6. Indredavik MS, Vik T, Heyerdahl S, Kulseng S, Fayers P, Brubakk AM. Psychiatric symptoms and disorders in adolescents with low birth weight. *Arc Disease in Childh – Fetal and Neonatal Ed*. 2004; **89**: 445-450.
7. Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Eriksson AS. Mental health problems in children and adolescents referred to a national epilepsy center. *Epilepsy & Behavior*. 2007; **10**: 255-262.

Studier av psykometriske egenskaper ved SDQ:

1. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psych* 1998; **7**: 125-130.
2. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J of Ab Child Psychol*. 1999; **27**: 17-24.
3. Smedje H, Broman J.E, Hetta J, von Knorring A.L. Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *Eu Child and Adolesc Psych*. 1999; **8**: 63-70.
4. Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eu Child and Adolesc Psych* 2001; **10**:180-185.
5. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J of the Am Academy of Child and Adolesc Psych*. 2001; **40**: 1337-1345.
6. Malmberg M, Rydell A.M, Smedje H. Malmberg M, Rydell AM, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic J Psych*. 2003; **57**: 357-363.
7. Obel C m.fl. The strengths and difficulties questionnaire in the nordic contries. *Eu Child & Ad Psych*. 2004; **2**: 32-39.
8. Hawes D.J, Dadds M.R. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004; **38**: 644-651.
9. Heiervang, Einar; Goodman, Anna; Goodman, Robert. The Nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psycho and Psychiatry*. 2008; **49**: 678-685.
10. Lundh G.L, Wångby M, Bjærehed J. Self reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15 year old adolescents: A study with the self report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scand J of Psychol*, 2009; **49**: 523 - 532.

Tidligere norske studier som omhandler forebyggende virksomhet i skolen:

1. Aune T, Stiles TC. Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *J Consult and Clin Psychol* 2009; **77**: 867–879.
2. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsych.* 2010; **1**: 124-134.
3. 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.
4. Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioural problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educ Psychol.* 2007; **27**: 713-36.
5. 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.
6. 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.
7. Andersson HW, Kaspersen SL, Bungum B, Bjørngaard JH, Buland T. Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no. Sintef-rapport A1491. Trondheim, 2010.
8. Arnesen Y, Breivik C, Johnsen LI. Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet: første del. Universitetet i Tromsø. Tromsø, 2005.
9. Tobiassen AG, Magnus RE, Slettli Gundersen L. Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 2. del, Self-efficacy og mestring. Universitetet i Tromsø. Tromsø, 2006.
10. Wang CE, Skre I, Lindekleiv Magnus RE. Alle har en psykisk helse. Oppsummering etter en treårig effektevaluering gjennomført av Institutt for psykologi ved Universitetet I Tromsø. Tromsø, 2008.

Spørreskjema, del 1, t0 og t4



Skolenr.
Klassenr.
Elevnr.

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 1

Undersøkelsen er frivillig og alle personopplysninger vil bli avidentifisert, dvs. at ingen opplysninger skal kunne tilbakeføres til deg personlig. All informasjon behandles etter Datatilsynets regler. Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

NB! Dette skjemaet vil bli samlet inn etter 3 minutter, og du vil deretter få utdelt spørreundersøkelsens hoveddel.

1.1 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Spørreskjema, del 1, t1



Skolenr.

Klassenr.

Elevnr.

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 1

Undersøkelsen er frivillig og alle personopplysninger vil bli avidentifisert, dvs. at ingen opplysninger skal kunne tilbakeføres til deg personlig. All informasjon behandles etter Datatilsynets regler. Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

NB! Dette skjemaet vil bli samlet inn etter 3 minutter, og du vil deretter få utdelt spørreundersøkelsens hoveddel.

0.1 I løpet av februar i første klasse ble det gjennomført et undervisningsopplegg på fem timer om psykisk helse (VIP). Deltok du på det? Ja Nei

0.2 Kan du i tilfelle huske hvor mange timer var du tilstede på?

0.3 Var du tilstede når klassen fikk besøk av spesialisthelsetjenesten og helsesøster? Ja Nei

1.2 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om:

.....

.....

.....

.....

Spørreskjema, del 1, t2



Skolenr.
Klassenr.
Elevnr.

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 1

Undersøkelsen er frivillig og alle personopplysninger vil bli avidentifisert, dvs. at ingen opplysninger skal kunne tilbakeføres til deg personlig. All informasjon behandles etter Datatilsynets regler. Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

NB! Dette skjemaet vil bli samlet inn etter 3 minutter, og du vil deretter få utdelt spørreundersøkelsens hoveddel.

0.3 I løpet av vårsemesteret, når dere gikk VG 1, ble det gjennomført en spørreundersøkelse om psykisk helse.

Besvarte du den?

Ja

Nei

1.3 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om:

.....

.....

.....

.....

.....

Spørreskjema, del 1, t2



Skolenr.
Klassenr.
Elevnr.

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 1

Undersøkelsen er frivillig og alle personopplysninger vil bli avidentifisert, dvs. at ingen opplysninger skal kunne tilbakeføres til deg personlig. All informasjon behandles etter Datatilsynets regler. Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

NB! Dette skjemaet vil bli samlet inn etter 3 minutter, og du vil deretter få utdelt spørreundersøkelsens hoveddel.

1.1 I løpet av vårsemesteret, når dere gikk VG 1, ble det gjennomført et undervisningsopplegg på fem timer om psykisk helse (VIP).

Var du tilstede når dette ble gjennomført? Ja Nei

1.2 I løpet av de siste ukene har Sosial og helsedirektoratet startet en ungdomskampanje.

Kjenner du til den? Ja Nei

Har du i tilfelle benyttet noen av dens tilbud Ja Nei

1.3 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om:

.....

.....

.....

.....

.....

Spørreskjema, del 1, t3



Skolenr.

Klassenr.

Elevnr.

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 1

Undersøkelsen er frivillig og alle personopplysninger vil bli avidentifisert, dvs. at ingen opplysninger skal kunne tilbakeføres til deg personlig. All informasjon behandles etter Datatilsynets regler. Du skal ikke skrive navnet ditt på spørreskjemaet.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

NB! Dette skjemaet vil bli samlet inn etter 3 minutter, og du vil deretter få utdelt spørreundersøkelsens hoveddel.

1.4 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om:

.....

.....

.....

.....

.....

NB! SPM. 1.2 GJELDER KUN ELEVER SOM GÅR PÅ YRKESFAGLIG RETNING.

Vinteren 2009 skal vi gjennomføre spørreundersøkelsens 4. og 5. runde. Ved hver enkelt skole vil alle som besvarer den runden du er med på nå og neste runde er med i trekningen av et gavekort på 1 000,-

1.2 Dersom du ikke ønsker å bli kontaktet da, krysser du av her?

Skolennr. Klassennr. Elevnr.

+

Spørreundersøkelse til forskningsprosjekt om psykisk helse blant ungdom.

Del 2

I DET FØLGENDE BRUKER VI UTTRYKKENE "PSYKISKE PROBLEMER" OG "PSYKISKE LIDELSER". MED "PSYKISKE PROBLEMER" MENES TILSTANDER SOM ER PLAGSOMME MEN SOM IKKE ER SÅ ALVORLIGE AT DE NØDVENDIGVIS KREVER BEHANDLING. MED "PSYKISKE LIDELSER" MENES ALVORLIGE TILSTANDER SOM KREVER BEHANDLING AV FAGFOLK.

NÅR DU SVARER PÅ SPØRSMÅLENE NEDENFOR ER DET VIKTIG AT DU SVARER ÆRLIG OG I TRÅD MED DET DU SELV MENER.

UNDERSØKELSEN ER FRIVILLIG OG ALLE PERSONOPPLYSNINGER VIL BLI AVIDENTIFISERT. ALL INFORMASJON BEHANDLES ETTER DATATILSYNETS REGLER OG DU SKAL IKKE SKRIVE NAVNET DITT PÅ SPØRRESKJEMAET. HVIS DET ER SLIK AT DU KRYSSER AV FEIL ER DET FINT OM DU FYLLER DEN RUTEN FULLSTENDIG OG KRYSSER AV PÅ NYTT I DET RIKTIGE VINDUET.

2. KUNNSKAP OM PSYKISKE PROBLEMER OG LIDELSER

2.1.0 **Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser?** Sett ett kryss

1 0-5%

+

2 5-10%3 15-20%4 25-30%5 30-35%6 Vet ikke

2.1.1 **Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i?**

Sett ett kryss1 Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe2 Psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst3 Like enig i begge

+



2.2.4 Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig?

Sett *ett* kryss

- 1 Hvis man søker hjelp tidlig, er det sannsynlig at fagfolk vil bagatellisere problemet
- 2 Hvis man søker hjelp tidlig, er det større sjanse for at fagfolk kan hjelpe

+

2.2.5 Ta stilling til følgende påstander.

Sett *ett* kryss på hver linje.

	1	2	3
	Ja	Nei	Vet ikke
Man kan få psykiske problemer av mye stress og påkjenninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan få psykiske problemer av for lite søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du først har fått et psykisk problem vil du ha problemer resten av livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kan se på folk om de har psykiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du kan ha psykiske problemer uten selv å vite det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som hasj eller ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som LSD og amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hver tredje nordmann vil få psykiske problemer i løpet av livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske lidelser er delvis arvelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlige psykiske lidelser skyldes i stor grad miljø og i liten grad medfødte egenskaper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.6 Hvilke av de følgende trekk er særegne for en person som har en psykose?

Sett *ett eller flere* kryss

- 1 Hører stemmer
- 2 Ser syner eller ting andre ikke ser
- 3 Vanskelig for å puste
- 4 Er svært glad og ovenpå
- 5 Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det
- 6 Har rykninger i kroppen
- 7 Tilbaketrukket eller menneskesky
- 8 Har fråde (spytt som bobler ut av munnen)
- 9 Snakker høyt med seg selv
- 10 Føler seg kvalm
- 11 Vet ikke

+



2.2.7 Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser?

Sett ett kryss.

- 1 Barndommen
 2 Ungdomstiden
 3 Tidlig voksen
 4 Middelaldrende
 5 Gammel

2.2.8 Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse?

Sett ett eller flere kryss.

- 1 Bulimi
 2 Dysleksi
 3 Anoreksi
 4 Bigami
 5 Tvangsspising
 6 Autisme
 7 Vet ikke

2.2.9 Hvilken av de følgende er riktig?

Sett ett kryss.

- + 1 Mennesker med personlighetsforstyrrelser har varige, negative måter å omgås andre på
 2 Personlighetsforstyrrelser er psykiske reaksjoner på hendelser i omgivelsene.
 3 Vet ikke

2.2.10 Ta stilling til følgende påstander.

Sett ett kryss på hver linje.

	1	2	3
	Riktig	Ikke riktig	Vet ikke
Personer med ADHD klarer sjelden å sitte i ro, de er hyperaktive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med ADHD er inadvante og rolige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med ADHD mister lett konsentrasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med ADHD er impulsive og handler ofte før de tenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personer med ADHD snakker ofte og mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For stort inntak av sukker kan gi ADHD	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



+

2.2.11 **Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker?**

- 1 Svar
- 2 Nei, vet ikke

2.2.12 **Kan du nevne noen former for angstlidelser?**

Svar:

.....

2.2.13 **Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser?**

Sett ett eller flere kryss.

- 1 Tåler ikke uorden i ting og hendelser
- 2 Svært glad i spontane innfall
- 3 Svært opptatt av å sjekke ting mange ganger
- 4 Har svært høy toleranse for rot og uorden
- 5 Er veldig glad i overraskelser
- + 6 Svært opptatt av å lage regler for ting
- 7 Liker svært dårlig å binde seg
- 8 Svært opptatt av at ting skjer i bestemte rekkefølger

2.2.14 **Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon?**

Sett ett eller flere kryss.

- 1 Trist mye av dagen, ser mørkt på livet
- 2 Liten interesse for ting som før var morsomme
- 3 Farer opp, er høyløst og vil ha oppmerksomhet
- 4 Vil helst være sammen med noen hele tiden
- 5 Problemer med konsentrasjonen og problemer med å ta avgjørelser
- 6 Har selvmordstanker
- 7 Vil ikke ut på åpne plasser
- 8 Vet ikke

+



2.2.15 **I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst?**
Sett *ett* kryss.

- + 1 Fagfolk kan gjøre alle helt bra
2 Kan hjelpe noen, men ikke alle
3 Mulig å hjelpe enkelte litt
4 Ikke mye fagfolk kan gjøre
5 Vet ikke hva angst er
-

2.2.16 **I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier?**
Sett *ett* kryss.

- 1 Fagfolk kan gjøre alle helt bra
2 Kan hjelpe noen, men ikke alle
3 Mulig å hjelpe enkelte litt
4 Ikke mye fagfolk kan gjøre
5 Vet ikke hva angst er
-

2.2.17 **Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand?**
Sett *ett eller flere* kryss.

- 1 Har mistet virkelighetsforståelsen
2 Søvnig, virker sliten
3 Holder høy aktivitet, har stor selvtillit
4 Har stor mangel på søvn
5 Er svært deprimert hele tiden
-

2.2.18 **Hvilke av de følgende påstander er mest riktig?**
Sett *ett* kryss.

- 1 Bruk av hasj eller marihuana har liten betydning for forløpet av en psykiske lidelse
2 Bruk av hasj eller marihuana demper psykisk lidelse
3 Bruk av hasj eller marihuana kan forverre en psykisk lidelse
4 Vet ikke +



- 2.2.19 **NEDENFOR ER EN LISTE OVER KJENNETEGN SOM KAN TYDE PÅ AT EN PERSON HAR EN PSYKISK LIDELSE. SKRIV TIL HØYRE PÅ HVER LINJE HVILKEN LIDELSE (EVT HVILKE LIDELSER) VEDKOMMENDE KJENNETEGN KAN VÆRE FORBUNDET MED. DET ER GITT ET EKSEMPEL I FØRSTE LINJE.**

Kjennetegn	1	2
	<i>Mest aktuelle lidelse</i>	<i>Annen mulig lidelse</i>
Vedvarende trøtthet	DEPRESJON	
Klarer sjelden å sitte i ro		
Hører stemmer		
Gråter mye +		
Tør ikke gå ut alene		
Trist mye av dagen		
Periodevis svært dominerende i sosiale samvær		
Ser syner eller ting andre ikke ser		
Overdrevent nøye med renslighet		
Mister lett konsentrasjonen		
Periodevis påfallende aktiv og full av selvtillit		
Opptrer forstyrret		
Spiser svært lite		
Har søvnproblemer		
Svært nervøs når man skal si noe i forsamlinger		
Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det		
Ser mørkt på livet		
Får vesentlig dårlige karakterer enn tidligere		
Har periodevis, påfallende uhemmet bruk av penger		
Overdrevent opptatt av at ting må gjøres på helt bestemte måter		



Kjennetegn	1	2	+
	Mest aktuelle lidelse	Annen mulig lidelse	
Snakker høyt med seg selv			
Påfallende opptatt av å lage regler			
Er svært mager			
Går betydelig opp eller ned i vekt			
Har selvmordstanker			
Føler seg forfulgt			

3. KUNNSKAP OM MULIGHETER FOR HJELP PÅ OMRÅDET PSYKISK HELSE

3.1.1	Hva vet du om følgende? Sett ett kryss i hver linje.	1	2	3	4
		kjenner godt	kjenner litt	hørt om	ikke hørt om
	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pedagogisk-psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Helsestasjon ved skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selvmordsforebyggende team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mental helses hjelpetelefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	klara.klok.no (opplysningsside på nett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kjenner du noen andre hjelpeinstanser eller organisasjoner innen psykisk helse som vi ikke har nevnt?

.....

+



3.1.2 **Har dere helsesøster ved deres skole?**

- + 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke
-

3.1.3 **Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser?**

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke
-

3.1.4 **Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger?**

- 1 Ja
2 Nei
-

3.1.5 **Kan man få hjelp med psykiske problemer der?**

- 1 Ja +
2 Nei
3 Vet ikke
-

3.1.6 **Har du en fastlege?**

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke
-

3.1.7 **Hvis ja, ville det være naturlig å ta kontakt med ham/henne hvis du fikk psykiske problemer?**

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke
-



3.1.8 **Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune?**

+

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke



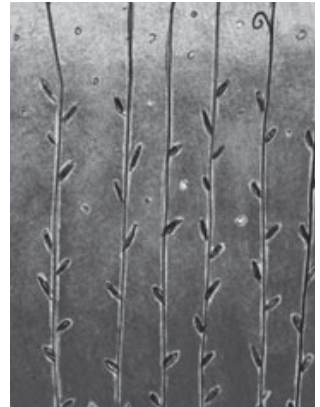
3.1.9 **Har du vært eller er du i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?**

- 1 Ja
2 Nei

+

3.1.10 **Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune?**

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke



3.1.11 **Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)?**

- 1 Ja
2 Nei

3.1.12 **Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune?**

- 1 Ja
2 Nei
3 Vet ikke



3.1.13 **Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk akutt-team?**

- 1 Ja
2 Nei

+



3.1.14 **Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende?**

+

Sett *ett* kryss.

- 1 Barnevernet
- 2 Utekontakten
- 3 PPT
- 4 Selvmordsforebyggende team
- 5 Psykolog
- 6 Psykiater
- 7 Støttekontakt
- + 8 Annen kommunal psykisk helsetjeneste:
- 9 Annen Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste:
- 10 Brukerorganisasjoner:

3.1.15 **Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet?**

Sett ett eller to kryss .

- 1 Håpet på at det skulle gå over av seg selv
 - 2 Prøvd å få snakket med en psykolog
 - 3 Snakket med en lærer
 - 4 Tatt kontakt med skolehelsetjenesten
 - 5 Snakket med noen i familien
 - 6 Snakket med en venn eller med kjæresten
 - 7 Tatt kontakt med fastlegen eller annen lege
 - 8 Annet (angi nærmere):
-

3.1.16 **Hvis du i ovennevnte situasjon ønsket å ta kontakt med en fagperson, hvilken av de følgende ville det mest sannsynlig ha blitt?**

- 1 Kontaktlærer
- 2 Skolerådgiver
- 3 Lege
- 4 Psykolog

Flere alternativer på neste side

+



3.1.16 Fortsettelse av spørsmål 3.1.16

+

- 5 Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- 6 Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)
- 7 Pedagogisk Psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste
- 8 Helsestasjon for ungdom
- 9 Kommunal Psykisk helsetjeneste for barn og unge
- 10 Helsestasjon ved skolen
- 11 Andre (hvem?)

3.1.17 **Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre?**

Sett ett eller flere kryss.

- 1 Ingenting
- 2 Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå å søke hjelp.
I så fall hvor:
- 3 Snakke med lærer
- 4 Snakke med rådgiver
- 5 Snakke med helsesøster
- 6 Ringe en hjelpeinstans. I så fall hvilken:
- 7 Snakke med familien
- 8 Søke informasjon på Internett
- 9 Søke hjelp på Internett +
- 10 Annet:
- 11 Vet ikke

3.1.18 **Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?**

- 1 Nei
- 2 Ja, en
- 3 Ja, flere

+



3.1.19 **Hvis ja, hvordan vet du om det?**

Sett ett kryss.

(Hvis du kjenner flere, tenk på en som du synes det er særlig tydelig hos)

- + 1 Jeg ser det på vedkommende
 2 Han/hun har selv fortalt det til meg
 3 Jeg spurte og han/hun bekreftet det
 4 Andre har fortalt meg om det
 5 Annet:

+

4. EGENRAPPORTERING OM PSYKISK HELSE – STERKE OG SVAKE SIDER (SDA-NOR)

4.1 **Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes at utsagnet virker litt rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.**

	1 Stemmer ikke	2 Stemmer delvis	3 Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være i ro lenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill eller andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye om mange ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+



	1 <i>Stemmer ikke</i>	2 <i>Stemmer delvis</i>	3 <i>Stemmer helt</i>
+ Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg unngår å gjøre ting sammen med andre fordi jeg er redd for å bli kritisert eller avvist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg har lett for å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har plagsomme/forferdelige mareritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er engstelig i sosiale situasjoner fordi jeg er redd for andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg henger meg ofte så mye opp i detaljer at jeg glemmer hva jeg egentlig skal gjøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg må gjøre ting på helt spesielle måter for å forhindre at farlige ting skal skje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 **Har du andre kommentarer eller bekymringer?** _____



4.3 **Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder:
Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med
andre mennesker?** +

- 1 Nei 2 Ja, små vansker 3 Ja, tydelige vansker 4 Ja, alvorlige vansker

**HVIS DU SVARTE "JA", VENNLIGST SVAR PÅ DE NESTE SPØRSMÅLENE.
HVIS DU SVARTE 'NEI', HOPP TIL DEL 5 PÅ NESTE SIDE.**

4.3.1 **Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?**

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mindre enn en måned | 1-5 måneder | 6-12 måneder | Mer enn ett år |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.3.2 **Forstyrrer eller plager vanskene deg?**

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ikke i det hele tatt | Bare litt | En god del | Mye |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4.3.3 **Virker disse vanskene inn på livet ditt på noen av de følgende områdene?**

	1	2	3	4
	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme / I familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhold til venner	<input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læring på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3.4 **Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg?**

Sett ett eller flere kryss.

- 1 Klassekamerater
2 Andre venner
3 Lærer
4 Helsesøster
5 Nei, ingen av disse

+



4.3.5 Hva har du selv gjort med problemet?

Sett ett eller flere kryss.

- + 1 Håpet på at det skulle gå over av seg selv
- 2 Snakket med noen i familien
- 3 Snakket med en venn eller med kjæresten
- 4 Snakket med en lærer
- 5 Tatt kontakt med skolehelsetjenesten
- 6 Tatt kontakt med fastlege eller annen lege
- 7 Prøvd å få snakket med en psykolog.
- 8 Annet, angi nærmere:
-

5. PERSONLIGE DATA

5.1 **Er du:** 1 Mann 2 Kvinne

5.2 **Hvor gammel er du?**

1 14 år 2 15 år 3 16 år 4 17 år 5 Annet:

5.3 **Har du inntektsgivende arbeid ved siden av skolen?** 1 Ja 2 Nei

5.4 **Hvem bor du hos?**

- 1 Mor og far (biologiske foreldre)
- 2 Bare mor
- 3 Bare far +
- 4 Fosterhjem
- 5 Mor med ny mann/samboer
- 6 Far med ny kone/samboer
- 7 Annen bosituasjon:

+



5.5 **Omtrent hvor stor er din husstands inntekt før skatt(dvs. hvor mye tjener de du bor sammen med tilsammen)?**

	1	2	3	4	5	6	7	
	100.000 - 200.000	200.000 - 400.000	400.000 - 600.000	600.000 - 800.000	800.000 - 1.000.000	1.000.000 - 1.200.000	1.200.000 eller mer	Vet ikke
+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6 **Hvilken utdanning har dine foresatte (de som har ansvar for deg)?**

	20. Mor	21. Far
1 9-årig grunnskole eller mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 3-årig videregående skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Høyskole/universitet, mindre enn 4 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Høyskole/universitet, mer enn 4 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.7 **Hvilket land er du født i?**

1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

5.8 **Hvilket land er foresatte dine født i?**

Mor: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

Far: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

5.9 **Hvilket land kommer besteforeldrene dine fra?**

Mormor: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

Morfar: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

Farmor: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

Farfar: 1 Norge 2 Annet land 3 Hvilket?

+

Tusen takk skal du ha for at du tok deg tid til å være med på undersøkelsen!



Sterke og svake sider (SDQ-Nor)

S¹¹⁻¹⁶

Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, Stemmer delvis eller Stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

Ditt navn

Gutt / Jente

Fødselsdato

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, andre ting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir lett distraheret, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å konsentrere meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre kommentarer eller bekymringer ?

Vær så snill å snu arket - det er noen få spørsmål til på den andre siden

Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder:
med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker ?

Nei	Ja - små vansker	Ja - tydelige vansker	Ja - alvorlige vansker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja", vennligst svar på følgende spørsmål:

- Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede ?

Mindre enn en måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Forstyrrer eller plager vanskene deg ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Virker vanskene inn på livet ditt på noen av disse områdene ?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
HJEMME / I FAMILIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORHOLD TIL VENNER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÆRING PÅ SKOLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er vanskene en belastning for de rundt deg (familie, venner, lærere osv.) ?

Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift

Datoen i dag

Tusen takk for hjelpen

Scoring the Self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire

The 25 items in the SDQ comprise 5 scales of 5 items each. It is usually easiest to score all 5 scales first before working out the total difficulties score. Somewhat True is always scored as 1, but the scoring of Not True and Certainly True varies with the item, as shown below scale by scale. For each of the 5 scales the score can range from 0 to 10 if all 5 items were completed. Scale score can be prorated if at least 3 items were completed.

Emotional Symptoms Scale	Not True	Somewhat True	Certainly True
I get a lot of headaches, stomach-aches or sickness	0	1	2
I worry a lot	0	1	2
I am often unhappy, downhearted or tearful	0	1	2
I am nervous in new situations	0	1	2
I have many fears, I am easily scared	0	1	2

Conduct Problems Scale	Not True	Somewhat True	Certainly True
I get very angry and often lose my temper	0	1	2
I usually do as I am told	2	1	0
I fight a lot	0	1	2
I am often accused of lying or cheating	0	1	2
I take things that are not mine	0	1	2

Hyperactivity Scale	Not True	Somewhat True	Certainly True
I am restless. I cannot stay still for long	0	1	2
I am constantly fidgeting or squirming	0	1	2
I am easily distracted	0	1	2
I think before I do things	2	1	0
I finish the work I am doing	2	1	0

Peer Problems Scale	Not True	Somewhat True	Certainly True
I am usually on my own	0	1	2
I have one good friend or more	2	1	0
Other people my age generally like me	2	1	0
Other children or young people pick on me	0	1	2
I get on better with adults than with people my age	0	1	2

Prosocial Scale	Not True	Somewhat True	Certainly True
I try to be nice to other people	0	1	2
I usually share with others	0	1	2
I am helpful if someone is hurt, upset or feeling ill	0	1	2
I am kind to younger children	0	1	2
I often volunteer to help others	0	1	2

The Total Difficulties Score:

is generated by summing the scores from all the scales except the prosocial scale. The resultant score can range from 0 to 40 (and is counted as missing if one of the component scores is missing).

Interpreting Symptom Scores and Defining "Caseness" from Symptom Scores

Although SDQ scores can often be used as continuous variables, it is sometimes convenient to classify scores as normal, borderline and abnormal. Using the bandings shown below, an abnormal score on the total difficulties score can be used to identify likely "cases" with mental health disorders. This is clearly only a rough-and ready method for detecting disorders – combining information from SDQ symptom and impact scores from multiple informants is better, but still far from perfect. Approximately 10% of a community sample scores in the abnormal band on any given score, with a further 10% scoring in the borderline band. The exact proportions vary according to country, age and gender – normative SDQ data are available from the web site. You may want to adjust banding and caseness criteria for these characteristics, setting the threshold higher when avoiding false positives is of paramount importance, and setting the threshold lower when avoiding false negatives is more important.

Self Completed

	Normal	Borderline	Abnormal
Total Difficulties Score	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emotional Symptoms Score	0 - 5	6	7 - 10
Conduct Problems Score	0 - 3	4	5 - 10
Hyperactivity Score	0 - 5	6	7 - 10
Peer Problems Score	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prosocial Behaviour Score	6 - 10	5	0 - 4

Generating and Interpreting Impact Scores

When using a version of the SDQ that includes an "Impact Supplement", the items on overall distress and social impairment can be summed to generate an impact score that ranges from 0 to 10.

	Not at all	Only a little	Quite a lot	A great deal
Difficulties upset or distress me	0	0	1	2
Interfere with HOME LIFE	0	0	1	2
Interfere with FRIENDSHIPS	0	0	1	2
Interfere with CLASSROOM LEARNING	0	0	1	2
Interfere with LEISURE ACTIVITIES	0	0	1	2

Responses to the questions on chronicity and burden to others are not included in the impact score. When respondents have answered "no" to the first question on the impact supplement (i.e. when they do not perceive themselves as having any emotional or behavioural difficulties), they are not asked to complete the questions on resultant distress or impairment; the impact score is automatically scored zero in these circumstances.

Although the impact scores can be used as continuous variables, it is sometimes convenient to classify them as normal, borderline or abnormal: a total impact score of 2 or more is abnormal; a score of 1 is borderline; and a score of 0 is normal.

SDQ Record Sheet

Name Age Male/Female Clinic/Study Number

SDQ completed by: PARENT on

TEACHER on

SELF on

Scale		Normal	Borderline	Abnormal
Total difficulties	P	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20 21 22 23 24 25 40
	T	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22 23 24 40
	S	0 2 4 6 8 10 11 12 13 14 15	16 17 18 19	20 21 22 23 24 25 26 ... 40
Emotional sympt.	P	0 1 2 3	4	5 6 7 8 9 10
	T	0 1 2 3 4	5	6 7 8 9 10
	S	0 1 2 3 4 5	6	7 8 9 10
Conduct problems	P	0 1 2	3	4 5 6 7 8 9 10
	T	0 1 2	3	4 5 6 7 8 9 10
	S	0 1 2 3	4	5 6 7 8 9 10
Hyperactivity	P	0 1 2 3 4 5	6	7 8 9 10
	T	0 1 2 3 4 5	6	7 8 9 10
	S	0 1 2 3 4 5	6	7 8 9 10
Peer problems	P	0 1 2	3	4 5 6 7 8 9 10
	T	0 1 2 3	4	5 6 7 8 9 10
	S	0 1 2 3	4 5	6 7 8 9 10
Prosocial behav.	P	10 9 8 7 6	5	4 3 2 1 0
	T	10 9 8 7 6	5	4 3 2 1 0
	S	10 9 8 7 6	5	4 3 2 1 0

SDQ-Nor

Indeks	Spørsmål / antall ledd	Maks skåre
SDQ-Nor tot 1. del egenrapp PH	4.1/ 20	40
SDQ-Nor Emosjonelle vansker	4.1.3, 4.1.8, 4.1.13, 4.1.16, 4.1.24/ 5	10
SDQ-Nor Atferdsvansker	4.1.5, 4.1.7, 4.1.12, 4.1.18, 4.1.22/ 5	10
SDQ-Nor Oppmerksomhetsprob./hyperaktivitet	4.1.2, 4.1.10, 4.1.15, 4.1.21, 4.1.26/ 5	10
SDQ-Nor Problemer med jevnaldrende	4.1.6, 4.1.11, 4.1.14, 4.1.19, 4.1.23/ 5	10
SDQ-Nor Prososial atferd (ikke inkl i tot skala)	4.1.1, 4.1.4, 4.1.9, 4.1.17, 4.1.20/ 5	10
SDQ-Nor Imp 2. del egenrapp PH (innvirknings del)	4.3.2, 4.3.3/ 5	10

Endringstabell fra T0 til T1, ved dikotomiserte variabler, med signifikanstester

Spørsmål	Alle tallene i denne kolonnen er hentet fra T1 ¹		Riktig, eller foretrukket svar	Endring i prosentenheter fra T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
				Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
0.1 I løpet av februar i første klasse ble det gjennomført et undervisningsopplegg på fem timer om psykisk helse (VIP). Deltok du på det?								
Svar:	Intervensjon							
Ja	215							
Nei	6							
Antall ubesvart	43							
Sum antall respondenter	264 ²							
0.2 Kan du i tilfelle huske hvor mange timer var du tilstede på?								
Svar:	Intervensjon							
Gj.snitt	4,29							
Antall ubesvart	43							
Sum antall respondenter	264							
0.3 Var du tilstede når klassen fikk besøk av spesialisthelsetjenesten og helsesøster?								
Svar:	Intervensjon							
Ja	229							
Nei	24							
Antall ubesvart	11							
Sum antall respondenter	264							
1.1 Skriv ned de ulike formene for psykisk lidelser som du vet om								
Svar:	Int t0	Int t1	Kon t0	Kon t1				
Gj.snitt ant.	3,41	6,05	2,94	4,28	2,64	1,34	I** ³	
Antall besvart								
Antall ubesvart								
Sum antall respondenter	567	508	148	131				
2.1.0 Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser? Sett ett kryss.								
Svar:	Intervensjon		Kontroll					
1. 0-5%					Alt 3	3,43	-4,72	I
2. 5-10%								
3. 15-20%								
4. 25-30%								
5. 30-35%								
6. Vet ikke								
Antall ubesvart								
Sum antall respondenter	495		127					
2.1.1 Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i? Sett ett kryss.								
Svar:	Intervensjon		Kontroll					
1. Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe.					Alt. 2	3,44	-0,79	I
2. Psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst.								
3. Like enig i begge.								
Antall ubesvart								
Sum antall respondenter	494		127					
2.2.4 Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig? Sett ett kryss.								
Svar:	Intervensjon		Kontroll					
1. Hvis man søker hjelp tidlig, er det sannsynlig at fagfolk vil bagatellisere problemet.					Alt 2	2,93	0,00	I
2. Hvis man søker hjelp tidlig, er det større sjanse for at fagfolk kan hjelpe.								
Antall ubesvart								
Sum antall respondenter	478		123					
2.2.5 Ta stilling til følgende påstander. Sett ett kryss på hver linje.								
Svar:	Intervensjon		Kontroll					
1. Man kan få psykiske problemer av mye stress og påkjenninger.					Ja	2,22	2,34	K
2. Man kan få psykiske problemer av for lite søvn.					Ja	11,36	6,25	I
3. Hvis du først har fått et psykisk problem vil du ha problemer resten av livet.					Nei	3,08	-5,51	I
4. Man kan se på folk om de har psykiske problemer.					Nei	-6,22	-4,76	K
5. Du kan ha psykiske problemer uten selv å vite det.					Ja	1,62	6,25	K
6. Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som hasj eller ecstasy.					Ja	5,30	1,56	I
7. Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som LSD og amfetamin.					Ja	4,68	3,91	I
8. Hver tredje nordmann vil få psykiske problemer i løpet av livet					Ja	21,70	4,03	I**
9. Psykiske lidelser er delvis arvelig					Ja	9,02	-3,15	I
10. Alvorlige psykiske lidelser skyldes i stor grad miljø og i liten grad medfødte egenskaper					Ja	2,66	3,17	K
Sum gjennomsnittlig antall respondenter	485		127					

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
2.2.6 Hvilke av de følgende trekk er særegne for en person som har en psykose? Sett ett eller flere kryss. Svar: Intervensjon Kontroll 1. Hører stemmer 2. Ser syner eller ting andre ikke ser 3. Vanskelig for å puste 4. Er svært glad og ovenpå 5. Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det 6. Har rykninger i kroppen 7. Tilbaketrukket eller menneskesky 8. Har fråde (spytt som bobler ut av munnen) 9. Snakker høyt med seg selv 10. Føler seg kvalm 11. Vet ikke Sum gjennomsnittlig antall respondenter 477 126	Ja Ja Nei Nei Ja Nei Ja Nei Ja Nei	14,79 14,23 -0,42 -1,47 9,85 2,94 2,11 1,47 11,97 4,61 6,90	5,56 3,17 -6,35 -6,35 3,97 -3,97 -1,59 -1,59 -2,38 -3,97 -2,38	I I I I I I I I I* I*	K K	
2.2.7 Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser? Sett ett kryss. Svar: Intervensjon Kontroll 1. Barndommen 2. Ungdomstiden 3. Tidlig voksen 4. Middeldrende 5. Gammel Antall ubesvart Sum antall respondenter 464 121	Alt 2	-3,02	0,83		K	
2.2.8 Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse? Sett ett eller flere kryss. Svar: Intervensjon Kontroll 1. Bulimi 2. Dysleksi 3. Anoreksi 4. Bigami 5. Tvangsspising 6. Autisme 7. Vet ikke Antall ubesvart Sum gjennomsnittlig antall respondenter 490 129	Ja Nei Ja Nei Ja Nei	1,22 -2,05 2,64 -3,48 6,91 -0,61 0,00	1,55 0,00 -2,33 0,78 6,98 0,00 0,78	I I I I	K K K	
2.2.9 Hvilken av de følgende er riktig? Sett ett kryss. Svar: Intervensjon Kontroll 1. Mennesker med personlighetsforstyrrelser har varige, negative måter å omgås andre på. 2. Personlighetsforstyrrelser er psykiske reaksjoner på hendelser i omgivelsene. 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter 487 127	Nei Ja	4,72	-0,79	I		
2.2.10 Ta stilling til følgende påstander. Sett ett kryss på hver linje. Svar: Intervensjon Kontroll 1. Personer med ADHD klarer sjelden å sitte i ro, de er hyperaktive 2. Personer med ADHD er inadvante og rolige 3. Personer med ADHD mister lett konsentrasjonen 4. Personer med ADHD er impulsive og handler ofte før de tenker 5. Personer med ADHD snakker ofte og mye 6. For stort inntak av sukker kan gi ADHD Antall ubesvart Sum gjennomsnittlig antall respondenter 487 125	Ja Nei Ja Ja Nei Nei	4,67 -0,21 -2,84 2,46 -2,68 1,04	1,57 -2,48 -2,34 3,15 0,79 -4,84	I I I	K K K	
2.2.11 Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker? Svar: Intervensjon Kontroll 1. Åpent svaralt., ant. med riktig svar 2. Nei, vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter 431 103		1,86	-0,97	I		
2.2.12 Kan du nevne noen former for angstlidelser? Svar: Intervensjon Kontroll 1. Åpent svaralt. - ant. med riktig svar Antall ubesvart Sum antall respondenter 678 753		-4,71	-5,41	I		

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
2.2.13 Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser? Sett ett eller flere kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Tåler ikke uorden i ting og hendelser	Ja	6,21	0,81	I		
2. Svært glad i spontane innfall	Nei	0,43	0,00	I		
3. Svært opptatt av å sjekke ting mange ganger	Ja	2,14	5,69		K	
4. Har svært høy toleranse for rot og uorden	Nei	-2,80	5,69		K*	
5. Er veldig glad i overraskelser	Nei	-1,73	1,63		K	
6. Svært opptatt av å lage regler for ting	Ja	8,74	16,26		K	
7. Liker svært dårlig å binde seg	Nei	-0,22	-0,81	I		
8. Svært opptatt av at ting skjer i bestemte rekkefølger	Ja	3,85	-0,81	I		
Sum gjennomsnittlig antall respondenter		466	123			
2.2.14 Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? Sett ett eller flere kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Trist mye av dagen, ser mørkt på livet	Ja	-3,27	1,55		K	
2. Liten interesse for ting som før var morsomme	Ja	7,85	6,98	I		
3. Farer opp, er høylytt og vil ha oppmerksomhet	Nei	-1,04	-3,88	I		
4. Vil helst være sammen med noen hele tiden	Nei	1,03	-3,88	I		
5. Problemer med konsentrasjonen og problemer med å ta avgjørelser	Ja	9,88	9,30	I		
6. Har selvmordstanker	Ja	0,83	-3,88	I		
7. Vil ikke ut på åpne plasser	Nei	-2,27	0,78		K	
8. Vet ikke		0,21	-2,33	I		
Sum gjennomsnittlig antall respondenter		485	129			
2.2.15 I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst? Sett ett kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Fagfolk kan gjøre alle helt bra						
2. Kan hjelpe noen, men ikke alle	Alt 2	Sum 2+3				
3. Mulig å hjelpe enkelte litt	Alt 3	-7,48	0,00		K*	
4. Ikke mye fagfolk kan gjøre						
5. Vet ikke hva angst er						
Antall ubesvart						
Sum antall respondenter		468	120			
2.2.16 I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier? Sett ett kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Fagfolk kan gjøre alle helt bra						
2. Kan hjelpe noen, men ikke alle	Alt 2	Sum 2+3				
3. Mulig å hjelpe enkelte litt	Alt 3	-6,88	4,24		K*	
4. Ikke mye fagfolk kan gjøre						
5. Vet ikke hva angst er						
Antall ubesvart						
Sum antall respondenter		465	118			
2.2.17 Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand? Sett ett eller flere kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Har mistet virkelighetsforståelsen.	Ja	2,98	-0,87	I		
2. Søvnig, virker sliten.	Nei	0,46	5,22		K	
3. Holder høy aktivitet, har stor selvtilitt.	Ja	5,03	9,57		K	
4. Har stor mangel på søvn.	Ja	6,38	0,87	I*		
5. Er svært deprimert hele tiden.	Nei	2,76	7,83		K	
Sum gjennomsnittlig antall respondenter		437	115			
2.2.18 Hvilke av de følgende påstander er mest riktig? Sett ett kryss.						
Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Bruk av hasj eller marihuana har liten betydning for løpet av en psykiske lidelse.						
2. Bruk av hasj eller marihuana demper psykisk lidelse.						
3. Bruk av hasj eller marihuana kan forverre en psykisk lidelse.	Alt 3	11,35	0,00	I*		
4. Vet ikke						
Antall ubesvart						
Sum antall respondenter		467	116			

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
3.1.4 Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	2,84	0,00	I		
3.1.5 Kan man få hjelp med psykiske problemer der?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	15,65	-15,75	I**		
3.1.6 Har du en fastlege?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	0,41	0,00	I		
3.1.7 Hvis ja, ville det være naturlig å ta kontakt med ham/henne hvis du fikk psykiske problemer?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter		0,22	0,83	I		
3.1.8 Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	12,30	0,78	I*		
3.1.9 Har du vært eller er du i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Antall ubesvart Sum antall respondenter		2,24	0,00	I		
3.1.10 Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	11,89	0,00	I**		
3.1.11 Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei Antall ubesvart Sum antall respondenter		2,25	0,00	I		
3.1.12 Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke Antall ubesvart Sum antall respondenter	Alt 1	4,69	0,00	I		
3.1.13 Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk akutt-team?						
Svar: Intervensjon Kontroll 1. Ja 2. Nei Antall ubesvart Sum antall respondenter		1,02	-0,78	I		

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
3.1.14 Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende? Sett ett eller flere kryss.						
Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll						
1. Barnevernet	48 (7,3)	63 (8,3)	-1,08	10,71	I	
2. Utekontakten	20 (3,0)	17 (2,2)	7,37	-3,57	I	
3. PPT	51 (7,7)	67 (8,8)	0,00	10,71	I	
4. Selvmordsforebyggende team	12 (1,8)	13 (1,7)	3,19	0,00	I	
5. Psykolog	81 (12,2)	80 (10,5)	-5,38	-14,29		K
6. Psykiater	27 (4,1)	22 (2,9)	-2,15	0,00	I	
7. Støttekontakt	31 (4,7)	44 (5,8)	-9,47	-3,57	I	
8. Annen kommunal psykisk helsetjeneste:	25 (3,8)	18 (2,4)	-2,15	3,57	I	
9. Annen Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste:	3 (0,5)	8 (1,0)	-2,15	0,00	I	
10. Brukerorganisasjoner:	10 (1,5)	12 (1,6)	4,26	3,57		K
3.1.15 Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet? Sett ett eller to kryss.						
Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll						
1. Håpet på at det skulle gå over av seg selv	290 (43,6)	331 (43,4)	-1,49	4,00	I	
2. Provd å få snakket med en psykolog.	80 (12,0)	80 (10,5)	-0,85	0,80		K
3. Snakket med en lærer.	35 (5,3)	34 (4,5)	-0,43	-2,40	I	
4. Tatt kontakt med skolehelsetjenesten.	56 (8,4)	28 (3,7)	4,26	-0,80	I	
5. Snakket med noen i familien.	264 (39,9)	255 (33,5)	0,00	-4,00	I	
6. Snakket med en venn eller med kjæresten.	354 (53,2)	342 (44,9)	10,64	-1,60	I	
7. Tatt kontakt med fastlegen eller annen lege.	36 (5,4)	75 (9,8)	-2,78	0,00		K
8. Annet (angi nærmere):	31 (4,6)	44 (5,8)	-2,36	0,80		K
3.1.16 Hvis du i ovennevnte situasjon ønsket å ta kontakt med en fagperson, hvilken av de følgende ville det mest sannsynlig ha blitt?						
Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll						
1. Kontaktlærer	86 (12,8)	83 (10,9)	4,3	-1,3	I	
2. Skolerådgiver	71 (10,6)	70 (9,2)	-1,6	-0,3		K
3. Lege	175 (26,1)	242 (31,8)	-0,5	-2,0	I	
4. Psykolog	151 (22,5)	159 (20,9)	-0,5	-2,0	I	
5. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	28 (4,2)	24 (3,1)	4,7	4,7		-
6. Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)	10 (1,5)	5 (0,7)	0,8	-1,0	I	
7. Pedagogisk Psykologisk rådgivnings- og Oppfølgingsjeneste	7 (1,0)	4 (0,5)	1,0	0,7	I	
8. Helsestasjon for ungdom	104 (15,5)	70 (9,2)	-0,1	0,5		K
9. Kommunal Psykisk helsetjeneste for barn og unge	8 (1,2)	12 (1,6)	0,5	5,8		K
10. Helsestasjon ved skolen	75 (11,2)	46 (6,0)	0,1	-0,9	I	
11. Andre (hvem?)	35 (5,2)	46 (6,0)	1,9	-6,2	I	
3.1.17 Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre? Sett ett eller flere kryss.						
Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll						
1. Ingenting	61	78	1,59	-2,70		K
2. Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå å søke hjelp. I så fall hvor:	348	351	-2,84	-1,35		K
3. Snakke med lærer	105	124	0,89	-0,68	I	
4. Snakke med rådgiver	38	45	-1,24	3,38		K
5. Snakke med helsesøster	135	92	1,07	2,03		K
6. Ringe en hjelpeinstans. I så fall hvilken:	8	6	0,18	0,68		K
7. Snakke med familien	141	129	0,89	4,05		K
8. Søke informasjon på Internett	105	74	-1,24	-2,03	I	
9. Søke hjelp på Internett	41	28	1,42	1,35	I*	
10. Annet:	31	36	-3,01	-0,68	I	
11. Vet ikke	80	125	-3,70	0,68	I	
3.1.18 Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?						
Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll						
1. Nei	300 (45,9)	405 (55,9)				
2. Ja, en	190 (29,1)	184 (25,4)	Sum 2+3			
3. Ja, flere	162 (24,8)	131 (18,1)	6,29	11,48	I	
Antall ubesvart	19	25				

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
<p>3.1.19 Hvis ja, hvordan vet du om det? Sett ett kryss. (Hvis du kjenner flere, tenk på en som du synes det er særlig tydelig hos.)</p> <p>Svar: Intervensjon Kontroll</p> <ol style="list-style-type: none"> Jeg ser det på vedkommende. Han/hun har selv fortalt det til meg. Jeg spurte og han/hun bekreftet det. Andre har fortalt meg om det. Annet: <p>Sum antall respondenter 196 48</p>		-3,06	-4,17	I		
<p>4.2 Har du andre kommentarer eller bekymringer?</p> <p>Antall svar: Intervensjon Kontroll</p> <p>Sum antall respondenter</p>				K		
<p>4.3 Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?</p> <p>Svar: Intervensjon Kontroll</p> <ol style="list-style-type: none"> Nei Ja, små vansker Ja, tydelige vansker Ja, alvorlige vansker <p>Sum antall respondenter 465 121</p>		-3,44	-4,69	K		
<p><i>Hvis du svarte "Ja", vennligst svar på de neste spørsmålene.</i> <i>Hvis du svarte "Nei", hopp til del 5 på neste side.</i></p>						
<p>4.3.1 Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?</p> <p>Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll</p> <ol style="list-style-type: none"> Mindre enn en måned 24 (9,8) 35 (14,7) 1-5 måneder 56 (23,0) 38 (16,0) 6-12 måneder 23 (9,4) 24 (10,1) Mer enn ett år 140 (57,4) 140 (58,8) 		-6,25	5,00	I		
<p>4.3.2 Forstyrrer eller plager vanskene deg?</p> <p>Svar: Ved T1: Intervensjon Kontroll</p> <ol style="list-style-type: none"> Ikke i det hele tatt 43 (17,4) 43 (17,5) Bare litt 141 (57,1) 127 (51,6) En god del 48 (19,4) 51 (20,7) Mye 15 (6,1) 22 (8,9) 		-6,98	0,00	I		
<p>4.3.3 Virker disse vanskene inn på livet ditt på noen av de følgende områdene?</p> <p>Svar: Ved T1: Intervensjon (Kontroll)</p> <p>Ikke i det hele tatt (1) - Bare litt (2)- En god del (3) - Mye (4)</p> <ol style="list-style-type: none"> Hjemme 40,6 (35,0) 32,1 (38,3) 16,5 (15,0) 10,0 (11,3) Forhold til venner 36,5 (39,7) 42,6 (41,8) 14,3 (14,6) 6,1 (3,3) Læring på skolen 27,2 (24,7) 39,0 (39,1) 19,5 (21,8) 13,8 (14,4) Fritidsaktiviteter 50,8 (56,8) 30,2 (29,1) 10,3 (7,7) 8,3 (6,0) <p>Svar: Ved T1: Intervensjon (Kontroll)</p> <p>Gjennomsnittlig score</p> <ol style="list-style-type: none"> Hjemme 2,02 (2,05) Forhold til venner 1,92 (1,85) Læring på skolen 2,22 (2,26) Fritidsaktiviteter 1,78 (1,66) 		-0,80	10,17	I		
		-10,08	25,00	I**		
		-0,78	0,00	I		
		0,79	10,53	I		

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
4.3.4 Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg? Sett ett eller flere kryss. Ved T1: Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Klassekamerater	34	26	2,31	-4,76	I	
2. Andre venner	60	74	-0,77	-9,52	I	
3. Lærer	47	39	9,16	0,00	I	
4. Helsesøster	26	14	6,20	0,00	I	
5. Nei, ingen av disse	160	158	-0,78	0,00	I	
4.3.5 Hva har du selv gjort med problemet? Sett ett eller flere kryss. Ved T1: Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Håpet på at det skulle gå over av seg selv	137	126	7,20	30,00	I	
2. Snakket med noen i familien.	69	72	-10,40	10,00		K
3. Snakket med en venn eller med kjæresten.	92	95	-9,60	-10,00	I	
4. Snakket med en lærer.	26	26	0,00	-5,00	I	
5. Tatt kontakt med skolehelsetjenesten.	15	17	-8,14	-2,22		K
6. Tatt kontakt med fastlege eller annen lege.	17	21	1,61	0,00	I	
7. Prøvd å få snakket med en psykolog.	28	35	0,79	0,00	I	
8. Annet, angi nærmere	30	24	0,81	-5,00	I	
5.1 Er du: Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Mann	326 (50,2)	368 (51,4)	-1,7	1,8		
2. Kvinne	324 (49,8)	348 (48,6)	1,7	-1,8		
Antall ubesvart	21	29				
Sum antall respondenter	671	744				
5.2 Hvor gammel er du? Svar: Intervensjon Kontroll						
1. 14 år	1	0				
2. 15 år	1	0				
3. 16 år	421 (64,9)	519 (73,2)	Sum 3+4			
4. 17 år	201 (31,0)	169 (23,8)	-1,4	-0,2		
5. Annet	24	20				
Antall ubesvart	23	37				
Sum antall respondenter	671	744				
5.3 Har du inntektsgivende arbeid ved siden av skolen? Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Ja	226 (37,5)	304 (45,5)	4,8	12,2		
2. Nei	377 (62,5)	363 (54,5)	-4,8	-12,2		
Antall ubesvart	68	78				
Sum antall respondenter	671	744				
5.4 Hvem bor du hos? Svar: Intervensjon Kontroll						
1. Mor og far (biologiske foreldre)	428 (67,1)	441 (66,8)	-3,3	4,2		
2. Bare mor	72 (11,3)	72 (10,9)	1,4	3,7		
3. Bare far	17 (2,7)	21 (3,2)	--	-3,3		
4. Fosterhjem	3 (0,5)	9 (1,4)	0,1	-1,5		
5. Mor med ny mann/samboer	49 (7,7)	61 (9,2)	0,7	-3,1		
6. Far med ny kone/samboer	14 (2,2)	14 (2,1)	0,1	1,4		
7. Annen bosituasjon:	32 (5,0)	42 (6,4)	1,4	2,8		
Antall ubesvart	56	84				
Sum antall respondenter	671	744				
5.5 Omtrent hvor stor er din husstands inntekt før skatt(dvs. hvor mye tjener de du bor sammen med tilsammen)? Svar: Intervensjon Kontroll						
1. 100-200.000	11 (1,8)	19 (2,8)	0,1	-0,1		
2. 200-400.000	43 (6,9)	73 (10,7)	0,8	-0,1		
3. 400-600.000	70 (11,2)	83 (12,2)	0,2	-2,2		
4. 600-800.000	81 (13,0)	115 (16,9)	3,5	3,0		
5. 800-1.000.000	62 (10,0)	47 (6,9)	0,3	1,9		
6. 1.000-1.200.000	33 (5,3)	37 (5,4)	-1,6	0,4		
7. 1.200.000 eller mer	84 (13,5)	36 (5,3)	1,7	1,0		
8. Vet ikke	228 (36,6)	272 (39,9)	0,6	-1,8		
Antall ubesvart	59	63				
Sum antall respondenter	671	744				

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	
5.6 Hvilken utdanning har dine foresatte?						
Svar:		Ved T1:				
	Mor	Intervensjon	Kontroll			
1. 9-årig grunnskole eller mindre		60 (10,5)	59 (9,5)	2,1	-0,8	
2. 3-årig videregående skole		147 (25,6)	192 (30,9)	0,3	-9,3	
3. Høyskole/universitet, mindre enn 4 år		160 (27,9)	204 (32,8)	-0,2	13,1	
4. Høyskole/universitet, mer enn 4 år		207 (36,1)	175 (28,2)	-2,2	-1,7	
Svar:	Far	Intervensjon	Kontroll			
1. 9-årig grunnskole eller mindre		63(11,1)	60 (9,6)	1,7	-1,0	
2. 3-årig videregående skole		155 (27,2)	198 (31,8)	2,6	-7,1	
3. Høyskole/universitet, mindre enn 4 år		100 (17,5)	177 (28,5)	-0,7	2,7	
4. Høyskole/universitet, mer enn 4 år		252 (44,2)	187 (30,1)	-3,3	5,3	
Antall ubesvart		101	121			
Sum antall respondenter		671	744			
5.7 Hvilket land er du født i?						
Svar:		Ved T1:				
		Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		585 (93,5)	676 (95,4)	-3,1	-1,8	
2. Annet land		41 (6,5)	32 (4,6)	3,1	1,8	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		31	28			
Sum antall respondenter		657	744			
5.8 Hvilket land er foresatte dine født i?						
Svar:		Ved T1:				
	Mor	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		551 (88,9)	658 (94,0)	2,6	1,7	
2. Annet land		70 (11,1)	42 (6,0)	-2,6	-1,7	
3. Hvilket?						
Svar:	Far	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		546 (88,6)	656 (94,7)	2,2	-0,3	
2. Annet land		70 (11,4)	37 (5,3)	-2,2	0,3	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		35	39			
Sum antall respondenter		651	744			
5.9 Hvilket land kommer besteforeldrene dine fra?						
Svar:		Ved T1:				
	Mormor	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		532 (87,2)	646 (93,4)	3,0	1,9	
2. Annet land		78 (12,8)	46 (6,6)	-3,0	-1,9	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		39	35			
Sum antall respondenter		649	744			
Svar:	Morfar	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		541 (87,9)	641 (92,1)	2,3	0,8	
2. Annet land		74 (12,1)	55 (7,9)	-2,2	-0,7	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		38	33			
Sum antall respondenter		653	744			
Svar:	Farmor	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		534 (87,7)	643 (92,9)	2,3	-1,3	
2. Annet land		75 (12,3)	49 (7,1)	-2,3	1,3	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		44	38			
Sum antall respondenter		653	744			
Svar:	Farfar	Intervensjon	Kontroll			
1. Norge		540 (89,0)	647 (93,5)	2,9	1,5	
2. Annet land		67 (11,0)	45 (6,5)	-2,6	-1,4	
3. Hvilket?						
Antall ubesvart		42	37			
Sum antall respondenter		649	744			

Spørsmål	Riktig, eller foretrukket svar	Prosentvis endring T0 til T1		Størst endring T0 til T1		Variansanalyse med rep. målinger	
		Int.	Kontr.	Int.	Kontr.	Int.	Kontr.
4.1 Selvrapportering om psykisk helse SDQ-Nor+. Scores i henhold til oppsett angitt på http://www.sdqinfo.com/ . Dvs. inndeling i en total score og fem underkategorier (som nedenfor). Respondentene klassifiseres i 3 grupper, hhv. "Normal", "Borderline"/"Gråsoner", og "Avvikende".							
		Ved T1:					
Totalscore:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		516 (83,8)	567 (84,8)	-2,0	2,8		
2. Gråsoner		51 (8,3)	56 (8,4)	0,6	-1,4		
3. Avvikende		49 (8,0)	46 (6,9)	1,4	-1,4		
Antall ubesvart		55	75				
Sum antall respondenter		671	744				
Emosjonelle vansker:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		553 (86,3)	609 (86,1)	-0,5	-0,5		
2. Gråsoner		33 (5,1)	28 (4,0)	0,4	-0,9		
3. Avvikende		55 (8,6)	70 (9,9)	2,0	1,4		
Antall ubesvart		30	37				
Sum antall respondenter		671	744				
Atferdsvansker:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		545 (85,7)	621 (87,5)	-2,6	0,2		
2. Gråsoner		39 (6,1)	35 (4,9)	1,7	-0,7		
3. Avvikende		52 (8,2)	54 (7,6)	-0,9	0,6		
Antall ubesvart		35	34				
Sum antall respondenter		671	744				
Hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		517 (80,9)	550 (78,3)	-2,6	4,4		
2. Gråsoner		55 (8,6)	69 (9,8)	2,1	-0,1		
3. Avvikende		67 (10,5)	83 (11,8)	0,5	-3,7		
Antall ubesvart		32	42				
Sum antall respondenter		671	744				
Problemer med jevnaldrende:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		530 (83,5)	628 (89,6)	-5,3	0,2		
2. Gråsoner		78 (12,3)	49 (7,0)	5,9	-1,5		
3. Avvikende		27 (4,3)	24 (3,4)	-0,5	1,3		
Antall ubesvart		36	43				
Sum antall respondenter		671	744				
Prososial atferd:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		531 (79,1)	623 (87,9)	-6,1	-1,0		
2. Gråsoner		52 (8,2)	51 (7,2)	0,4	2,3		
3. Avvikende		50 (7,9)	35 (4,9)	1,0	-1,4		
Antall ubesvart		38	35				
Sum antall respondenter		671	744				
SDQ-Nor+ betyr at vi har en egendefinert verdi. 5 items scoret på samme måte som "Atferd"(tidligere benyttet i TOPP, Cronbachs Alfa: 0,68 ved N=535):							
		Ved T1:					
Angst:		Intervensjon	Kontroll				
1. Normal		550 (86,3)	636 (90,6)	-4,4	0,5		
2. Gråsoner		20 (3,1)	21 (3,0)	0,7	0,2		
3. Avvikende		61 (9,6)	44 (6,3)	2,6	0,7		
Antall ubesvart		35	43				
Sum antall respondenter		671	744				

¹ Her må man imidlertid merke seg at på grunn av forskningsdesignet (Solomon fire gruppe) er intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ved T1 kun henholdsvis gruppe 1 og gruppe 2. For å se den reelle endringen i gruppene må man her utelate gruppe 3 og 4, som ikke har gjennomført T0.

² Kun halvparten av elevene i intervensjonsskolene fikk forespørselen ved T1, resten fikk samme forespørsel etter 6 mnd (T2). Gjelder spørsmål 0.1, 0.2 og 0.3.

³ ** benyttet ved signifikansnivå 0.01 og

* benyttet ved signifikansnivå 0.05

Korrigering av feil nummerering av respondenter fra t0 til t1

Ved gjennomgang og kontroll av datamaterialet når alle spørreskjema fra t0 og t1 var skannet inn på en SPSS fil, fant undertegnede i samarbeid med Jon Martin Sundet at noen av respondentene i sine svar blant annet hadde skiftet kjønn. Vi fant dette urovekkende og gikk derfor nærmere inn i flere målemarkører for ytterligere testing av dette materialet. Etter en grundig gjennomgang, som ble gjennomført i perioden juni til og med august, fant vi frem til følgende feilregistreringer. Ved:

Skole 203

Klasse 003	T0	T1
	001	009
	002	002
	003	012
	004	013
	005	Fraværende
	006	011
	007	006
	008	Fraværende
	009	014
	010	007
	011	001
	012	008
	013	Fraværende

Klasse 010	T0	T1
	001	001
	002	004
	003	003
	004	002
	005	006
	006	Fraværende
	007	Fraværende
	008	007
	009	009
	010	005
	011	008
	012	010

Skole 204

Klasse 001	T0	T1
	001	007
	002	019
	003	015
	004	002

005	025
006	014
007	005
008	Fraværende
009	021
010	020
011	010
012	011
013	UTE AV MATERIALET
014	023
015	004
016	001
017	024
018	016
019	UTE AV MATERIALET
020	017
021	006
022	018
023	013
024	009
025	Fraværende

Klasse 006

T0	T1
001	001
002	012
003	013
004	024
005	025
006	004
007	002
008	003
009	011
010	010
011	015
012	Fraværende
013	014
014	009
015	016
016	027
017	026
018	023
019	021
029	028

Alle respondentene i det ovenfor presenterte materialet ble av undertegnede derfor endret tilbake til den opprinnelige nummerering, dvs. den tilsvarende nummerering de var gitt ved gjennomføring av t0. Undertegnede måtte da gå tilbake til de originale spørreskjema i arkivet og sjekke ut/sammenlikne spørreskjema på mange svar, blant annet alle personlige data, svar på spm. 4.3, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.4, 4.3.4 og 4.3.5 og sammenliknet håndskrift ved alle

spørreskjema. Når det har vært meningsfullt har jeg også benyttet klasselister med navn fra de to gjennomføringene. Dette ble gjort i perioden fra august til oktober i 2007.

Ettersom vi fant disse feilene som i alle tilfellene skyldes feilaktigheter ved registrering og eller utdeling av spørreskjemaene tok undertegnede dette som et signal på at det ved informasjonsmøte før forskningsprosjektets oppstart ikke var blitt formidlet utfyllende nok til lærere om gjennomføring. Dette er blitt tatt til etterretning og ovenfor disse skolene har undertegnede før gjennomføringen av t2 presisert/gjenforklart gjennomføringsprosedyren for at dette ikke skal gjenta seg ved de senere gjennomføringsrunder.

På grunn av disse funnene, og for å være sikker på at resten av datamaterialet er korrekt, har undertegnede ønsket å undersøke de resterende respondenter av materiale fra t0 og t1. Dette har blitt gjort gjennom en utvidet kontroll ved en randomisert utvelgelse av 10 % + 5 ekstra av de resterende respondenter/spørreskjema i utvalget. (Kommando i SPSS: "Digit Random"). Vi har også i denne kontrollen gått til de originale papirutgaver hentet fra arkivet for t0 og t1.

De kontrollerte skjema er:

Sk.nr ved t0	Klasse	Resp. ved t0	Resp. ved t1	Skolenr ved t1
201	002	002	Fraværende	211
201	003	001	001	211
201	004	005	005	211
201	004	008	008	211
201	004	011	011	211
201	005	008	Fraværende	211
201	006	026	026	211
201	008	001	001	211
201	009	005	005	211
201	010	010	010	211
201	012	002	002	211
201	012	009	009	211
201	012	010	010	211
201	012	020	020	211
201	013	001	001	211
201	014	006	006	211
201	014	009	009	211
201	014	012	012	211
201	014	013	Fraværende	211
202	001	002	002	212
202	001	003	Fraværende	212
202	001	004	004	212
202	001	005	005	212
202	001	012	012	212
202	002	002	002	212
202	002	012	012	212
202	003	010	010	212
202	004	004	004	212
202	004	014	014	212
202	005	002	002	212

202	005	013	013	212
202	006	001	001	212
202	006	002	002	212
202	007	003	003	212
203	002	006	006	213
203	002	013	Fraværende	213
203	004	002	002	213
203	004	008	008	213
203	005	012	012	213
203	007	008	008	213
203	008	002	002	213
203	008	008	008	213
204	002	014	014	214
204	002	019	019	214
204	003	016	016	214
204	004	002	002	214
204	004	013	013	214
204	005	019	019	214
+				
204	004	001	001	214
204	004	002	002	214
204	004	003	003	214
204	004	004	004	214
204	004	005	005	214

Resultatene denne kontrollen var at alle respondenters spørreskjema i t0 og t1 var korrekte og vi fant ikke flere uregelmessigheter. Undertegnede har derfor konkludert med at resten av datamaterialet knyttet til t0 og t1 er korrekt og at vi kan se på frekvensfordelinger og gjøre analyser at dette materiale med en visshet om at som kommer frem er et korrekt bilde av den virkelighet vi har kartlagt.

Bror Just Andersen, Oslo den 29.11.2007

A




PsycINFO <2000 to May Week 4 2005>

#	Search History	Results
1	health education.mp. or exp *Health Education/	2290
2	health promotion.mp. or exp *Health Promotion/	2731
3	exp SUICIDE PREVENTION/ or exp PRIMARY MENTAL HEALTH PREVENTION/ or exp DRUG ABUSE PREVENTION/ or prevention.mp. or exp PREVENTION/	14395
4	1 or 2	4643
5	exp Mental Health/ or exp Adolescent Development/ or exp Adolescent Attitudes/ or exp "Onset (Disorders)"/ or exp Life Experiences/ or adolescence.mp. or exp Psychosocial Factors/	26432
6	3 and 5	1846
7	4 and 5	602
8	6 and 7	171
9	limit 8 to "review"	4
10	limit 8 to (("0100 autobiography/biography" or "0200 bibliography" or "0500 comment" or "0600 conference proceedings/symposia" or "0800 empirical study" or "0820 clinical case report" or "0830 experimental replication" or "0840 followup study" or "0850 longitudinal study" or "0851 prospective study" or "0852 retrospective study" or "0860 treatment outcomes" or "0870 clinical trial" or "0880 qualitative study" or "0890 quantitative study" or "0891 double blind design" or "0892 single blind design" or "0900 erratum/retraction" or "1300 literature review" or 1400 meta analysis or "1800 professional policies/standard" or 1900 program evaluation or 2000 reprint or 2200 auxiliary material included or 2300 case study or 2400 journal article or "2500 test/survey appended" or 4400 journal abstract or "4800 journal column/opinion" or 5100 journal editorial or 5300 journal information or 5500 journal letter or 5700 journal obituary or 5900 journal review-book or "6300 journal review-software/video/other" or 8000 selected readings or "8200 book handbook/manual" or 8400 book reference work or 8600 book textbook or "8800 book study guide/workbook" or 8900 book classic) and "review")	4
11	limit 6 to (("0100 autobiography/biography" or "0200 bibliography" or "0500 comment" or "0600 conference proceedings/symposia" or "0800 empirical study" or "0820 clinical case report" or "0830 experimental replication" or "0840 followup study" or "0850 longitudinal study" or "0851 prospective study" or "0852 retrospective study" or "0860 treatment outcomes" or "0870 clinical trial" or "0880 qualitative study" or "0890 quantitative study" or "0891 double blind design" or "0892 single blind design" or "0900 erratum/retraction" or "1300 literature review" or 1400 meta analysis or "1800 professional policies/standard" or 1900 program evaluation or 2000 reprint or 2200 auxiliary material included or 2300 case study or 2400 journal article or "2500 test/survey appended" or 4400 journal abstract or "4800 journal column/opinion" or 5100 journal editorial or 5300 journal information or 5500 journal letter or 5700 journal obituary or 5900 journal review-book or "6300 journal review-software/video/other" or 8000 selected readings or "8200 book handbook/manual" or 8400 book reference work or 8600 book textbook or "8800 book study guide/workbook" or 8900 book classic) and "review")	38

12	limit 7 to (("0100 autobiography/biography" or "0200 bibliography" or "0500 comment" or "0600 conference proceedings/symposia" or "0800 empirical study" or "0820 clinical case report" or "0830 experimental replication" or "0840 followup study" or "0850 longitudinal study" or "0851 prospective study" or "0852 retrospective study" or "0860 treatment outcomes" or "0870 clinical trial" or "0880 qualitative study" or "0890 quantitative study" or "0891 double blind design" or "0892 single blind design" or "0900 erratum/retraction" or "1300 literature review" or 1400 meta analysis or "1800 professional policies/standard" or 1900 program evaluation or 2000 reprint or 2200 auxiliary material included or 2300 case study or 2400 journal article or "2500 test/survey appended" or 4400 journal abstract or "4800 journal column/opinion" or 5100 journal editorial or 5300 journal information or 5500 journal letter or 5700 journal obituary or 5900 journal review-book or "6300 journal review-software/video/other" or 8000 selected readings or "8200 book handbook/manual" or 8400 book reference work or 8600 book textbook or "8800 book study guide/workbook" or 8900 book classic) and "review")	10
13	from 11 keep 1-38	38
14	from 12 keep 1-10	10

[PayPerView Account](#)

[View Cart](#) 

Results of your search: **from 12 [limit 7 to (("0100 autobiography/biography" or "0200 bibliography" or "0500 comment" or "0600 conference proceedings/symposia" or "0800 empirical study" or "0820 clinical case report" or "0830 experimental replication" or "0840 followup study" or "0850 longitudinal study" or "0851 prospective study" or "0852 retrospective study" or "0860 treatment outcomes" or "0870 clinical trial" or "0880 qualitative study" or "0890 quantitative study" or "0891 double blind design" or "0892 single blind design" or "0900 erratum/retraction" or "1300 literature review" or 1400 meta analysis or "1800 professional policies/standard" or 1900 program evaluation or 2000 reprint or 2200 auxiliary material included or 2300 case study <non-clinical> or 2400 journal article or "2500 test/survey appended" or 4400 journal abstract or "4800 journal column/opinion" or 5100 journal editorial or 5300 journal information or 5500 journal letter or 5700 journal obituary or 5900 journal review-book or "6300 journal review-software/video/other" or 8000 selected readings or "8200 book handbook/manual" or 8400 book reference work or 8600 book textbook or "8800 book study guide/workbook" or 8900 book classic) and "review")]** keep 1-10

Results available: 10

Results displayed: 1-10

[Logoff](#)

Citation 1.

[Link to...](#) [Abstract](#) • [Complete Reference](#)

Accession Number

Review: 2004-21120-018.

Author

Durlak, Joseph.

E-Mail Address

Durlak [Joseph: jdurlak@luc.edu]

Title

Prevention: An Idea Whose Time Has Finally Come. [References].

Source

PsycCRITIQUES. 2004, [np].
American Psychological Assn, US

Abstract

Originally published in Contemporary Psychology: APA Review of Books, 2004, Vol 49(5),

B



PsycINFO <1985 to May Week 4 2005>

#	Search History	Results
1	(pinfold v or pinfold vanessa).au.	8
2	from 1 keep 3	1
3	*school based intervention/ or *educational programs/	5860
4	mental illness.mp. or exp Mental Disorders/	204566
5	mental health.mp. or exp Mental Health/	47708
6	4 or 5	238571
7	3 and 6	459
8	exp Mental Health/ or exp Adolescent Development/ or exp Adolescent Attitudes/ or exp Family Relations/ or exp Mother Child Relations/	80045
9	7 and 8	71
10	from 9 keep 1-71	71

[PayPerView Account](#)
[View Cart](#)
Results of your search: **from 9 [7 and 8] keep 1-71**

Results available: 71

Results displayed: 1-71

[Logoff](#)
Citation 1.
[Link to...](#) [Abstract](#) • [Complete Reference](#)
Author

Bitel, Mary C.

Title

A guide for the development of school-based mental health partnerships.

SourceSocial Work with Groups. Vol 27(2-3) 2004, 181-185.
Haworth Press, US**Publication Type**

Peer Reviewed Journal

Citation 2.
[Link to...](#) [Abstract](#) • [Complete Reference](#)
Author

Evans, Steven W; Mullett, Elizabeth; Weist, Mark D; Franz, Kimberly.

TitleFeasibility of the MindMatters **School Mental Health** Promotion Program in American Schools. [References].**Source**Journal of Youth & Adolescence. Vol 34(1) Feb 2005, 51-58.
Springer, Germany**Publication Type**

Peer Reviewed Journal

Citation 3.
[Link to...](#) [Abstract](#) • [Complete Reference](#)
Author

Bruns, Eric J; Moore, Elizabeth; Stephan, Sharon Hoover; Pruitt, David; Weist, Mark D.

TitleThe Impact of **School Mental Health** Services on Out-of-School Suspension Rates. [References].**Source**



EMBASE <1988 to 2005 Week 22>

#	Search History	Results
1	intervention.mp.	100832
2	exp Mental Disease/	431092
3	exp Mental Health/	16995
4	2 or 3	438764
5	Education Program/ or educational program.mp.	15414
6	4 and 5	1553
7	"PREVENTION AND CONTROL"/ or PREVENTION/ or PRIMARY PREVENTION/ or prevention.mp.	143801
8	6 and 7	242
9	limit 8 to adolescent <13 to 17 years>	56
10	from 8 keep 1-242	242

PayPerView Account

View Cart

Results of your search: **from 8 [6 and 7] keep 1-242**Results available: **242**Results displayed: **1-200**[Logoff](#)

The number of results you have selected exceeds the maximum allowable per page. Each page will be limited to 200 results. Click on Next Results button to page through the remaining results.

Citation 1.[Link to...](#) Abstract • Complete Reference**Authors**

Kreuter A. Brockmeyer NH. Hochdorfer B. Weissenborn SJ. Stucker M. Swoboda J. Altmeyer P. Pfister H. Wieland U.

Title

Clinical spectrum and virologic characteristics of anal intraepithelial neoplasia in HIV infection.

Source

Journal of the American Academy of Dermatology. Vol. 52(4)(pp 603-608), 2005.

Publication Type

Journal: Article

COPYRIGHT ELSEVIER B.V. 2005 - ALL RIGHTS RESERVED

Citation 2.[Link to...](#) Abstract • Complete Reference**Authors**Gilligan J. Lee B.**Title**

Beyond the prison paradigm: From provoking violence to preventing it by creating 'anti-prisons' (residential colleges and therapeutic communities).

Source

Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 1036(pp 300-324), 2004.

Publication Type

Journal: Conference Paper

COPYRIGHT ELSEVIER B.V. 2005 - ALL RIGHTS RESERVED

Citation 3.

Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager

Bror Just Andersen^{1,2} og Erik Nord¹

1) Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse

2) Vestre Viken HF, Bærum DPS

Korrespondanse: bror.just.andersen@vestreviken.no

SAMMENDRAG

Mellom 15 og 20% av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungeringsevne. Mellom 4 og 7% har så alvorlige plager at de trenger behandling. Mange tør ikke dele problemene med andre.

VIP er et forebyggende program innenfor psykisk helse for elever i videregående skole. Målsetningen er å øke kunnskap om og evne til å gjenkjenne tegn på psykiske problemer og lidelser, og å senke terskelen for å søke hjelp. Vi vurderer her graden av måloppnåelse. Utvalget er 880 elever i Akershus der intervensjonen har blitt gjennomført, sammenliknet med 811 elever fra Vestfold fylke som ikke hadde intervensjonen. Opplysningene er innhentet gjennom spørreskjema før intervensjonen (t0), og 1 (t1), 6, 12 og 24 måneder etter intervensjonen.

Ved hvert tidspunkt ble kunnskapen målt i prosent av maksimum skåre på et sett av indekser. Effekttørrelsen på de enkelte indeksene er estimert i (a) forskjeller i forbedring av prosentskåre og (b) Cohens d. Fra t0 til t1 hadde intervensjonsgruppen signifikant bedre kunnskapsutvikling innenfor "kjennskap til psykiske lidelser" (10,2% flere presentenheter framgang, Cohens d = 0,58), "generell kunnskap om psykisk helse" (4,4% - 0,30), "evne til kopling av symptomer til diagnoser" (3,1% - 0,34), "kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt" (11,6% - 0,51) og "kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse" (11,3% - 0,74).

Sammenliknet med effekttørrelsene i andre, tilsvarende studier (mellom 0,01 og 0,3 i Norge og mellom 0,26 og 0,57 i internasjonale undersøkelser) synes effekten av VIP å være god. Tatt i betraktning at kunnskap forvirrer og glemmes over tid, gjenstår det likevel å se om VIP-programmet får varige effekter av en størrelsesorden som er tilfredsstillende, sett i forhold til det programmet koster.

Andersen BJ, Nord E. **Effects of programs in school for preventing mental problems.**

Nor J Epidemiol 2010; 20 (1): 15-22.

ENGLISH SUMMARY

Between 15 and 20% of all young people in Norway have mental problems that impact their daily functioning. Between 4 and 7% have problems that need treatment. Many of those who have problems do not dare to share them with others.

VIP is a preventive program in mental health in Norway targeted at students in secondary school. It aims at increasing understanding and recognition of mental problems and illness and at lowering thresholds for help seeking. We assess the degree of achievement of these goals. A sample of 880 students in a county where the program had been implemented was compared with a sample of 811 students in a county where the program had not yet been implemented. Data was collected through questionnaires prior to intervention (t0) and at 1 (t1), 6, 12 and 24 months after intervention.

At each time, knowledge was measured as percentages of top scores on a set of indices. Effect sizes on the various indices are estimated in terms of (a) differences in improvements of percentage scores and (b) Cohen's d. From t0 to t1, the intervention group showed significantly greater progress in "knowledge of mental disorders" (10.2 percentage units greater progress, Cohen's d = 0.58), "general knowledge of mental health" (4.4%, 0.30), "ability to link symptoms to diagnosis" (3.1%, 0.34), "general knowledge of mental health services" (11.6%, 0.51), and "knowledge of specific community help facilities" (11.3%, 0.74).

Compared with effect sizes from similar studies (between 0.01 and 0.30 in Norway and between 0.26 and 0.57 in international surveys), the effect sizes of VIP lie in the higher end of the scale. However, considering that knowledge to some extent is forgotten over time, it remains to be seen if the VIP program has a satisfactory lasting effect compared to its costs.

INNLEDNING

Mellom 15 og 20% av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungeringsevne. Mellom 4 og 7% har så alvorlige plager at de trenger behandling (1,2). Bare 15-20 prosent av ungdommer med betydelige psykiske plager har vært i kon-

takt med psykisk helsevern de siste 12 månedene (3).

Psykiske problemer er ofte tabubelagt. Mange tør ikke dele problemene med andre. For lite kunnskap om problemene kan medvirke til at de som er rammet, ikke er klar over hva som plager dem. Om nettverket rundt har den samme kunnskapsmangelen, er muligheten for å få hjelp i primærrelasjonene begrenset.

Det er evidens for at tidlig hjelp vil kunne gi unge med psykiske lidelser bedre muligheter og minske sjansen for gjentatte, alvorlige sykdomsperioder (4-8). Samtidig er det rimelig å anta at mer kunnskap blant de unge om psykiske lidelser øker sjansene for at tidlig hjelp vil bli søkt.

Skolen synes både organisasjonsmessig og formidlingsmessig som en god arena for forebyggende tiltak. Alle er der på et eller annet tidspunkt, de er der over tid og de er der for å lære. Dette er bakgrunnen for det primærforebyggende programmet "VIP" – Veiledning og Informasjon om Psykisk helse. Intervensjonen ble startet etter initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i 1999. Den utøves overfor elever i første klasse i videregående skoler og hadde per januar 2009 56% dekning blant slike skoler i Norge (9).

VIPs mål er blant annet:

1. Å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykisk helse og på den måten gjøre elevene bedre i stand til å ta vare på sin egen psykiske helse.
2. Å forbedre de unges evne til gjenkjennelse av signaler på psykiske lidelser.
3. Å senke terskelen for å søke hjelp.

Det er allerede fra oppstart gjennomført tilfredshets-evaluering av intervensjonen, og oppsummerende rapporter fra et tilfeldig utvalg skoler finnes tilgjengelig på intervensjonens nettsider (9). Vi evaluerer imidlertid VIP med hensyn til effekter på de tre ovennevnte målene. I denne artikkelen rapporteres observasjoner på kort sikt, dvs. umiddelbart etter intervensjonens gjennomføring. Vi konsentrerer oss da om effekter av intervensjonen på endring av kunnskap og på evne til gjenkjennelse. Vi spesifiserer effekter etter foreldres utdanning og undersøker også om utfylling av spørreskjema før intervensjonen i seg selv kan ha en effekt. Effekter på lengre sikt, herunder på hjelpsøkeradferd og endring i egenrapportering om psykisk helse (10), vil bli rapportert i senere artikler.

Nærmere om intervensjonen

Intervensjonen starter med en 2 dagers konferanse for hele lærerkollegiet. Deretter gjennomføres to timer med veiledning for kontaktlærerne. Foresatte får informasjon i brev. Lærer og elever arbeider klassevis med tiltakets veiledende materiale, normalt 3-5 timer. Dette blir så fulgt opp gjennom et to timers besøk av en fagperson fra det kliniske feltet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og skolens helsesøster, og/eller pedagogisk-psykologisk tjeneste. Den delen av intervensjonen som involverer elevene, blir vanligvis gjennomført i løpet av en til to uker. Alle elever får tilbud om én til én samtaler med spesialisthelsetjenesten eller helsesøster, mens skoler og helsesøstre blir tilbudt videre oppfølging og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Det veiledende materialet består av et hefte med tekst og ulike oppgaver til alle elever. Heftet dreier seg om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Det veksles mellom faktaopplysninger, diskusjoner og brukerhistorier. Heftet er utarbeidet av brukere og fag-

personer fra spesialisthelsetjenesten. I intervensjonen lærer elevene kort om hva som regnes som psykiske problemer og lidelser. Det presenteres noe statistikk og en del faktaopplysninger om og kjennetegn ved psykiske lidelser. Det diskuteres grensegang mellom livets utfordringer, når man bør oppsøke hjelp, og det presenteres hvilke hjelpetilbud som finnes nasjonalt og spesielt lokalt.

Det er utarbeidet manualer for gjennomføring i alle deler av prosjektet, og det kreves ingen spesielle for-kunnskaper av lærer (nærmere om de enkelte manualer se intervensjonens nettside: <http://www.vipweb.no>).

Gjennomføringen av tiltaket er tverrfaglig og tverretattlig. Det involverer koordinator for psykisk helse i kommunen, skolens ledelse og lærere, helsesøster og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Intervensjonen skiller seg fra mange typer skolebasert forebyggende virksomhet gjennom det sterke fokuset på kunnskapsbasert dialog og ved graden av involvering fra de lokale hjelpeinstanser (9).

MATERIALE OG METODER

Endepunkter

De målte endepunkter i studien er:

- elevenes kunnskaper om psykiske helse
- elevenes evne til gjenkjennelse av tegn på psykiske lidelser
- elevenes egenrapporterte atferd med hensyn til å søke hjelp

Utvalg

Intervensjonen ble på utvalgstidspunktet gjennomført i 13 fylker. Ett av disse var Akershus, og intervensjonsgruppen er valgt derfra. Intervensjonsgruppen er framkommet ved stratifisert tilfeldig utvelging, der strata utgjøres av de linjer skolene tilbyr (enten kun studieresialisierende, eller både studiespesialisierende og yrkesfaglige linjer). Kontrollgruppen ble valgt ut blant skoler i Vestfold, som var et av de fylkene som ikke hadde intervensjonen. Det ble valgt skoler som matchet skoler i intervensjonsgruppen med hensyn til utdanningsnivå i befolkningen mellom 18 og 67, topografi og geografi, inntektsnivå, tilbud innenfor somatisk og psykisk helse og generell helsetilstand. Variablene er hentet fra boken til Statistisk Sentralbyrå (11). Det var altså tilfeldig trekning til deltakelse i evalueringsprosjektet innenfor hvert av de to geografiske områdene, men ikke randomisering av klasser til henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppe.

Følgende skoler ble invitert til å delta:

Akershus: Bjørklangen vgs, Stabekk vgs, Strømmen vgs, Vestby vgs og Valler vgs.
Vestfold: Re vgs, Sande vgs og Thor Heyerdahl vgs.

Alle de forespurte skolene takket ja til deltakelse.

I skoleåret 2006/2007 var det i Akershus i alt 7731 elever i første klasse (VK 1, 16-17år), fordelt på 28 skoler. Av disse 7731 ble 64 klasser med tilsammen

Figur 1. Prosjektets forskningsdesign.

	t 0		t 1	t 2: 6 mnd	t 3: 12 mnd	t 4: 24 mnd
Gruppe 1	Pretest	Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 2	Pretest		Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 3		Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 4			Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4

Tabell 1. Antall elever i populasjon og utvalg og antall svar på ulike tidspunkter.

	Akershus			Vestfold		
	t0 (gruppe 1)	Nye ved t1 (gruppe 3)	Totalt ved t1 (gruppe 1+3)	t0 (gruppe 2)	Nye ved t1 (gruppe 4)	Totalt ved t1 (gruppe 2+4)
Total populasjon	7731			3464		
Trukket	730	213	943	206	757	963
Fylte ikke kriteriene for deltakelse	20	43	63	12	140	152
Mottatt spørreskjema	710	170	880	194	617	811
Utfylt tilfredsstillende	567	163	671	148	570	718
Responstrate i %	79,9	95,9	76,3	76,3	92,4	88,5

943 elever trukket ut som intervensjonsgruppe i evalueringsprosjektet. I Vestfold var det i skoleåret 2006/2007 3464 elever i VK1 fordelt på 10 skoler. Av disse 3464 ble 61 klasser med til sammen 963 trukket ut som kontrollgruppe i evalueringsprosjektet.

Gjennomføring av målinger i intervensjonsgruppen forut for intervensjon og umiddelbart etter intervensjon ble utført i perioden 26.01.-11.04.07. Målinger i kontrollgruppen ble gjennomført parallelt med dette.

Datainnsamling

Data ble samlet inn via spørreskjema, se nedenfor.

I både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ble klasser randomisert til to undergrupper. Den ene fikk spørreskjema like før intervensjonstidspunktet (t0), umiddelbart etterpå (t1), og så etter 6, 12 og 24 måneder. Den andre gruppen fikk *ikke* spørreskjema før intervensjonstidspunktet, men for øvrig ved t1 og på de samme tidspunktene seinere (6, 12 og 24 måneder). Det vises til figur 1 (gruppe 1-4). Formålet med dette "Solomon fire-gruppe designet" (12,13) var å fange opp en tilleggsproblematikk, nemlig om utfylling av spørreskjema før intervensjon i seg selv kunne ha betydning for utfallet (i det følgende referert til som 'sensitiviseringseffekt av pretest').

Spørreskjema

Det ble brukt to spørreskjemaer. I det første ble elevene bedt om å angi ulike psykiske lidelser som de kjente til. Det andre spørreskjemaet består av 81 spørsmål. I del 1 og 2 måles kunnskap om psykisk helse. I del 3 måles evnen til gjenkjenning av psykiske problemer og de unges atferd ved hjelpesøking. Del 4 er selvrapporeringsskjema fra SDQ-Nor (14,10), der vi har supplert med 5 utsagn om angst og lagt til et spørsmål om primær-/nærmiljøets involveringsgrad i del 2 om dag-

lig innvirkning (Impact). Spørsmålene om angst er hentet fra TOPP (15). I del 5 registreres elevens personlige kjennetegn. Det ble høsten 2006 gjennomført en pilot med 50 respondenter fra Eikeli og Dønksi vgs for testing av spørreskjemaene. Spørreskjemaene, oppsett og målinger er tilgjengelige på (16).

På hvert av tidspunktene t0 til t4 ble utfylling av spørreskjemaene gjennomført i en skoletime. Lærer delte først ut skjema 1 og samlet inn dette etter 3 minutter. Deretter ble skjema 2 delt ut og samlet inn etter 35 minutter. Oppdelingen i skjema 1 og 2 ble gjort for at informasjon i skjema 2 ikke skulle kunne brukes ved besvarelse av skjema 1. Elevene satt enkeltvis og fikk ikke levere utfylt spørreskjema før hele den tilmålte tiden var gått. De som ikke ønsket å delta, ble satt til vanlig skolearbeid.

Frafall og nettoutvalg

Av det totale utvalget på 135 klasser ble 16 klasser (4 ved t0 og 12 ved t1) tatt ut fordi de ikke fylte kriteriene til gjennomføring. De vanligste grunne var manglende språkforståelse og/eller skriveferdigheter. Ny N ved t0 er derfor 904 og ved t1 1691. Ved t0 ble det rapportert at 47 elever var fraværende. På samme tidspunkt ble det rapportert at 18 elever ved 4 skoler ikke ønsket å delta. Tabell 1 viser frafall og antall tilfredsstillende utfylte spørreskjemaer på ulike trinn i undersøkelsen. Total responstrate for intervensjonsgruppen var 76,3%, og for kontrollgruppen 88,5%.

Databehandling

For hvert spørsmål om kunnskap ble det på forhånd bestemt hva som var riktig svar. Tilsvarende ble det for holdnings- og adferdsspørsmål bestemt hva som var mest ønsket holdning eller adferd. Disse 'fasit-svarene' ble bestemt i samråd med tre professorer

innenfor fagområdet psykisk helse. For hvert spørsmål ble det så beregnet hvor stor prosentandel av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som hadde riktig svar. For adferdsspørsmål ble det beregnet prosentandeler med ønsket adferd.

Det er regnet ut forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen med hensyn til endring i prosentandeler med 'riktige svar' på hvert enkelt spørsmål i spørreskjemaet. Dette er rapportert fullstendig annetsteds (16).

På bakgrunn av spørreskjemaets 81 spørsmål er det for denne artikkelen utarbeidet 7 indekser (mer informasjon, 16):

1. Kjennskap til psykiske lidelser. Omfatter ett spørsmål: Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser du vet om. Skåreskala: 0-12.
2. Generell kunnskap om psykisk helse. Omfatter 6 spørsmål. Eksempel: Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser? Skåreskala: 0-15.
3. Kunnskap om ulike diagnosers utryksformer. Omfatter 9 spørsmål. Eksempel: Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? Scoreskala: 0-44.
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser. Omfatter ett spørsmål med 25 ledd: Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse (evt hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Skåreskala: 0-50.
5. Tillit til behandlingsmetoder. Omfatter 2 spørsmål. Eksempel: I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst? Skåreskala: 0-2.
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt. Omfatter 11 spørsmål. Eksempel: Hvor godt kjenner du følgende tilbud? Eks. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Skåreskala: 0-30.
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse. Omfatter 8 spørsmål. Eksempel: Har dere en helsesøster ved deres skole? Skåreskala: 0-8.

Nedenfor rapporterer vi gjennomsnittskårer på hver indeks i form av prosent av maksimalt mulig skåre på skalaen for den enkelte indeks.

I analysene av det foreliggende datamaterialet har vi benyttet SPSS 14.0. Innledningsvis ble alle faktorer dikotomisert, det ble kjørt frekvensanalyser på enkeltitem/indekser på individ og skolenivå og vi gjorde frekvensanalyser med t-tester på alle fire grupperinger for å teste for eventuell pretest sensitivisering. Deretter har vi målt kvaliteten i skalaene gjennom reliabilitetsanalyser ved Cronbachs Alfa / Kruder-Ricardson (KR-20) og Prinsipal komponentanalyse med Varimax rotasjon. Generelt sett har vi holdt oss til Kaisers kriterium med Eigenvalue større enn 1,0, og $\alpha > 0,7$. Skala 2, 5 og 7 ligger mellom 0,4 og 0,5, men de er pragmatiske indekser og har en logisk teoretisk sammenheng for målingen (16).

Vi har gjort t-tester for signifikans på gjennomsnitt ved enkeltspørsmål og indekser, og deretter på samme måte benyttet General Linear Modell for å teste endringer over de to måletidspunktene.

Effektstørrelsene er angitt både i absolutte tall og som forskjeller mellom gjennomsnitt, delt på standardavviket i utvalgene, dvs. Cohens d (17). Vurderingene av effekter er i henhold til de generelle internasjonale retningslinjer, der 0,2 defineres som en liten effekt, 0,5 som middels effekt og 0,8 som en stor effekt (17).

RESULTATER

Tabell 2 viser personlige kjennetegn i intervensjons- og kontrollgruppe. Det er ikke vesentlige forskjeller når det gjelder kjønnssammensetning, alder, inntektsgivende arbeid eller bosituasjon. Det er heller ikke vesentlige forskjeller når det gjelder husstandsinntekt, men disse tallene er mer usikre ettersom henholdsvis 38,9 og 37,6% svarer "vet ikke". Det er høyere andel med mer enn fire års universitetsutdanning blant foreldrene i intervensjonsgruppen, og flere som er født et annet sted enn i Norge.

Tabell 2. Personlige kjennetegn ved t0.

Variabler	Test	Kontroll
Gjennomsnittlig N for alle variabler (tot N ved t0)	N = 475 (567)	N = 123 (148)
Menn	49,8%	53,1%
Kvinner	50,2%	46,1%
Alder (i år)	16,35	16,35
Inntektsgivende arbeid ved siden av skole	65,1%	62,5%
Bosituasjon		
Bor sammen med både mamma og pappa	69,3%	62,7%
Bor sammen med kun en av foreldrene + eventuelt en av foreldrene med ny samboer	22,7%	24,5%
Bor i fosterhjem	0,4%	2,4%
Tot inntekt for husstanden		
0-400' NOK	2,7%	0,0%
400-800' NOK	35,2%	45,1%
800' NOK og mer	23,2%	17,3%
Gjennomsnittlig inntekt	748'	613'
Utdanningsnivå for mor		
Grunnskole	9,2%	9,3%
Videregående skole	24,3%	35,5%
Høgskole/Universitet mindre enn 4 år	27,0%	29,9%
Høgskole/Universitet mer enn 4 år	39,6%	25,2%
Utdanningsnivå for far		
Grunnskole	9,9%	9,2%
Videregående skole	24,0%	33,0%
Høgskole/Universitet mindre enn 4 år	17,8%	33,0%
Høgskole/Universitet mer enn 4 år	48,3%	24,8%
Fødeland		
Norge	91,5%	96,1%
Annet land	5,8%	3,1%
Fødeland, mor		
Norge	86,0%	91,5%
Annet land	13,8%	8,5%
Fødeland, far		
Norge	86,7%	94,5%
Annet land	13,3%	5,5%

Tabell 3. Skårer ved t0 og endring fram til t1. Gruppe 1 og 2.

Indekser	Intervensjonsgruppe			Kontrollgruppe			Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre	Std. feil for diff. i endring	Sig. (2-halet test)	Skåre skala
	Gjennomsnittlig % av maksskåre ved t0	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre	Std. feil for gj. endr	Gjennomsnittlig % av maksskåre ved t0	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre	Std. feil for gj. endr				
1. Kjennskap til psykiske lidelser	28,4	20,8	0,92	24,5	10,6	1,42	10,2	1,91	0,000**	0-12
2. Generell kunnskap om psykisk helse	65,3	-2,3	1	63,1	-6,7	1,6	4,4	2,2	0,048*	0-15
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	59,0	3,3	0,71	60,9	1,5	1,3	1,8	1,51	0,24	0-44
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	27,5	5,4	0,5	27,2	2,3	0,74	3,1	1	0,002*	0-50
5. Tillit til behandlingsmetoder	92,0	-2	1	93,0	1,4	2	-3,4	2,5	0,16	0-2
6. Kunnskap om hjelpapparatet innenfor psykisk helse generelt	32,5	8,0	0,73	31,0	-3,6	1,08	11,6	1,51	0,000**	0-30
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse	46,9	9	0,75	43,8	-2,3	1,25	11,3	1,6	0,000**	0-8

Tabell 4. Fordeling av enkeltledd i indekser for intervensjons- og kontrollgruppe ved t1.

Indeksnr/beskrivelse	Antall ledd	Fordeling av enkeltledd						Indeks	Samlet vurdering av effekt
		K > I	K = I	I > K	I > K*	I > K ^v	I > K ^{*v}		
1. Kjennskap til psykiske lidelser	1						1	I**	Betydelig
2. Generell kunnskap om psykisk helse	14	2		8		4		I*	Stor
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	48	18		27		5		K	Liten
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	25						1	I*	Betydelig
5. Tillit til behandlingsmetoder	4	2						K	Svært liten
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt	10			6	4			I**	Betydelig
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse	8			2	4		2	I**	Betydelig

Tabell 3 viser indeksskåre ved t0 i gruppe 1 (intervensjon) og gruppe 2 (kontroll) og endring i disse skårene fram til t1. Disse to gruppene er teoretisk like mht sensitivisering gjennom pretest. Intervensjonsgruppen har gjennomsnittlig signifikant større fremgang når det gjelder kjennskap til psykiske lidelser (10,2% flere prosentenheter framgang, Cohens $d = 0,58$), generell kunnskap om psykisk helse (4,4% - 0,30), evne til kopling av symptomer til diagnoser (1,8% - 0,34), kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt (11,6% - 0,51) og kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse (11,3% - 0,74).

I tabell 4 utdypes bildet i tabell 3. Innenfor hver indeks vises hvordan enkeltleddene fordelte seg mht

forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen når det gjelder endring i skåre fra t0 til t1. Kategoriene spenner fra at kontrollgruppen hadde mer positiv utvikling enn intervensjonsgruppen ($K > I$) til at intervensjonsgruppen hadde vesentlig (*) og statistisk signifikant mer positiv utvikling ($I > K^{*v}$). For eksempel var det 14 ledd i indeks 2 om generell kunnskap om psykisk helse. På to av disse hadde kontrollgruppen mer positiv utvikling fra t0 til t1 enn intervensjonsgruppen. På åtte andre hadde intervensjonsgruppen mer positiv utvikling, men uten at forskjellen i endring var vesentlig eller statistisk signifikant. På fire andre ledd hadde intervensjonsgruppen vesentlig mer positiv utvikling. I sum er bildet en bekreftelse av tabell 3: In-

Tabell 5. Betydningen av fars utdanningsnivå for effekt.

Indekser	Alle Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre	Utd.gruppe 1		Utd.gruppe 2		Utd.gruppe 3		Utd.gruppe 4	
		N I K	Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre	N I K	Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre	N I K	Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre	N I K	Gjennomsnittlig diff. i endring, % av maksskåre
1. Kjennskap til psykiske lidelser	10,3**	37 10	12,3*	96 35	1,99	75 36	10,53*	198 26	18,32**
2. Generell kunnskap om psykisk helse	4,4*	19 5	0,33	59 23	5,27	48 20	6,74	119 12	4,97
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	1,8	42 10	3,01	106 36	0,03	79 36	0,05	211 26	2,3
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	3,1*	33 9	3	95 34	2,46	69 34	4,03	199 24	2,84
5. Tillit til behandlingsmetoder	-3,5	34 9	6,7	92 29	-7,8	70 32	0,97	183 22	-6,46
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt	11,6**	31 9	11,6	85 31	8,78*	69 30	14,88**	184 26	10,3**
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse	11,3**	39 10	5,73	104 35	10,13*	78 34	14,62**	207 27	9,64**

Tabell 6. Skårer ved t1 blant elever med og uten måling før intervensjon.

Indekser:	Gruppe 1, med pretest		Gruppe 3, uten pretest		Sig. (2- halet test)
	Gjennomsnitt (absolutt skåre)	Std. feil for gj.	Gjennomsnitt (absolutt skåre)	Std. feil for gj.	
1. Kjennskap til psykiske lidelser	5,91	0,12	3,87	0,19	0,001**
2. Generell kunnskap om psykisk helse	9,44	0,11	8,78	0,18	0,018*
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	27,4	0,48	25,8	0,18	0,152
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	16,46	0,30	13,06	0,50	0,001**
5. Tillit til behandlingsmetoder	1,80	0,02	1,79	0,03	0,997
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt	11,14	0,22	10,79	0,38	0,019*
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse	4,47	0,07	3,84	0,11	0,001**

tervensjonsgruppen har betydelig mer positiv utvikling på områdene kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse og kunnskap om hjelpeapparatet generelt og i nærmiljøet. Bakgrunnsdata viser at det er spesielt store utslag når det gjelder evne til å nevne ulike psykiske lidelser, kunnskap om hvilken hjelp helsesøster kan gi og kjennskap til spesialisthelsetjenesten. Men vi finner også signifikant større fremgang i kontrollgruppen om tiltro til fagfolks evne til behandling av psykiske problemer.

Som nevnt ovenfor, var det flere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen som hadde foreldre med høyeste universitetsutdanning. I tabell 5 er resultatene i tabell 3 brutt ned på subgrupper bestemt av fars utdanningsnivå. Det fremgår at den prosentvise effekten av intervensjonen er av samme størrelsesorden i de ulike gruppene. Men signifikansnivået reduseres fordi subgruppene er små. Grupperingen etter mors utdanningsnivå gir samme type mønster (ikke vist her).

I tabell 6 sammenliknes de i intervensjonsgruppen som fikk spørreskjema før intervensjon (gruppe 1) med de som ikke fikk det (gruppe 3). Gruppe 1 har signifikant høyere gjennomsnittscore på kjennskap til psykiske lidelser og kunnskap om psykisk helse, om

hjelpeapparatet generelt og nærmiljøets hjelpetilbud. Gjennomføring av kunnskapsmåling forut for intervensjon synes altså å ha hatt noe effekt i seg selv på kunnskap ved t1.

DISKUSJON OG KONKLUSJON

Intervensjonsgruppen har klar framgang fra t0 til t1 på fem av syv indekser, og framgangen er signifikant større enn i kontrollgruppen når det gjelder kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse, evne til kopling av symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpeapparatet generelt og kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet. Observasjonene på indeksnivå støttes av observasjoner på enkeltleddnivå.

Kunnskapsmåling forut for intervensjon kan i seg selv ha effekt på senere kunnskap. Dette ble observert i en undersøkelse om seksualundervisning og kondombruk (13), og det samme er i noen grad tilfelle her. Dette er imidlertid en effekt som bare oppstår ved evaluering, der måling før intervensjonen er nødvendig. Effektene av selve VIP-intervensjonen er de som er anslått ovenfor.

Det kan reises spørsmål ved prosjektets design. Ideelt sett skulle elevene i studien ha vært randomisert til henholdsvis VIP-intervensjon og ingen intervensjon. Det var ikke praktisk mulig. Vi kan således ikke utelukke at det var systematiske forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppene knyttet til systematiske forskjeller mellom skoleelever i henholdsvis Akershus og Vestfold fylke. Mot dette taler imidlertid (a) at på de fleste registrerte kjennetegn var de to gruppene relativt like (tabell 2), og (b) at forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppen holder seg i hovedsak når en kontrollerer for utdanningsnivået i intervensjonsgruppen var høyere enn i kontrollgruppen.

Som nevnt tidligere finner vi signifikant større fremgang i kontrollgruppen om tiltro til fagfolks evne til behandling av psykiske problemer. Det er vanskelig å finne en god grunn til at det er slik. Fremgangen er ikke vesentlig. Det kan være et tilfeldig signifikant resultat i et materiale der det er gjort svært mange sammenlikninger.

Effektene kan sammenliknes med resultater fra andre tilsvarende undersøkelser i Norge. Disse omfatter "Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no" (18) og "Alle har en psykisk helse: Effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet." (19-21). Effekttørrelsene ligger her mellom 0,01 og 0,3. I forhold til dette er effekten av VIP betydelig. I internasjonale undersøkelser, herunder både longitudinelle studier (22) og kunnskapsoppsummeringer om universelle forebyggende intervensjoner vedrørende depresjon (23) og psykisk helse

(24-26), varierer de aktuelle sammenliknbare effekttørrelsene mellom 0,26 til 0,57. Også i forhold til dette synes effekten av VIP å være god. I mange av de internasjonale studiene som er benyttet i sammenlikning av resultater har aldersgrupperingene vært 5-7, 8-11 og 12-16 år. Der har man også generelt sett funnet at jo eldre elevene er, desto mindre er sjansen for effekt (27).

Om de observerte forskjellene er tilfredsstillende, er en vurderingssak. VIP-programmet består av noen undervisningstimer på skolen, dialog med fagpersoner, og noen egenstudier. Med undervisningstimer må en generelt kunne forvente at kunnskap kort tid etter – som her ved t1 – er høyere enn den var forut for undervisningen. Det gjelder enten det er engelsk, matematikk, geografi eller psykisk helse det undervises i. På den annen side er VIP-programmet et ekstraordinært utenomfaglig innslag i undervisningen, og det er uten eksamen, slik at man kanskje må forvente mindre læring her enn i fag som elevene skal ha på vitnesbyrdet. Vår samlede vurdering er at når intervensjonsgruppen på indeksene "kunnskap om hjelpeapparatet generelt", "kunnskap om hjelpeapparatet lokalt", "kjennskap til psykiske lidelser" og "generell kunnskap om psykisk helse" har hatt en mer framgang i forhold til kontrollgruppen på henholdsvis 11,6, 11,3, 10,3 og 4,4 prosentenheter, er dette et nokså moderat resultat.

Kunnskap forvitret og glemmes over tid, og det gjenstår å se om VIP-programmet får varige effekter av en størrelsesorden som er tilfredsstillende, sett i forhold til det programmet koster. Dette vil være en problemstilling for senere artikler, der effekter etter 6, 12, og 24 måneder vil bli rapportert.

REFERANSER

1. Sosial- og helsedepartementet. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser, 2000.
2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – Ungdomsrapport, 2004; 2: 102-139.
3. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Rapport 2009:1 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. Nordberg trykk as, Oslo, 2009: 1. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5603:73517::1:5793:1:::0:0.
4. Feldman, MA [Ed]. Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing, 2004: 214-235.
5. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 9: 771-775.
6. Jørgensen P, Larsen TK, Rosenbaum B. Tidlig innsats ved skizofreni – Utvikling og behandling. København, Fagl's Forlag, 2000: 93-104.
7. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 2: 223-232.
8. Mentore JL. The effectiveness of early intervention with young children "at risk": A decade in review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000: 7-B.
9. VIP. <http://www.vipweb.no/INDEX2.HTML>, Blakstad sykehus, Trykkeriet, 2010.
10. Heyerdahl S. SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi* 2003; 1: 127-135.
11. Statistisk Sentralbyrå. Årbok 2006. <http://www.ssb.no/aarbok> 2006.

12. Pedhazur EJ, Schmelkin LP. *Measurement, Design, and Analysis*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Publishers, 1991.
13. Kvaalem IL, Sundet JM, et al. The effect of sex education on adolescents' use of condoms: applying the Solomon four-group design. *Health Educ Q* 1996; **23**:33-47.
14. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; **7**: 125-130.
15. Mathisen KS, 2010. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,4333:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61134::1:5569:3:::0:0.
16. VIP, bakgrunnsdokumenter 2009/2010 for forskningsprosjektet. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,4678:1:0:0:::0:0
17. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
18. Andersson HW, Kaspersen SL, Bungum B, Bjørngaard JH, Buland T. Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no. A1491. Sintef 2010. http://www.sintef.no/upload/Teknologi_samfunn/Rapport%20A14919%20Psykisk%20helse%20i%20skolen%20-%20Sluttrapport.pdf.
19. Wang CE, Skre I, Lindekleiv Magnus RE. Alle har en psykisk helse. Oppsummering etter en treårig effekt-evaluering gjennomført av Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø, 2008.
20. Tobiassen AG, Magnus RE, SlettliGundersen L. Alle har en psykisk helse: effekt-evaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 2. del, Self-efficacy og mestring. Universitetet i Tromsø, 2006.
21. Arnesen Y, Breivik C, Johnsen LI. Alle har en psykisk helse: effekt-evaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet: første del. Universitetet i Tromsø, 2005.
22. Spence S, Sheffield JK, Donovan CL. Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2005; **1**: 160-167.
23. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. The Cochrane Collaboration. Wiley & Sons, 2000: **2**.
24. Dulak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997; **2**: 115-152.
25. Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychologist* 2005; **6**: 628-648.
26. Weist MD, Albus KE, et al. Expanded school mental health. *Behav Modif* 2004; **4**: 463-616.
27. Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective /efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Soc Sci Med* 2003; **7**: 1367-1348.

Undervisningsprogram i videregående skole om psykiske plager:

Læringsutbytte 6 og 12 måneder etter

Bror Just Andersen 1),

Rune Johansen 2) og Erik Nord 2)

1) Bærum DPS, Vestre Viken HF og Nasjonalt Folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse

2) Nasjonalt Folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse

Korrespondanse: bror.just.andersen@vestreviken.no

Tlf. 41 61 01 27

Abstract

Preventive mental health intervention in secondary school: Learning outcome 6 and 12 months after.

A preventive program in mental health, “VIP”, is targeted at students in secondary school. VIP aims at increasing understanding and recognition of mental problems and illness and at lowering thresholds for help seeking. We assessed the degree of achievement of the three above-mentioned goals by comparing students in a sample of schools in Akershus county (intervention group), with students in a sample of schools in Vestfold county (control group). In an earlier article we reported moderate to positive effects of VIP in the short term on “knowledge of mental disorders”, “general knowledge of mental health”, “ability to link symptoms to diagnosis”, “general knowledge of mental health services”, and “knowledge of specific community help facilities”. In this study we investigated the extent to which the immediate effects remained 12 months after the intervention. This seems largely to be the case for students' general knowledge about issues related to mental health. On the other hand, it seems that a great deal of the effect on short-term knowledge of where help is to be found if the need arises, is lost in the course of a year's time.

Keywords: preventive mental health, school program, longitudinal effect study, reducing stigma.

Sammendrag

Det primærforebyggende programmet ”VIP” - Veiledning og Informasjon om Psykisk helse - gjennomføres overfor elever i første klasse i videregående skoler. VIPs mål er å fremme psykisk helse ved å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse, å forbedre de unges evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser og å senke terskelen for å søke hjelp. Vi evaluerer VIP med hensyn til effekter på de tre ovennevnte resultatmålene ved å sammenlikne elever i et utvalg av skoler i Akershus der intervensjonen ble gjennomført (intervensjonsgruppe), med elever i et utvalg av skoler i Vestfold som fikk intervensjonen først etter forskningsprosjektets avslutning (kontrollgruppe). Vi har tidligere rapportert om moderate, positive virkninger av VIP på helt kort sikt på kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse, evne til kopling av symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpeapparatet generelt og kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet. I denne studien undersøker vi om de umiddelbare virkningene holdt seg fram til 12 måneder etter intervensjonens gjennomføring. Dette synes i betydelig grad å være tilfellet for elevers alminnelige kunnskaper om problemer knyttet til psykisk helse. På den annen side kan det se ut som om en betydelig del av effekten på kort sikt ved kunnskaper om hvor hjelpen er å finne hvis behovet melder seg, går tapt i løpet av et års tid. En forklaring kan være at for majoriteten av elever, som selv ikke har psykiske problemer, er generell kunnskap om lidelsenes karakter mer interessant enn praktisk informasjon om hjelpeapparatet. Det kan også spille en rolle at intervensjonen fokuserer mer på det å etablere en lav terskel for å dele problemene med noen, enn på det å søke profesjonell hjelp.

Innledning

I denne artikkelen rapporterer vi fra en evaluering av et undervisningsprogram i videregående skoler om psykisk helse. Programmet heter 'Veiledning og informasjon om psykisk helse', forkortet VIP. Evalueringen bygger på datainnsamling ved hjelp av spørreskjema i en gruppe skoler hvor VIP var gjennomført og en kontrollgruppe av skoler hvor VIP ikke var gjennomført. Vi finner at positive virkninger av VIP på kunnskap om psykisk helse observert umiddelbart etter undervisningen for det meste fortsatt besto et år seinere, mens virkninger på kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse for det meste hadde forvitret. I det følgende gir vi først en bakgrunn for og en beskrivelse av VIP. Deretter redegjør vi for tidligere evaluering av programmet og det spesifikke formålet med denne artikkelen. Så følger presentasjon av metode, inklusiv utvalg, datainnsamling, databearbeiding og statistisk analyse. Vi redegjør for frafall og kjennetegn ved nettoutvalget. Deretter følger resultater og diskusjon av disse.

Bakgrunn

Mellom 15 og 20 % av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungeringsevne (Johansson Helland & Schjeldrup Mathiesen, 2009; Rødje, Clench-Aas, Van Roy, Holmboe & Müller, 2004; Sosial- og helsedepartementet, 2000). Tidlig hjelp vil kunne gi unge med psykiske lidelser bedre muligheter og minske sjansen for gjentatte, alvorlige sykdomsperioder (Aronen & Arajärvi, 2000; Feldman, 2004; Kupfer, Frank & Perel, 1989; Jørgensen, Larsen & Rosenbaum, 2000; Mentore, 2000). Både primærstudier og forskningsoppsummeringer internasjonalt dokumenterer samtidig effekter av forebyggende intervensjoner på området psykisk helse på kort sikt. De positive funnene, både for

befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot høyriskogrupper, gjelder for områdene angst, depresjon, selvmord, atferdsproblemer og mobbing. De er i hovedsak knyttet til endring av kunnskap, oppmerksomhet, holdninger/stigma og atferd. Utvalget blir imidlertid langt smalere for omtaler av effekter og utbytte på lengre sikt (Andersen, Johansen & Nord, 2010).

Nasjonalt er det få studier av god kvalitet på dette området. En studie omhandler forebygging av angst mens de andre i hovedsak retter seg mot atferdsproblematikk (Aune & Stiles, 2009; Ertesvåg & Vaaland, 2007; Holsen, Smith & Frey, 2008; Midthassel & Vaaland, 2010; Olweus & Limber, 2010; Roland, Bru, Sørli & Ogden, 2007).

Det primærforebyggende programmet "VIP" - Veiledning og Informasjon om Psykisk helse - ble startet etter initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i 1999. Det utøves overfor elever i første klasse i videregående skoler og hadde per januar 2009 56 % dekning blant slike skoler i Norge (Vangsnes Lien, Tvedt, & Hansen, 2010). VIPs mål er blant annet:

1. Å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse og på den måten gjøre elevene bedre i stand til å ta vare på sin egen psykiske helse
2. Å forbedre de unges evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser
3. Å senke terskelen for å søke hjelp.

Intervensjonen starter med en to dagers konferanse for hele lærerkollegiet. Deretter gjennomføres to timer med veiledning for kontaktlærerne. Foresatte får informasjon i brev. Lærer og elever arbeider klassevis med tiltakets veiledende materiale, normalt tre-fem timer. Dette blir så fulgt opp gjennom et to timers besøk av en fagperson fra det kliniske feltet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og skolens helsesøster, og/eller pedagogisk-psykologisk

tjeneste. Alle elever får tilbud om én til én samtaler med spesialisthelsetjenesten eller helsesøster.

Det veiledende materialet består av et hefte med tekst og ulike oppgaver til alle elever. Heftet dreier seg om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Elevene lærer om hva som regnes som psykiske problemer og lidelser. Det presenteres noe statistikk og en del faktaopplysninger om og kjennetegn ved psykiske lidelser. Det diskuteres grensegang mellom livets utfordringer, når man bør oppsøke hjelp, og det presenteres hvilke hjelpetilbud som finnes nasjonalt og spesielt lokalt. Gjennomføringen av tiltaket er tverrfaglig og tverretatlig. For nærmere opplysninger, se intervensjonens nettside og tidligere artikkel (Andersen & Nord, 2010; Vangsnes Lien, Tvedt, & Hansen, 2010).

Evaluering

Det er allerede fra oppstart gjennomført tilfredshetsevaluering av intervensjonen, og oppsummerende rapporter fra et tilfeldig utvalg skoler finnes tilgjengelig på intervensjonens nettsider (Vangsnes Lien, Tvedt, & Hansen, 2010). Vi går lenger enn dette og evaluerer VIP med hensyn til effekter på de tre ovennevnte resultatmålene ved å sammenlikne elever i et utvalg av skoler der intervensjonen ble gjennomført (intervensjonsgruppe), med elever i et utvalg av skoler som fikk intervensjonen først på et seinere tidspunkt (kontrollgruppe).

Kunnskaps- og holdningsendringer fra umiddelbart før (tidspunkt t0) til to-tre uker etter intervensjon (tidspunkt t1) er rapportert annensteds (Andersen & Nord, 2010). Der er også metoder mer detaljert rapportert enn i det følgende. Vi fant moderate, positive virkninger på kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse, evne til kopling av

symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpeapparatet generelt og kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet. Virkningen var størst på de to sistnevnte variablene, med effektstørrelser på henholdsvis $d = 0,88$ og $0,74$ (Cohen, 1988; Durlak, 2009).

En vil generelt forvente at kunnskap kort tid etter undervisning er høyere enn den var forut for undervisningen. De observerte effektene er på denne bakgrunn ikke overraskende. Man kan på den annen side stille som hypotese at kunnskap raskt vil gå i glemmeboka når den er ervervet i løpet av et kort kurs og dreier seg om problemer som flertallet i liten grad opplever direkte selv. I denne artikkelen bidrar vi til å belyse denne hypotesen ved å undersøke i hvilken grad de umiddelbare læringseffektene holdt seg fram til 12 måneder etter intervensjonens gjennomføring.

Metode

Utvalg

Intervensjonen ble i 2007 gjennomført bl.a. i Akershus, og intervensjonsgruppen er valgt derfra. Kontrollgruppen ble valgt ut blant skoler i Vestfold, som fikk intervensjonen først etter forskningsprosjektets avslutning. Det ble valgt skoler som matchet skoler i intervensjonsgruppen med hensyn til utdanningsnivå i befolkningen mellom 18 og 67, topografi og geografi, inntektsnivå, tilbud innen somatisk og psykisk helse og generell helsetilstand. Vi viser til tabell 1, to første linjer og til nærmere opplysninger i Andersen, Nord 2010. Av det totale utvalget på 135 klasser ble 16 klasser tatt ut ved t0 og t1 fordi de var spesialklasser som ikke tilfredsstilte språkkrav med mere til utfylling av spørreskjemaet. Ved t0 var det dermed 710 elever i intervensjonsgruppen og 194 elever i kontrollgruppen. Ved t1

kom det til ytterligere 170 i intervensjonsgruppen og 618 i kontrollgruppen, jfr linjen 'inkluderte elever' i tabell 1.

Målinger i både test- og kontrollgruppe ved 6 måneder etter intervensjon ble utført i perioden 15.09.-15.10.07, og etter 12 måneder i perioden 25.01-31.03.08.

Tabell 1. Antall elever i populasjoner og utvalg og antall svar på ulike tidspunkter.

	Akershus				Vestfold			
	t0	t1	t2	t3	t0	t1	t2	t3
Antall elever i første klasse i videregående skoler	7731				3464			
Trukket ut til evalueringsprosjektet	730	943			206	963		
Fylte ikke kriteriene for deltakelse	20	63	0		12	152	0	
Inkluderte elever	710	880	880	880	194	811	811	811
Frafall	143	230	97	226	46	93	232	238
Brukbare besvarelser	567	650	783	654	148	718	579	573
Responstrate i %	79,9	73,9	89	74,3	76,3	88,5	71,4	70,6

Datainnsamling

Data ble samlet inn via spørreskjema, se nedenfor.

Ved t0 ble klasser både i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen randomisert til to undergrupper. Den ene fikk spørreskjema like før intervensjonstidspunktet (t0) og umiddelbart etterpå (t1), mens den andre gruppen *ikke* fikk spørreskjema før intervensjonstidspunktet. Deretter har alle gruppene fått spørreskjema etter 6, 12 og 24 måneder. Det vises til figur 1 (gruppe 1-4) og tidligere utgitt artikkel (Andersen & Nord, 2010).

Figur 1. Prosjektets forskningsdesign.

	t 0		t 1	t 2: 6 mnd	t 3: 12 mnd	t 4: 24 mnd
Gruppe 1	Pretest	Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 2	Pretest		Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 3		Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 4			Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4

Spørreskjema

Det ble brukt to spørreskjemaer. I det første ble elevene bedt om å angi ulike psykiske lidelser som de kjente til. Det andre spørreskjemaet består av 81 spørsmål og er delt inn i fem deler. I del 1 og 2 måles kunnskap om psykisk helse. I del 3 måles evnen til gjenkjenning av psykiske problemer og de unges atferd ved hjelpesøking. Del 4 er selvrapporteringsskjema fra SDQ-Nor (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998; Heyerdahl, 2003), der vi har supplert med 5 utsagn om angst og lagt til et spørsmål om primær-/nærmiljøets involveringsgrad i del 2 om daglig innvirkning (Impact). Spørsmålene om angst er hentet fra TOPP studien (Schjeldrup Mathiesen, Kjeldsen, Skipstein, Karevold, Torgersen, & Helgeland, 2007). I del 5 registreres elevens personlige kjennetegn. Spørreskjemaene, oppsett og målinger er tilgjengelige på nettsidene til Folkehelseinstituttet (Andersen, 2010).

På hvert av tidspunktene fra t0 til t4 ble utfylling av spørreskjemaene gjennomført i en skoletime. Lærer delte først ut skjema 1 og samlet inn dette etter 3 minutter. Deretter ble skjema 2 delt ut og samlet inn etter 35 minutter. Elevene satt enkeltvis og fikk ikke levere utfylt spørreskjema før hele den tilmålte tiden var gått. De som ikke ønsket å delta, ble satt til vanlig skolearbeid.

Databehandling

For hvert spørsmål om kunnskap ble det på forhånd bestemt hva som var riktig svar. Tilsvarende ble det for holdnings- og adferdsspørsmål bestemt hva som var mest ønsket holdning eller adferd. De foretrukne svaralternativene har fremkommet i samråd med professor i psykologi Arne Holte, professor i psykiatri Odd Steffen Dalgard og forskningssjef ved divisjon for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet, dr. psychol. Kristian Tambs. For hvert spørsmål ble det så beregnet hvor stor prosentandel av intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som hadde riktig svar. For adferdsspørsmål ble det beregnet prosentandeler med ønsket adferd.

På bakgrunn av spørreskjemaets 81 spørsmål er det for denne artikkelen utarbeidet sju indekser rapportert annensteds (Andersen & Nord, 2010; Andersen, 2010):

1. Kjennskap til psykiske lidelser. Omfatter ett spørsmål: Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser du vet om. Skåreskala: 0-12.
2. Generell kunnskap om psykisk helse. Omfatter 6 spørsmål.
Eksempel: Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser? Skåreskala: 0-15.
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer. Omfatter 9 spørsmål.
Eksempel: Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? Scoreskala: 0-44.
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser. Omfatter ett spørsmål med 25 ledd:
Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse (evt hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Skåreskala: 0-50.

5. Tillit til behandlingsmetoder. Omfatter 2 spørsmål. Eksempel: I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst? Skåreskala: 0-2.
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt. Omfatter 11 spørsmål. Eksempel: Hvor godt kjenner du følgende tilbud? Eks. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Skåreskala: 0-30
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse. Omfatter 8 spørsmål. Eksempel: Har dere en helsesøster ved deres skole? Skåreskala: 0-8.

Vi målte kvaliteten i skalaene gjennom reliabilitetsanalyser ved Cronbachs Alfa / Kruder-Ricardson (KR-20) og Prinsipal komponentanalyse med Varimax rotasjon. Generelt sett har vi holdt oss til Kaisers kriterium med Eigenvalue større enn 1,0 og $\alpha > 0,7$. Skala 2, 5 og 7 ligger mellom 0,4 og 0,5 men de er pragmatiske indekser og har en logisk sammenheng for målingen.

Det ble beregnet gjennomsnittskårer på ulike tidspunktet på hver indeks i form av prosent av maksimalt mulig skåre på skalaen for den enkelte indeks, og standardfeil for endringer i gjennomsnittsskårene over tid. I analysene benyttet vi SPSS 14.0.

Effektstørrelsene er angitt i absolutte tall og som forskjeller mellom gjennomsnitt, delt på standardavviket i utvalgene, dvs. Cohens *d*. Vurderingene av effekter er i henhold til de generelle internasjonale retningslinjer, der 0,2 defineres som en liten effekt, 0,5 som middels effekt og 0,8 som en stor effekt (Cohen, 1988; Durlak 2009).

Analyse

Vi undersøker for det første i hvilken grad skårene i gruppe 1 og 3, som begge mottok VIP-intervensjonen, holder seg fra rett etter intervensjonen (t1) fram til seks og tolv måneder etter intervensjonen (t2 og t3). Vi bruker videre skårene i gruppe 1 ved t0 som estimat på skårenivåene før intervensjonen i hele gruppe 1 og 3 og dermed som ytterligere et referansepunkt for skårene ved t3.

Etter intervensjonen kan det være andre faktorer som har påvirket skårene i samme retning som det intervensjonen gjorde, for eksempel annen undervisning eller eksponering for informasjon i massemedier om psykiske problemer og hjelpmuligheter. Hvis dette er tilfellet, og skårene fra rett etter intervensjonen mer eller mindre holder seg i det følgende året, blir det feil å konkludere at intervensjonen i seg selv har en langvarig effekt av den størrelse som skårene etter 6 og 12 måneder gir inntrykk av. For å kontrollere for effekt av andre faktorer, sammenlikner vi utviklingen i skårer i intervensjonsgruppen fram til 12 måneder med utviklingen i skårer i samme tidsrom i kontrollgruppen (gruppe 2 og 4). Under forutsetning av at eksponering for annen informasjon om psykisk helse har vært den samme i intervensjons- og kontrollgruppen i tidsrommet t1 til t3 kan eventuell reduksjon i forskjeller i skårer mellom intervensjons- og kontrollgruppen tilskrives glemsel i intervensjonsgruppen.

Frafall og kjennetegn ved respondentene

Blant de inkluderte skjedde det en del frafall. I intervensjonsgruppen var ca halvparten av elevene ved Strømmen videregående skole, som er en yrkesfaglig skole, fraværende ved t0 og t1 fordi de var ute i praksis. Disse deltok seinere på t2 og t3. På tidspunkt t2 fikk noen klasser ved Thor Heyerdahl videregående skole (i kontrollgruppen) ikke fylt ut spørreskjemaet innen

oppsatt tidsfrist. Ved t3 var det samme tilfellet ved Stabekk videregående skole (i intervensjonsgruppen). Ved alle skolene var i tillegg en del innleverte skjemaer utilfredsstillende utfylt. Skjemaer hvor opplysning om elevens kjønn manglet, eller hvor minst halvparten av alle enkeltspørsmål i skjemaet var ubesvart, ble ekskludert fra analysene.

Frafall og deltakelse er oppsummert i tabell 1. Det framgår at responsraten for intervensjonsgruppen alt i alt var 89 % ved t2 og 74,3 % t3. For kontrollgruppen var responsratene henholdsvis 71,4 % og 70,6 %.

Tabell 2 viser personlige kjennetegn i intervensjons- og kontrollgruppe. Det er ikke vesentlige forskjeller når det gjelder kjønnssammensetning, alder, inntektsgivende arbeid eller bosituasjon. Det er heller ikke vesentlige forskjeller når det gjelder husstandsinntekt, men disse tallene er mer usikre ettersom 33,8 og 29,4 % svarer ”vet ikke”. Det er høyere andel med mer enn fire års universitetsutdanning blant foreldrene i intervensjonsgruppen, og flere som er født et annet sted enn i Norge (se kommentar i diskusjonsdelen).

Tabell 2. Personlige kjennetegn ved t2.

Variabler	Test	Kontroll
Gjennomsnittlig N for alle variabler (tot N ved t2)	N = 729 (783)	N = 516 (579)
Menn	52,2 %	54,4 %
Kvinner	47,8 %	45,6 %
Alder (i år)	17,15	17,14
Inntektsgivende arbeid ved siden av skole	50,8 %	58,1 %
Bosituasjon		
Bor sammen med både mamma og pappa	64,3 %	61,5 %
Bor sammen med kun en av foreldrene	16,2 %	15,6 %
Bor sammen med en av foreldrene med ny samboer	10,5 %	9,2 %
Bor i fosterhjem	0,9 %	1,9 %
Tot inntekt for husstanden		
0 - 400' NOK	13,3 %	15,1 %
400 - 800' NOK	24,8 %	32,8 %
800' NOK og mer	28,2 %	22,8 %
Vet ikke	33,8 %	29,4 %
Gjennomsnittlig inntekt	632'	628'
Utdanningsnivå for mor		
Grunnskole	13,8 %	10,7 %
Videregående skole	28,4 %	37,4 %
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	29,4 %	28,8 %
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	28,2 %	22,9 %
Utdanningsnivå for far		
Grunnskole	14,6 %	12,1 %
Videregående skole	27,7 %	39,0 %
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	21,8 %	24,7 %
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	35,5 %	24,2 %
Fødeland		
Norge	92,7 %	93,5 %
Annet land	7,3 %	6,3 %
Fødeland, mor		
Norge	87,2 %	90,8 %
Annet land	12,8 %	9,2 %
Fødeland, far		
Norge	85,9 %	92,6 %
Annet land	14,1 %	7,4 %

Resultater

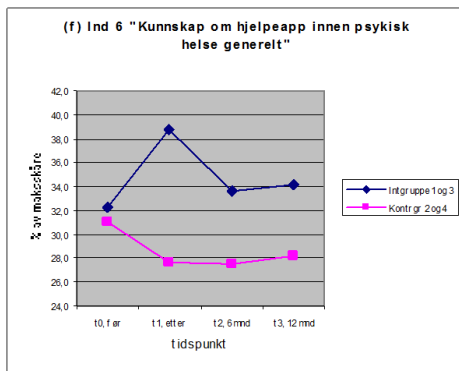
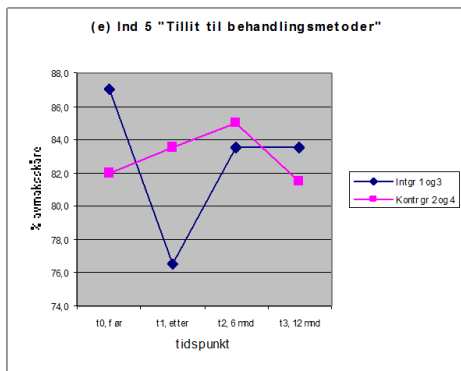
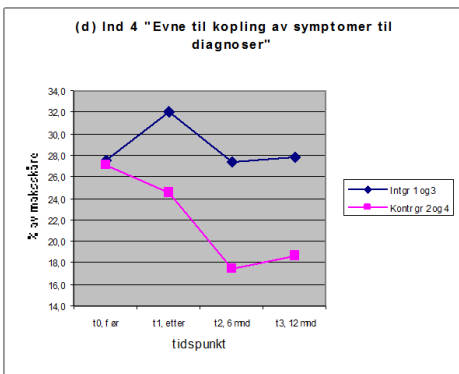
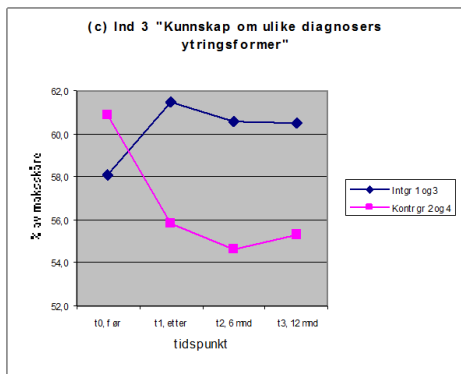
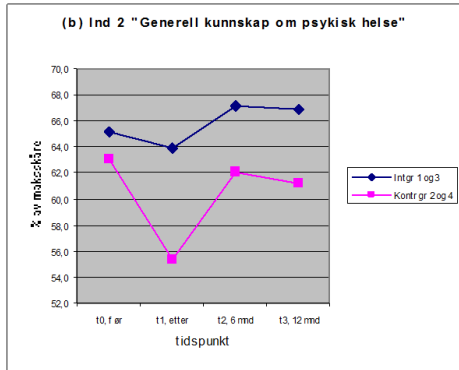
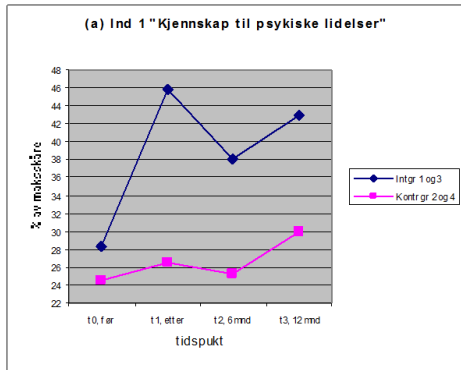
Våre hovedfunn er at positive virkninger av VIP på kunnskap om psykisk helse observert umiddelbart etter undervisningen syntes for det meste fortsatt å bestå et år seinere, mens virkninger på kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse for det meste syntes å ha

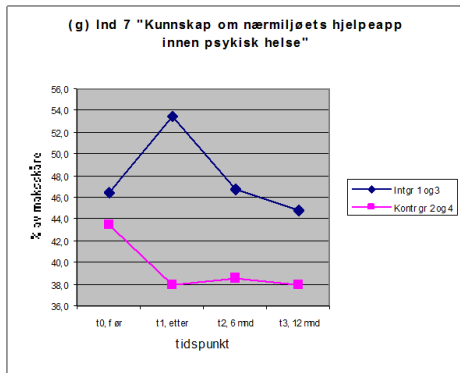
forvitret. Vi underbygger dette nedenfor ved først å presentere skårer i hele materialet på tidspunktene t0 til t3 og dernest gjøre en analyse av endring fra t1 til t3 blant bare de elevene som ble observert på begge tidspunkter.

Figur 2 viser gjennomsnittsskårer på de ulike indeksene på hvert av tidspunktene t0 til t3 for *alle* elever i henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppen som ble observert på vedkommende tidspunkt. Skårene er angitt som prosent av maksimalt oppnåelig skårer på de ulike indeksene. Skårene for intervensjonsgruppen ved t0 gjelder bare gruppe 1 (som fikk spørreskjema for første gang rett før intervensjonen), mens skårene ved t1-t3 også omfatter gruppe 3 (som fikk spørreskjema for første gang rett etter intervensjonen). Tilsvarende gjelder for kontrollgruppen, det vil si kun gruppe 2 ved t0 og både gruppe 2 og 4 fra t1 til og med t3.

Ved tidspunkt t1 ligger intervensjonsgruppen klart over kontrollgruppen på alle indekser unntatt 'tillit til behandlingsmetoder'. Intervensjonsgruppen har fra t1 til t3 stor framgang på gjennomsnittsskåre på indeks 5 (tillit til behandlingsmetoder), svak framgang på indeks 2 (generell kunnskap om psykisk helse), svak tilbakegang på indeks 1 (kjennskap til psykiske lidelser) og 3 (kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer) og betydelig tilbakegang på indeks 4 (evne til kopling av symptomer til diagnose), 6 (kunnskap om hjelpeapparatet generelt) og 7 (kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet). For alle disse tre skjer tilbakegangen hovedsakelig mellom t1 og t2, altså allerede innen 6 måneder. På indeksene 2, 4, 6 og 7 er det små forskjeller mellom skårene ved t3 og skårene i gruppe 1 før intervensjon (t0).

Figur 2a-g: Gjennomsnittskårer i intervensjons og kontrollgruppe ved t0, t1, t2 og t3. Alle elever som har svart på hvert tidspunkt.





Tabell 3 viser skårer ved t1 og endringer fram til t3 bare for elever som har svart på begge tidspunkter. Den viser videre forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen mht til endring fra t1 til t3.

Tabellen viser signifikant dårligere utvikling fra t1 til t3 i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen på indeks 1 (kjennskap til psykiske lidelser), indeks 6 (kunnskap om hjelpeapparatet generelt) og indeks 7 (kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet). Men mesteparten av forskjellene består ved t3 (10,0, 9,3 og 10,6 prosentpoeng for henholdsvis indeks 1, 6 og 7), og forskjellene på det tidspunktet er fremdeles klart signifikante (p -verdi på 0,000, 0,007 og 0,012 for henholdsvis indeks 1, 6 og 7).

På indeks 2 (generell kunnskap om psykisk helse), indeks 3 (kunnskap om ulike diagnoser ytringsformer) og indeks 4 (evne til kopling av symptomer til diagnose) er det små og ikke signifikante forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen mht endring fra t1 til t3. Forskjeller ved t1 holder seg stort sett fram til t3 på indeks 2 og 3, mens den øker noe på indeks 4.

På indeks 5 (tillit til behandlingsapparatet) har intervensjonsgruppen klar og signifikant framgang fra t1 til t3, mens kontrollgruppen har en motsatt tendens.

Tabell 3. Elever som har svart både ved t1 og t3: Gjennomsnittsskårer ved t1 regnet som prosent av maksskårer. Endringer fra t1 til t3. Forskjeller i endring mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Standardfeil i parentes.

Indekser	Intervensjonsgruppe			Kontrollgruppe			Forskjeller i endring
	Gjennomsnittlig % av maksscore ved t-1	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre t1-t3	N	Gjennomsnittlig % av maksscore ved t-1	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre t1 - t3	N	
1. Kjennskap til psykiske lidelser	50,4	0,0 (0,8)	325	35,6	4,8 (0,7)	322	-4,8*** (1,1)
2. Generell kunnskap om psykisk helse	71,2	3,2 (1,2)	246	62,6	4,6 (1,5)	191	-1,4 (1,9)
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	61,2	-0,1 (1,1)	361	58,0	0,5 (1,2)	332	0,6 (1,6)
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	33,9	-4,3 (1,4)	311	29,0	-7,9 (1,4)	306	3,6 (2,0)
5. Tillit til behandlingsmetoder	75,0	7,7 (2,2)	365	88,5	-2,1 (2,2)	330	9,8*** (3,1)
6. Kunnskap om hjelpapparatet innen psykisk helse generelt	39,7	-4,7 (1,0)	308	26,2	-0,5 (1,2)	293	-4,2** (1,6)
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse	55,4	-4,1 (1,0)	354	40,8	-0,1 (1,1)	329	-4,0** (1,5)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,001$

Tabell 4 utdyper tabell 3 ved å vise endringer fram til t2, altså i første halvdel av perioden fram til t3. Sammenholder man høyrekolonnene i de to tabellene, ser man at det meste av forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppe ved t3 mht endring var tilstede allerede ved t2.

Tabell 4. Elever som har svart både ved t1 og t2: Endringer i gjennomsnittsskårer regnet som prosent av maksskårer. Forskjeller i endring mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Standardfeil i parentes.

Indekser	Intervensjonsgruppe			Kontrollgruppe			Forskjeller i endring
	Gjennomsnittlig % av maksscore ved t-1	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre t1-t2	N	Gjennomsnittlig % av maksscore ved t-1	Gjennomsnittlig endring i % av maksskåre t1 – t2	N	
1. Kjennskap til psykiske lidelser	50,4	-6,0 (0,7)	365	35,6	2,2 (0,7)	389	-3,8*** (1,1)
2. Generell kunnskap om psykisk helse	71,2	3,2 (1,1)	287	62,6	7,0 (1,3)	232	-3,8* (1,7)
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	61,2	0,5 (0,9)	458	58,0	0,0 (1,1)	404	0,5 (1,4)
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	33,9	-6,9 (1,2)	395	29,0	-8,7 (1,3)	367	2,2 (1,8)
5. Tillit til behandlingsmetoder	75,0	8,2 (1,9)	466	88,5	0,7 (2,1)	399	7,5** (2,8)
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt	39,7	-4,5 (0,9)	408	26,2	0,6 (1,1)	366	-5,1*** (1,4)
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse	55,4	-6,1 (0,9)	445	40,8	1,1 (1,1)	398	-7,2*** (1,4)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,001$

For ytterligere å kontrollere for ulikheter mellom utvalgene på ulike tidspunkter, gjorde vi tre tilleggsanalyser der vi tok hensyn til betydelige bortfall ved enkelte skoler (jfr. avsnitt ovenfor om frafall):

Ved Strømmen videregående skole (SVS) var det mange elever som deltok på tidspunkt t2 og t3 som ikke deltok på tidspunkt t1. Vi gjorde en analyse der de som kom til først på tidspunkt t2 (og t3) ble holdt utenfor. Gjennomsnittlige skårer i intervensjonsgruppen på indeksene 1-7 på tidspunkt t2 og t3 gikk da ned med i størrelsesorden 1 prosentenheter. Det er så lite at det ikke endrer på noen av mønstrene i figur 2a-g.

Når vi holder utenfor klasser ved Stabekk videregående skole som ved t3 ikke rakk å fylle ut spørreskjemaet innen svarfristen, går gjennomsnittlige skårer i intervensjonsgruppen på indeksene 1-7 på tidspunkt t1 og t2 opp med i størrelsesorden 1 prosentenheter. Også det er så lite at det ikke endrer på noen av mønstrene i figur 2a-g.

Når vi holder utenfor klasser ved Thor Heyerdahl videregående skole som ved t2 ikke rakk å fylle ut spørreskjemaet innen svarfristen, endres gjennomsnittlige skårer i intervensjonsgruppen på indeksene 1-7 på tidspunkt t1 og t3 svært lite.

Figurene 2a-g viser utviklingen i hele materialet fra t0 til t3. Elevene som inngår i materialet på disse to tidspunktene er bare delvis de samme. Med dette forbeholdet har vi sett på forskjellen mellom intervensjons og kontrollgruppen med hensyn til utvikling fra t0 til t3. Vi finner signifikant endring i forhold til kontrollgruppen på 5 av de 7 indeksene. Det gjelder indeks 2 "generell kunnskap om psykisk helse", Cohens $d = 0,41$ (p -verdi = 0,011), indeks 3 "kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer", $d = 0,42$ ($p = 0,012$), indeks 4 "evne til kopling av symptomer til diagnoser", $d = 0,53$ ($p < 0,001$), indeks 6 "kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt", $d = 0,38$ ($p = 0,006$), og indeks 7 "kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse", $d = 0,39$ ($p = 0,001$). Vi fant i tillegg en effekt på $d = 0,31$ ved indeks 1 "kjennskap til psykiske lidelser", men denne endringen er ikke signifikant ($p = 0,513$).

Diskusjon

For syv indekser sett under ett er bildet av effekter fra direkte etter til 12 måneder etter blandet. Et visst mønster kan imidlertid anes, både når en ser på hele materialet slik det er

framstilt i figur 2 og når en ser på endringer bare blant elever som har svart både ved t1 og t3 (tabell 3). Skårer på indeksene 1-4, som alle gjelder generell kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, holder seg godt fra t1 til t3 i intervensjonsgruppen, og på disse fire indeksene vedvarer også mesteparten av forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppen observert ved t1. I en viss kontrast til dette står kunnskap om hjelpeapparatet, som i følge indeksen 6 og 7 går betydelig ned allerede fra t1 til t2 i intervensjonsgruppen uten at det samme er tilfellet i kontrollgruppen. Skårene ved t3 på indeks 6 og 7 er svært lite forskjellig fra skårene før intervensjon i gruppe 1.

Ovennevnte mønster står seg når det kontrolleres for helt manglende utfylling av spørreskjemaet i noen klasser ved enkelte skoler på enkelte tidspunkter. Frafall i form av utilstrekkelig utfylling av skjema øker fra t1 til t3 i både intervensjons- og kontrollgruppen. Vi har ingen holdepunkter for å anta at dette frafallet skaper systematiske skjevheter ved sammenlikninger mellom gruppene.

En forklaring på mønsteret i resultatene kan være at for majoriteten av elever, som selv ikke har psykiske problemer, er generell kunnskap om lidelsenes karakter mer interessant enn praktisk informasjon om hjelpeapparatet. Det kan også spille en rolle at intervensjonen fokuserer mer på det å etablere en lav terskel for å dele problemene med noen, enn på det å søke profesjonell hjelp. Funnet taler for at det kan være nødvendig å følge opp VIP-intervensjonen med permanent lett tilgjengelig informasjon om hvor man kan henvende seg hvis man opplever psykiske problemer. Man kan for eksempel tenke seg permanente oppslag om dette på tavler på skolen og på skoletilknyttede nettsteder.

Det er en viss likhet i formen på kurvene over tid for de ulike indeksene. Fra t0 til t1 gjør de et relativt stort sprang i positiv retning, deretter faller de en del fra t1 til t2, for så å stige igjen fram til t3. Dette er et ikke uvanlig mønster i læring over tid. I internasjonale studier er det omtalt som "sleeper effects" (Tennant, Goens, Barlow, Day & Stewart-Brown, 2007).

På indeks 5, tillit til behandlingsapparatet er det en paradoksal *framgang* fra t1 til t3 i intervensjonsgruppen. Det meste av denne kommer mellom t1 og t2 (figur 2e og tabell 4). Tilsvarende framgang finner ikke sted i kontrollgruppen. En mulig forklaring kan være at målingen på indeks 5 ved t1 var feil, i og med at det ved t1 ble målt klart lavere tillit i intervensjonsgruppen enn før intervensjon (figur 2e), noe det var liten grunn til å forvente. En eventuell feilmåling kan f.eks. skyldes skjevhet skapt av tilfeldig variasjon i elevenes respons. Dette kan igjen ha sammenheng med at indeks 5 bare har to ledd. Men det er også mulig at intervensjonens betydning for tillit er sammensatt, slik at den reelt har hatt en paradoksal effekt på tillit på kort sikt som fortar seg på litt lengre sikt.

Som nevnt foran er det høyere andel med mer enn fire års universitetsutdanning blant foreldrene i intervensjonsgruppen, og flere som er født et annet sted enn i Norge. Hvis effekten av intervensjon er større blant elever med slik bakgrunn enn blant elever med annen bakgrunn, vil observerte forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i denne undersøkelsen gi et overdrevet bilde av intervensjonens effekt generelt. Imidlertid viser analyser av bakgrunns materialet ikke slike gruppeforskjeller mht effekt (Andersen & Nord, 2010).

Hensikten med å sammenlikne intervensjonsgruppen med en kontrollgruppe var å isolere effekten av intervensjonen fra mulige effekter av andre, samtidige stimuli som elevene kunne

være utsatt for. For dette formål skulle fordeling av elever til de to gruppene fortrinnsvis ha skjedd ved loddtrekning, slik at det ikke kunne bli systematiske forskjeller mellom de to gruppene (forskjeller utover det som kan opptre ved tilfeldighet). Slik randomisering var ikke praktisk mulig i denne undersøkelsen. Vi har i ettertid ingen informasjon om mulige systematiske forskjeller mellom intervensjons- og kontrollgruppen mht alminnelig eksponering for informasjon om spørsmål knyttet til psykisk helse i undersøkelsesperioden.

Til vurdering av effektene etter 6 og 12 måneder finnes det så langt vi vet ingen gode sammenlikningsgrunnlag i undersøkelser fra Norge. Om vi ser til i forhold til målingene direkte etter intervensjon ved ”Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?”, ”STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no” (Andersson, Kaspersen, Bungum, Bjørngaard & Buland, 2010) og ”Alle har en psykisk helse: Effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet.” (Arnesen, Breivik & Johnsen, 2005; Tobiassen, Magnus & Sletli Gundersen, 2006; Wang, Skre & Lindekleiv Magnus, 2008), ligger effektstørrelsene mellom 0,01 og 0,3.

I internasjonale undersøkelser, herunder både longitudinelle studier (Spence, Sheffield & Donovan, 2005) og kunnskapsoppsummeringer om universelle forebyggende intervensjoner innen depresjon og psykisk helse, varierer de aktuelle sammenliknbare effektstørrelsene mellom 0,26 til 0,57. En nærmere presentasjon av alle studiene er presentert annensteds (Andersen, Johansen og Nord, 2010). Det er et begrenset antall studier som har målinger etter 6 og 12 måneder (Spence et al., 2005; Tennant et al.; 2007). De studiene som har et longitudinelt design har imidlertid gjort funn som er i tråd med det vi har funnet og utviklingsmønsteret er grovt sett det samme. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til resultatene både på grunn av design og frafall, men også fordi effekten er en artefakt i en del av

programmene som var målrettede programmer for å redusere angst hos pasienter med slik frykt (Spence et al., 2005). Sett i forhold til funnene i disse studiene synes effekten av VIP å være fra over gjennomsnittet til god.

I en studie av 156 meta-analyser av psykologisk, psykoedukativ og atferdsmessig behandling har man funnet en gjennomsnittlig effekt på $d = 0,47$. For å sette effektmålene i et enda større perspektiv har man i samme studie funnet at de gjennomsnittlige effektene i et utvalg somatisk behandling slik som bypass-kirurgi, kjemoterapi (cellegift) ved behandling av kreft og ulik medikamentell behandling også lå under $d = 0,50$ (Tennant et al., 2007).

Konklusjon

Vi har tidligere funnet moderate til sterke, positive virkninger av VIP-intervensjonen på helt kort sikt på kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse, evne til kopling av symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpeapparatet generelt og kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet. Virkningen var størst på de to sistnevnte variablene, med effektstørrelser på henholdsvis 0,88 og 0,74 (Cohens d). I denne studien har vi bidratt til å belyse en hypotese om at økning i kunnskap observert rett etter intervensjonen raskt går i glemmeboka. Vi har gjort dette ved å se i hvilken grad de umiddelbare læringseffektene holdt seg fram til 12 måneder etter intervensjonens gjennomføring. Dette synes i betydelig grad å være tilfellet for elevers alminnelige kunnskaper om problemer knyttet til psykisk helse. På den annen side kan det se ut som om en betydelig del av effekten på kort sikt på kunnskaper om hvor hjelpen er å finne hvis behovet melder seg, går tapt i løpet av et års tid. Det taler for at det kan være nødvendig å følge opp VIP-intervensjonen med permanent lett tilgjengelig informasjon om hvor man kan henvende seg hvis man opplever psykiske problemer.

Referanser

- Andersen, B.J. (2010). *Bakgrunnsdokumenter for forskningsprosjekt om VIP*. Lastet ned den 18.10.2010 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15.4678:1:0:0:::0:0
- Andersen, B.J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi*, 1, 23-32.
- Andersen, B.J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 1, 15-22.
- Andersson, H.W., Kaspersen, S.L., Bungum, B., Bjørngaard, J.H. & Buland, T. (2010). *Psykisk helse i skolen . Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no*. (SINTEF A14919 Rapport). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Arnesen, Y., Breivik, C. & Johnsen, L.I. (2005). *Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrimnet: første del*. Notat. Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.
- Aronen, E.T. & Arajärvi, T. (2000). Effects of Early Intervention on Psychiatric Symptoms of Young Adults in Low-Risk and High-Risk Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 223-232.

Aune, T. & Stiles, T.C. (2009). Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 867–879.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2. utg.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Durlak, J.A. (2009). How to select, calculate, and interpret effect sizes. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 917-928.

Ertesvåg, S.K. & Vaaland, G.S. (2007). Prevention and reduction of behavioral problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educational Psychology*, 27, 713-36.

Feldman, M.A. (red.). (2004). *Early intervention: The essential readings*. Malden: Blackwell Publishing.

Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Heyerdahl, S. (2003). SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt I UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 1, 127-135.

Holsen, I., Smith, B.H. & Frey, K.S. (2008). Outcomes of the social competence program Second Step in Norwegian elementary schools. *School Psychology International*, 29, 71-88.

Johansson Helland, M. & Schjeldrup Mathiesen, K. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse* (Fhi-rapport nr. 1). Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Jørgensen, P., Larsen, T.K. & Rosenbaum, B. (2000). *Tidlig indsats ved skizofreni – Utvikling og behandling*. København: Fadl's Forlag.

Kupfer, D.J., Frank, E. & Perel, J.M. (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 771-5.

Mentore, J.L. (2000). The effectiveness of early intervention with young children "at risk": A decade in review. *Journal: Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 7-B.

Olweus, D. & Limber, S.P. (2010). Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1, 124-134.

Roland, E., Bru, E., Midthassel, U.V. & Vaaland, G.S. (2010). The Zero program against bullying: Effects of the programme in the context of the Norwegian manifesto against bullying. *Social Psychology of Education*, 13, 41-55.

Rødje, K., Clench-Aas, J., Van Roy, B., Holmboe, O. & Müller, A.M. (2004). *Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – Ungdomsrapport* (Rapport nr. 2). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Schjeldrup Mathiesen, K., Kjeldsen, Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid*. (Fhi-rapport nr. 5). Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Sosial- og helsedepartementet . (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo: avgitt av ekspertgruppe til Sosial- og helsedepartementet, januar 2000.

Spence, S.H., Sheffield, J.K. & Donovan, C.L. (2005). Long-Term Outcome of a School-Based, Universal Approach to Prevention of Depression in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 160–167.

Sørli, M.A. & Ogden, T. (2007). Immediate impacts of PALS: A school-wide multi-level program targeting behavior problems in elementary school. *Scandinavian Journal of Educational Research, 51*, 471-92.

Tennant, R., Goens, C., Barlow, J., Day, C. & Stewart-Brown, S. (2007). A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *Journal of Public Mental Health, 1*, 25-32.

Tobiassen, A.G., Magnus, R.E. & Sletli Gundersen, L. (2006). *Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinn, 2. del, Self-efficacy og mestring*. Notat. Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.

Vangsnes Lien, M., Tvedt, A.G. & Hansen, E. *Diverse grunnlagsdokumenter om VIP*.

Lastet ned 05.01.2010 fra <http://www.vipweb.no>

Wang, C.E., Skre, I. & Lindekleiv Magnus, R.E. (2008). *Alle har en psykisk helse. Oppsummering etter en treårig effektevaluering gjennomført av Institutt for psykologi ved Universitetet I Tromsø*. Notat. Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.

Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse

Bror Just Andersen^{1,2}, Rune Johansen¹ og Erik Nord¹

1) Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse

2) Vestre Viken HF, Bærum DPS

Korrespondanse: bror.just.andersen@vestreviken.no

SAMMENDRAG

Det primærforebyggende programmet "VIP" – Veiledning og Informasjon om Psykisk helse – gjennomføres overfor elever i første klasse i videregående skoler. VIPs mål er å fremme psykisk helse ved å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykiske helse, å forbedre de unges evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser og å senke terskelen for å søke hjelp. Vi evaluerer VIP ved å sammenlikne elever i et utvalg av skoler i Akershus der intervensjonen ble gjennomført (intervensjonsgruppe), med elever i et utvalg av skoler i Vestfold som ikke fikk intervensjonen (kontrollgruppe). Vi har tidligere funnet at programmet på helt kort sikt har effekter både på generelle kunnskaper om psykisk helse og på kunnskaper om hjelpeapparatet. I denne artikkelen har vi vist at det etter 6 og 12 måneder synes å være en liten effekt på hjelpsøking. Innvirkningen på dagliglivet blant de som faktisk har problemer er positiv (12% bedre utvikling etter 12 måneder) men ikke statistisk signifikant. Derimot har vi funnet statistisk signifikante effekter på totalskåren i SDQ-Nor (Cohens $d = 0,15$), problemnivå med jevnaldrende ($d = 0,31$) og angst etter 12 måneder ($d = 0,37$). Vi finner dette bemerkelsesverdiggitt VIP-intervensjonens moderate omfang og den store sammenhengen som VIP-programmet forekommer i. Effektene er ikke veldig store, men selv moderate eller små bidrag til økt kunnskap og bedre mestring gjennom VIP-programmet vil være forsvarlig hvis det oppnås med tilsvarende lave kostnader. En nærmere analyse av programmets kostnader vil således være av interesse.

INNLEDNING

Mellom 15 og 20% av alle ungdommer i Norge har psykiske problemer som går ut over deres fungerings-evne (1-3). Det er evidens for at tidlig hjelp vil kunne gi unge med psykiske lidelser bedre muligheter og minske sjansen for gjentatte, alvorlige sykdomsperioder (4-8). Samtidig er det rimelig å anta at mer kunnskap blant de unge om psykiske lidelser øker sjansene for at tidlig hjelp vil bli søkt.

En rekke primærstudier og forskningsoppsommeringer internasjonalt dokumenterer effekter av forebyggende intervensjoner på området psykisk helse. De positive funnene, både for befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot høyrisikogrupper, gjelder områder som angst, depresjon, selvmord, atferdsproblemer og mobbing. De er hovedsakelig knyttet til endring av kunnskap, oppmerksomhet, holdninger/stigma og atferd (9-30). Nasjonalt er det imidlertid få studier av god kvalitet på dette området. En studie omhandler angst mens de andre i hovedsak retter seg mot atferdsproblematikk (31-36).

Det primærforebyggende programmet "VIP" – Veiledning og Informasjon om Psykisk helse – ble startet etter initiativ fra brukerrådet på Blakstad sykehus i 1999. Det utøves overfor elever i første klasse i videregående skoler og hadde per januar 2009 56% dekning blant slike skoler i Norge (37). Blant de primære målene finner vi:

1. Å øke elevenes kunnskapsgrunnlag om psykisk helse og på den måten gjøre elevene bedre i stand til å ta vare på sin egen psykiske helse.
2. Å forbedre de unges evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser.
3. Å senke terskelen for å søke hjelp.

Intervensjonen består av muntlig og skriftlig informasjon til både lærere og elever, for de sistnevnte vedkommende bl.a. i form av 3-5 skoletimer der det arbeides med et veilednings- og oppgavehefte. Heftet dreier seg om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Elevene lærer om hva som regnes som psykiske problemer og lidelser. For nærmere opplysninger, se (58) og intervensjonens nettside (37).

Vi evaluerer VIP med hensyn til effekter på de tre ovennevnte resultatmålene og psykisk helse ved å sammenlikne elever i et utvalg av skoler der intervensjonen ble gjennomført (intervensjonsgruppe), med elever i et utvalg av skoler som ikke fikk intervensjonen før etter forskningsprosjektets avslutning (kontrollgruppe).

Kunnskaps- og holdningsendringer fra umiddelbart før (tidspunkt t0) til 2-3 uker etter intervensjon (tidspunkt t1) er rapportert i en annen artikkel i dette temanummeret (58). Der er også metoder mer detaljert rapportert enn i det følgende. Vi fant moderat til sterke, positive virkninger på kjennskap til psykiske lidelser, generell kunnskap om psykisk helse, evne til kopling av symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpeapparatet

	t 0		t 1	t 2: 6 mnd	t 3: 12 mnd	t 4: 24 mnd
Gruppe 1	Pretest	Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 2	Pretest		Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 3		Intervensjon	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4
Gruppe 4			Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest 4

Figur 1. Prosjektets forskningsdesign.

generelt og kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet.

I denne artikkelen estimerer vi virkninger av intervensjonen på oppmerksomhet på problemer blant venner og klassekamerater, uttrykte holdninger til og faktisk atferd hvis problemer forekommer og symptomforekomst ett år etter intervensjonen. Vi antar at intervensjonen kan gi umiddelbare effekter på oppmerksomhet på problemer og på uttrykte holdninger, men at effekter på hjelpesøkeradferd i beste fall kan observeres etter 6 måneder og effekter på symptomnivå i beste fall kan observeres etter 12 måneder. Disse hypotesene spesifiseres på konkrete variable etter redegjørelsen for disse nedenfor.

MATERIALE OG METODER

Utvalg

Intervensjonen ble i 2007 gjennomført bl.a. i Akershus, og intervensjonsgruppen er valgt derfra. Kontrollgruppen ble valgt ut blant matchede skoler i Vestfold, som fikk intervensjonen først senere. Vi viser til tabell 1, to første linjer og til nærmere opplysninger i (58). Ved t0 var det 710 elever i intervensjonsgruppen og 194 elever i kontrollgruppen. Ved t1 kom det til ytterligere 170 i intervensjonsgruppen og 618 i kontrollgruppen, jfr. linjen 'inkluderte elever' i tabell 1.

Målinger i både test- og kontrollgruppe direkte etter ble gjennomført i perioden 26.02-30.3.07, ved 6 måneder etter intervensjon i perioden 15.09.-15.10.07, og etter 12 måneder i perioden 25.01-31.03.08.

Datainnsamling

Data ble samlet inn via spørreskjema, se innhold i dette nedenfor. På hvert av tidspunktene fra t0 til t4 ble utfylling av spørreskjemaene gjennomført i en skoletime, se (58).

Ved t0 ble klasser både i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen randomisert til to undergrupper. Den ene fikk spørreskjema like før intervensjonstidspunktet (t0) og umiddelbart etterpå (t1), mens den andre gruppen ikke fikk spørreskjema før intervensjonstidspunktet. Deretter har alle gruppene fått spørreskjema etter 6, 12 og 24 måneder. Det vises til figur 1 og (58).

Spørsmål

For problemstillingene i denne artikkelen brukte vi følgende spørsmål i spørreskjemaet (for andre spørsmål, se (58)):

'Kjennskap til andres problem': Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer? (Svaralternativer: Nei / én / flere).

'Antatt håndtering av andres eventuelle problem': Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva ville du da gjøre? (Ingenting / snakke med vedkommende / snakke med lærer / rådgiver / helsesøster / familie / hjelpeinstans / søke på internett).

'Antatt håndtering hvis problem selv': Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet? (Håpe at det skulle gå over av seg selv / snakke med psykolog / lærer / skolehelsetjenesten / familie / venn eller kjæreste / fastlege eller annen lege).

'Kontakt med spesialisthelsetjenesten': Har du vært eller er du i kontakt med (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk / psykiatrisk ungdomsteam / psykiatrisk akutt-team). Svaralternativer: Ja eller nei.

'Selvrapporteringskjema fra SDQ-Nor (38-39), som inneholder 25 ulike påstander om de siste 6 månedene. Spørreskjemaet er en screening av den psykiske helse gjennom egenrapportering og er utviklet i England av Robert Goodman. Måleinstrumentets psykomriske egenskaper har vært gjenstand for studier både i forhold til andre undersøkelser om nivå av psykiske problemer og i forhold til kliniske vurderinger slik som CBCL (38-49).

Spørreskjemaets 25 påstander kan besvares med "Stemmer ikke", "Stemmer delvis" eller "Stemmer helt". Påstandene skåres med 0, 1 og 2 og danner én totalskåre (bestående av 20 ledd, skåring 0-40) og fem delskårer som omhandler emosjonelle problemer, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og prososial atferd. De fire første delskårene går fra 0-10 og danner til sammen totalskåren, mens den femte delskåren omhandler atferd for å hjelpe eller ta vare på andre og skåres 0-10.

For å danne et mer dekkende bilde av problemene har vi inkludert innvirkningsskåren i spørreskjemaet (bestående av 5 ledd, skåring 0-10). Den omfatter respondentens opplevelse av problemenes innvirkning på livssituasjon. Høyere gjennomsnittsskåre betyr i alle skalaene dårligere psykisk helse. Skåringen danner grunnlag for en gruppering der vi deler utvalget inn i "Normalskåre", "Gråone" (dvs. de vi klassifiserer som å ha psykiske problemer uten å være behandlingstrengende) og "Avvikende" (dvs. de som har psykiske problemer og er behandlingstrengende). Cut-off i de enkelte skalaene er gjort i henhold til standardene som er satt opp av Robert Goodman (38).

Vi benytter *SDQ-Nor totalskåre*, delskalaen *Problemer med jevnaldrende*, og *Angstsymptomer*, som består av 5 ledd hentet fra TOPP-studien (50). Eksempel: Jeg er engstelig i sosiale situasjoner fordi jeg er redd for andre mennesker. Skåre 0-10. Vi benytter *SDQ-Nor totalskåre*, *Problemer med jevnaldrende*, *Emosjonelle vansker* og *Innvirkningsskåren*.

Innvirkningsskåren i SDQ-Nor omfatter:

Samlet egenvurdering i SDQ-Nor: Synes du at du har vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller å komme overens med andre? (Nei / ja, små vansker / ja, tydelige vansker / ja, alvorlige vansker.)

'Innvirkning generelt': Forstyrrer eller plager vanskene deg? (Nei / bare litt / en god del / mye), og

'Spesifikk innvirkning': Virker disse vanskene inn på livet ditt: i hjem, familie? i forhold til venner? i læring på skolen? i fritidsaktiviteter? (Nei / bare litt / en god del / mye).

Elever som ved den samlede egenvurderingen i SDQ-Nor svarte at de hadde vansker (små eller store), ble også bedt om å svare på følgende:

'Hjelp fra andre': Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg? (Klassekamerater / andre venner / lærer / helsesøster / nei, ingen av disse).

'Faktisk håndtering av eget problem': Hva har du selv gjort med problemet? (Samme svaralternativer som ved "antatt håndtering hvis problem selv").

I tillegg bruker vi svar på spørsmål i spørreskjemaet om personlige kjennetegn (kjønn, alder, familiebakgrunn mm).

Spesifikke hypoteser

Vi antar at det på tidspunkt t1, dvs. kort tid etter intervensjonen, kan være effekter på følgende variable: Kjennskap til andres problem, antatt håndtering av andres eventuelle problem og antatt håndtering av eget eventuelt problem.

På tidspunkt t2 (6 måneder) og t3 (12 måneder) kan det – blant de som rapporterer om problemer selv på SDQ-Nor – tenkes å være effekter på følgende variable: Hjelp fra andre, faktisk selvhjelp og kontakt med hjelpeapparatet.

På tidspunkt t3 kan det tenkes å være effekter på følgende variable: SDQ-Nor-skalaer, angstsymptomer og innvirkningsskåren i SDQ-Nor.

Databehandling

På de to spørsmålene om håndtering av andres og eget problem har vi i samråd med professor i psykologi Arne Holte, professor i psykiatri Odd Steffen Dalgard og forskningssjef ved divisjon for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet, dr. psychol. Kristian Tams kommet frem til 'beste svar', dvs. hva som er mest ønsket atferd. For håndtering av andres problem var dette svaralternativ 2, "Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå å søke hjelp", eller svaralternativ 5, "Snakke med helsesøster". For håndtering av eget problem var det flere mulige 'beste svar', nemlig

"Snakket med lærer", "Tatt kontakt med skolehelse-tjenesten", "Snakket med noen i familien", "Snakket med en venn eller kjæresten" eller "Tatt kontakt med fastlegen eller annen lege".

Hver SDQ-Nor skala ble delt i normalsone, gråsone (plaget, men ikke behandlingstrengende) og avvikssone (plaget og behandlingstrengende) etter gjeldende retningslinjer for instrumentet (38).

Innvirkning generelt og spesielt er slått sammen til én indeks. Innvirkningsskåren består av 5 ledd, med svaralternativene "ikke i det hele tatt", "bare litt", "en god del" og "mye", hver påstand skåres henholdsvis 0, 0, 1, 2 (skåring 0-10).

Vi beregner prosentvise fordelinger i intervensjons- og kontrollgruppen på ulike tidspunkter på de ulike variablene. På SDQ skalaer beregner vi dessuten gjennomsnittsskåre i de to gruppene.

I analysene av det foreliggende datamaterialet har vi benyttet SPSS 14.0. For SDQ-Nor har vi benyttet nedlastet syntaks for tolkning, oppsett og analyser i henhold til internasjonale standarder (38).

Vi har gjort t-tester for signifikans på gjennomsnitt ved enkeltspørsmål og indekser, og deretter på samme måte benyttet General Linear Modell for å teste endringer over de to måletidspunktene, uten at dette har gitt oss en vesentlig merinformasjon annen enn den som her er presentert. I tabellene er signifikante funn merket med én, to eller tre stjerner (*) for henholdsvis $p < 0,05$, $p < 0,01$ og $p < 0,001$.

Effektstørrelser er angitt både i absolutte tall og som forskjeller mellom gjennomsnitt delt på standardavviket i utvalgene, (Cohens d, jfr. 51,52). Vurderingene av effekter er i henhold til de generelle internasjonale retningslinjer, der 0,2 defineres som en markant men liten effekt, 0,5 som middels effekt og 0,8 som en stor effekt (51-53).

Frafall og kjennetegn ved respondentene

Blant de inkluderte skjedde det en del frafall. I intervensjonsgruppen var ca halvparten av elevene ved Strømmen videregående skole, som er en yrkesfaglig skole, fraværende ved t0 og t1 fordi de var ute i praksis. Disse deltok seinere på t2 og t3. På tidspunkt t2 fikk noen klasser ved Thor Heyerdahl videregående skole (i kontrollgruppen) ikke fylt ut spørreskjemaet innen oppsatt tidsfrist. Ved t3 var det samme tilfellet ved Stabekk videregående skole (i intervensjonsgruppen). Ved alle skolene var i tillegg en del innleverte skjemaer utilfredsstillende utfylt. Skjemaer hvor opplysning om elevens kjønn manglet, eller hvor minst halvparten av alle enkeltspørsmål i skjemaet var ubesvart, ble ekskludert fra analysene.

Frafall og deltakelse er oppsummert i tabell 1. Det framgår at responsraten for intervensjonsgruppen alt i alt var 89% ved t2 og 74,3% t3. For kontrollgruppen var responsratene henholdsvis 71,4% og 70,6%.

Tabell 2 viser personlige kjennetegn i intervensjons- og kontrollgruppe ved t2. Det er ikke vesentlige for-

Tabell 1. Antall elever i populasjoner og utvalg og antall svar på ulike tidspunkter.

	Akershus				Vestfold			
	t0	t1	t2	t3	t0	t1	t2	t3
Antall elever i første klasse i videregående skoler	7731				3464			
Trukket ut til evalueringsprosjektet	730	943			206	963		
Fylte ikke kriteriene for deltakelse	20	63	0		12	152	0	
Inkluderte elever	710	880	880	880	194	811	811	811
Frafall	143	230	97	226	46	93	232	238
Brukbare besvarelser	567	650	783	654	148	718	579	573
Responstrate i %	79,9	73,9	89	74,3	76,3	88,5	71,4	70,6

Tabell 2. Personlige kjennetegn ved t2.

	Intervensjon	Kontroll
	N = 729 (783)	N = 516 (579)
Gjennomsnittlig N for alle variabler (total N)		
Menn	52,2%	54,4%
Kvinner	47,8%	45,6%
Alder (i år)	17,15	17,14
Inntektsgivende arbeid ved siden av skole	50,8%	58,1%
Bosituasjon		
Bor sammen med både mamma og pappa	64,3%	61,5%
Bor sammen med kun en av foreldrene	16,2%	15,6%
Bor sammen med en av foreldrene med ny samboer	10,5%	9,2%
Bor i fosterhjem	0,9%	1,9%
Total inntekt for husstanden		
0-400' NOK	13,3%	15,1%
400-800' NOK	24,8%	32,8%
800' NOK og mer	28,2%	22,8%
Vet ikke	33,8%	29,4%
Gjennomsnittlig inntekt	686'	623'
Utdanningsnivå for mor		
Grunnskole	13,8%	10,7%
Videregående skole	28,4%	37,4%
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	29,4%	28,8%
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	28,2%	22,9%
Utdanningsnivå for far		
Grunnskole	14,6%	12,1%
Videregående skole	27,7%	39,0%
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	21,8%	24,7%
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	35,5%	24,2%
Fødeland		
Norge	92,7%	93,5%
Annet land	7,3%	6,3%
Fødeland, mor		
Norge	87,2%	90,8%
Annet land	12,8%	9,2%
Fødeland, far		
Norge	85,9%	92,6%
Annet land	14,1%	7,4%

skjeller når det gjelder kjønnssammensetning, alder, inntektsgivende arbeid eller bosituasjon. Det er heller ikke vesentlige forskjeller når det gjelder husstands-inntekt, men disse tallene er mer usikre ettersom 33,8 og 29,4% svarer "vet ikke". Det er noe høyere andel i intervensjonsgruppen av foreldre med mer enn fire års universitetsutdanning og av foreldre født et annet sted enn i Norge (se kommentar i diskusjonsdelen).

RESULTATER

Mulige virkninger på tidspunkt t1 (rett etter intervensjonen) er belyst i tabell 3. I både intervensjons- og kontrollgruppen var det flere ved t1 som sa de visste om andre som har psykiske problemer enn det var ved t0 (rett før intervensjon). Nedgangen i prosentandelen 'uvidende om andre med problemer' er større i kon-

Tabell 3. Prosentfordelinger av gruppe 1 (intervensjon) og gruppe 2 (kontroll) rett før og rett etter intervensjonen på variablene 'kjennskap til andres problem', 'antatt håndtering av andres eventuelle problem' og 'antatt håndtering av eget problem'.

Spørsmål /variabler	Intervensjonsgruppe 1		Kontrollgruppe 2		Endring	
	Før	Etter	Før	Etter	Gruppe 1	Gruppe 2
Kjennskap til andres problem						
1. Nei, ingen	50,5	43,1	54,9	42,2	-7,4	-12,7
2. Ja, én	28,1	31,2	26,1	38,3	3,1	12,2
3. Ja, flere	21,4	25,7	19,0	19,5	4,3	0,5
N	555	490	142	128		
Antatt håndtering av andres eventuelle problem						
1. Ville ikke gjort noen ting	6,9	9,3	14,5	11,8	2,4	-2,7
2. Snakket med og/eller tatt kontakt med familie	54,5	49,4	53	53,9	-5,1	0,9
3. Tatt kontakt med en profesjonell	38,6	41,3	32,5	34,3	2,7	1,8
N	454	427	117	102		
Antatt håndtering hvis problem selv						
1. Ingen ting	20,3	15,1	18,9	26,4	-5,2	7,5**
2. Tatt kontakt med venner eller familie	51,3	60,0	48,8	48,8	8,7	0,0
3. Tatt kontakt med en profesjonell	28,4	24,9	32,3	24,8	-3,5	-7,5
N	493	485	127	125		

trollgruppen enn i intervensjonsgruppen (12,7 vs. 7,4 prosentpoeng), men forskjellen er ikke signifikant. Det er ingen klare endringer i svarfordelinger på 'antatt håndtering av andres eventuelle problem', verken i intervensjons- eller kontrollgruppen. Derimot er det i intervensjonsgruppen en nedgang på 5,2 prosentpoeng i andelen som sier de ikke ville ha foretatt seg noe i tilfelle eget problem, mens det på samme svarkategori var en oppgang på 7,5 prosentpoeng i kontrollgruppen. Forskjellen i endring har en p-verdi på 0,007.

Tabell 4 dekker tidspunktene t1, t2 og t3. På hvert av disse tidspunktene omfatter tabellen bare de elevene som på vedkommende tidspunkt rapporterte at de i mer enn 1 måned hadde hatt vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker (samlet egenvurdering i SDQ-Nor). Tabellen viser fordelingene av personer i hhv gruppe 1+3 (intervensjon) og gruppe 2+4 (kontroll) på hvert av de tre tidspunktene på variablene 'hjelp fra andre', 'faktisk håndtering av eget problem' og 'kontakt med spesialisthelsetjenesten'. Det er i intervensjonsgruppen svært små forandringer fra t1 til t2 og t3 på alle variablene i tabellen. Det er gunstigere utvikling i intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen på variabelen 'faktisk håndtering av eget problem' men forskjellen er ikke signifikant.

Tabell 5 viser gjennomsnittsskårer, effekt og signifikans på variablene "totalskåre i SDQ-Nor", "problemer med jevnaldrende" og "angst" på tidspunktene t1 og t3. For å gjøre målinger av signifikansnivået er vi avhengig av at respondentene har svart på begge tidspunkt og N blir derfor en del lavere enn den totale N på hvert av tidspunktene. Det er en svak nedgang i totalskåren i intervensjonsgruppen og noe økning i kontrollgruppen. Forskjellen er signifikant på 0,01 nivå med en effektstørrelse på $d = 0,15$. I delskåren "problemer med jevnaldrende" finner vi samme mønsteret. Her er effektstørrelsen $d = 0,31$ med en p-verdi på

0,005. For angst går også skåren ned i intervensjonsgruppen og opp i kontrollgruppen. Forskjellen er statistisk signifikant, med p-verdi $< 0,001$, og effektstørrelse på $d = 0,37$. Intraklassekorrelasjonen ved SDQ-totalskåren er i GLM målt til 0,11 ved t1 og 0,06 ved t2 og t3. Funnene følger en klar simplex-struktur. Det vil si at t1 mot t2 og t2 mot t3 korrelerer høyere med hverandre enn t1 mot t3. At t2-t3 korrelerer høyere enn t1-t2, tyder på at det som måles konsolideres med alderen.

Tabell 6 viser fordelingene av gruppe 1+3 (intervensjon) og gruppe 2+4 (kontroll) på tidspunkt t1 og t3 på normal, grå og avvikende sone på fire skalaer i SDQ-Nor.

På totalskåre i SDQ-Nor er det svak oppgang i andelen i gråsonene og avvikende sone for både intervensjons- og kontrollgruppen, men ingen signifikant forskjell mellom disse (differansen er 1,1%).

På 'emosjonelle vansker' er det i intervensjonsgruppen noe nedgang i andelen i normalsonen, mens det er svært liten endring i kontrollgruppen (differansen er på 3,1%).

På 'problemer med jevnaldrende' er det i intervensjonsgruppen ingen endring, mens det i kontrollgruppen er en svak økning i gråsonene og avvikende sone (differansen er på 3,8%).

På variabelen "innvirkningsskåre" er det i intervensjonsgruppen en større nedgang i andelen i avvikende sone, mens det i kontrollgruppen er forskyvning fra gråsonene til avvikende sone. Forskjellen mellom utviklingene i de to gruppene i avvikende sone er 13,0%.

DISKUSJON

På tidspunkt t1 var det i intervensjonsgruppen en nedgang på 5,2 prosentpoeng i andelen som sa de ikke ville ha foretatt seg noe i tilfelle eget problem, mens det på samme svarkategori var en oppgang på 7,5 pro-

Tabell 4. Hjelp fra andre, faktisk selvhjelp og kontakt med psykiatrisk hjelpeapparat på tidspunktene t1-t3 blant elever som rapporterte om vansker. Prosent.

Spørsmål	Intervensjonsgruppe 1+3			Kontrollgruppe 2+4		
	t1, rett etter	t2, 6 mnd	t3, 12 mnd	t1, rett etter	t2, 6 mnd	t3, 12 mnd
Uppfordret hjelp fra andre						
1. Ingen	65,4	64,0	64,4	53,3	62,5	58,9
2. Venner og kjente	17,7	15,6	17,6	24,4	21,4	22,9
3. Lærer eller helsesøster	16,9	20,4	18,0	22,2	15,8	18,2
N	231	250	261	45	253	192
Faktisk håndtering av eget problem						
1. Ingen	34,2	34,7	32,5	30,3	34,5	36,9
2. Venner og kjente	46,8	42,6	41,4	51,5	41,9	34,2
3. Profesjonelt hjelpeapparat	18,9	22,7	26,0	18,2	23,6	28,8
N	190	216	169	33	203	111
Nåværende eller tidl kontakt med BUP						
1. Nei	81,3	80,8	79,6	79,9	77,3	80,3
2. Ja	18,7	19,2	20,4	20,1	22,7	19,7
N	208	214	181	198	154	117
Nåværende eller tidl kontakt med PUT						
1. Nei	94,7	96,7	93,9	98,5	94,8	92,3
2. Ja	5,3	3,3	6,1	1,5	5,2	7,7
N	206	213	181	197	154	117
Kontakt med Psyk Akutteam						
1. Nei	96,6	97,7	93,9	96,9	94,8	97,4
2. Ja	3,4	2,3	6,1	3,1	5,2	2,6
N	207	213	180	196	154	117

Tabell 5. Gjennomsnittsskårer på SDQ-Nor totalskåre, delskala for problemer med jevnaldrende og angst på tidspunkt t1 og t3 (kun de som har fylt ut på begge tidspunkter).

	Intervensjons- gruppe 1 + 3			Kontroll- gruppe 2+4		
	SD	N		SD	N	
SDQ-Nor totalskåre 0-40						
Rett etter intervensjonen	9,22	5,8	276	8,88	5,1	249
Etter 12 mnd	8,90	5,4	276	10,08	6,2	249
Forskjell i endring i prosent av skalaens lengde						
Effekt ved Cohens d	3,80%					
Signifikansnivå ved t-test	,015					
Problemer med jevnaldrende 0-10						
Rett etter intervensjonen	1,54	1,7	276	1,34	1,6	249
Etter 12 mnd	1,34	1,6	276	1,63	1,9	249
Forskjell i endring i prosent av skalaens lengde						
Effekt ved Cohens d	4,90%					
Signifikansnivå ved t-test	,031					
Angstskala 0-10						
Rett etter intervensjonen	1,27	1,8	269	1,01	1,5	240
Etter 12 mnd	0,94	1,5	269	1,36	2,0	240
Forskjell i endring i prosent av skalaens lengde						
Effekt ved Cohens d	6,80%					
Signifikansnivå ved t-test	,037					
Signifikansnivå ved t-test						
,001						

sentpoeng i kontrollgruppen. Dette er en indikasjon på at intervensjonen kan ha ført til en ønsket holdningsendring når det gjelder hjelpsøking. Funnet er signifikant, men effekten er ikke veldig sterk. Det er imidlertid vanskelig å si i hvilken grad personer i intervensjonsgruppen svarer slik de gjennom intervensjonen har forstått at de "bør" svare snarere enn å gjøre en realistisk vurdering.

Svarene på spørsmål om faktisk hjelpsøking blant de som etter 6 og 12 måneder rapporterte om vansker med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller det å komme overens med andre viser noe mer positiv utvikling for intervensjonsgruppen, men er ikke statistisk signifikant. På variabelen "kontakt med psykiatrisk ungdomsteam" økte andelen i kontrollgruppen med slik kontakt fra 1,5 til 7,7 prosent fra t1 til t3, mens den økte bare

Tabell 6. Fordeling av svar på normalzone, gråzone og avvikende zone for SDQ-Nor variablene "totalskåre", "emosjonelle vansker" og "problemer med jevnaldrende" og "innvirkning". Prosent.

Indekser	Intervensjonsgruppe 1 + 3				Kontrollgruppe 2 + 4			
	Normal (0-15)	Gråzone (16-19)	Avvikende (20-40)	<i>N</i>	Normal (0-15)	Gråzone (16-19)	Avvikende (20-40)	<i>N</i>
SDQ-Nor, totalskåre								
Rett etter intervensjonen	85,6	8,1	6,3	589	86,8	8,2	5,0	662
Etter 12 mnd	83,1	9,8	7,1	496	83,0	9,7	7,3	401
SDQ-Nor, emosjonelle vansker	Normal (0-5)	Gråzone (6)	Avvikende (7-10)	<i>N</i>	Normal (0-5)	Gråzone (6)	Avvikende (7-10)	<i>N</i>
Rett etter intervensjonen	88,1	5,2	6,7	629	87,7	4,0	8,3	708
Etter 12 mnd	84,7	6,5	8,8	537	87,4	4,9	7,7	426
SDQ-Nor, problemer med jevnaldrende	Normal (0-3)	Gråzone (4-5)	Avvikende (6-10)	<i>N</i>	Normal (0-3)	Gråzone (4-5)	Avvikende (6-10)	<i>N</i>
Rett etter intervensjonen	84,1	12,4	3,5	627	90,0	7,4	2,6	698
Etter 12 mnd	83,3	13,0	3,7	538	85,4	9,2	5,4	425
SDQ-Nor, innvirkningsskåre	Normal (0)	Gråzone (1)	Avvikende (2-10)	<i>N</i>	Normal (0)	Gråzone (1)	Avvikende (2-10)	<i>N</i>
Rett etter intervensjonen	39,5	13,2	47,3	220	40,5	19,5	40,0	215
Etter 12 mnd	44,8	15,5	39,7	181	41,2	13,4	45,4	119

fra 5,3 til 6,1 prosent i intervensjonsgruppen. Økningen er i overensstemmelse med tall fra andre undersøkelser (1-3) og tyder på at det er en normalutvikling i populasjonen ettersom respondentene i all hovedsak er blitt 18 år ved t3.

Fra tidspunkt t1 til t3 finner vi på den annen side signifikant gunstigere utvikling i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen mht totalskåre på SDQ-Nor, på skåre for "problemer med jevnaldrende" og angst. Effekttørrelsen for totalskåren er på $d = 0,15$, for problemer med jevnaldrende $d = 0,31$ og for angst $d = 0,37$. Selv om dette er små effekter, er de bemerkelsesverdige av flere grunner. VIP fokuserer først og fremst på kunnskapsoppbygning og dialog og er bare en liten brikke i det store spillet som bestemmer om og i hvilken grad skoleelever har psykiske plager og eventuelt søker hjelp for disse. Vi har heller ikke funnet nevneverdige effekter på endring av hjelpesøking til det profesjonelle hjelpeapparatet. Dette kan henge sammen med at en stor andel av respondentene i intervensjonsgruppen oppgir venner og familie som primærpart å henvende seg til ved problemer. Funnet av effekter på symptomnivå etter 12 måneder er likevel slående. En mulig forklaring kan være at VIP-intervensjonen kanskje fører til mer hensynfull og/eller inkluderende atferd overfor elever som synes å ha problemer, uten at dette fanges opp av spørsmålene i denne undersøkelsen. Dette vil i så fall stemme med at den relativt sett sterkeste effekten er på variabelen angst.

Elever ble rekruttert inn i studien klassevis. Slik "clustering" gir rom for tilfeldige utslag som de foretatte t-testene ikke fullt ut fanger opp, og p-verdiene i tabell 5 kan derfor gi et noe overdrevet bilde av signifikansnivået for det observerte effektene. På den annen side ligger de beregnede verdiene langt under den konvensjonelle grensen på 0,05.

Det er interessant å sammenlikne effektene av VIP-programmet med effekter av andre forebyggende tiltak av liknende karakter. Vi kjenner imidlertid ikke til direkte sammenliknbare undersøkelser i Norge. I intervensjon "Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no" (54) og "Alle har en psykisk helse: Effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet" (55-57), ligger effekttørrelsene mellom 0,01 og 0,3, men disse har kun målinger på endring av kunnskap, og store metodiske svakheter.

I "Det norske universelle forebyggende programmet for sosial angst" (31) fant man signifikante reduksjoner av angst. Programmet fokuserer imidlertid kun på reduksjon av angst, går over en lengre tidsperiode og har en mer altomfattende karakter. Det er betegnet som et universelt program, men har sekundærforebyggende innslag. Funnene peker likevel i samme retning som det vi har funnet.

En annen sammenlikningsmulighet er Olweus-programmet mot mobbing. Her finnes det mange studier, men de to studiene som presenterer de beste effektendringene er bygget på kvasiekperimentell metode med kohort design. I evalueringene av programmet blir effektene presentert i relative prosentsetninger på nedgang i mobbing og mobbere og ligger mellom 33 og 47% (32). Endringer i absolutte tall er mellom 3,1 og 6,5% med OR mellom 1,43 og 2,89 i positiv retning (23), dvs. omtrent som endringen vi finner på psykisk helse indikatorene.

I internasjonale undersøkelser, herunder både longitudinelle studier (10,12) og kunnskapsoppsummeringer om universelle forebyggende intervensjoner innen angst, depresjon og psykisk helse (9-27) varierer effekttørrelsene (Cohens d) fra -0,62 til 1,51. I de aktuelle sammenliknbare studiene er imidlertid variasjonen i

effektstørrelsene langt mindre og ligger mellom 0,26 til 0,57 (9,11,12,17,19,20,22,23,26,27).

Det er et begrenset antall studier som har målinger etter 6 og 12 måneder (9-27). De studiene som har longitudinelle design har gjort funn som er i tråd med det vi har funnet. Det er imidlertid knyttet en del usikkerhet til mange av disse resultatene på grunn av design og frafall, men også fordi effekten i en del av undersøkelsene er en artefakt av programmer som var målrettet for å redusere f.eks. angst hos angstpasienter (9,13,24).

Til slutt nevner vi at undersøkelsen har flere mulige feilkilder. Vi har nevnt muligheten av at noen elever, særlig i intervensjonsgruppen, på holdningsspørsmål svarer det de antar at spørsmålstillerne ønsker at de skal svare. En annen svakhet knytter seg til designet. Det er en styrke at utviklingen i intervensjonsgruppen sammenliknes med utviklingen i en skole- og klassemessig matchet kontrollgruppe. Men samtidig må det erkjennes at et slikt design kan være mindre godt enn et opplegg der alle elever er randomisert til den ene eller den andre gruppen. Det sistnevnte var ikke praktisk mulig, men det betyr at muligheter for systematiske forskjeller mellom de to gruppene, som kan ha hatt betydning for resultatene, ikke kan utelukkes.

Vi har tidligere undersøkt konsekvenser av helt manglende utfylling av spørreskjemaet i noen klasser ved enkelte skoler på enkelte tidspunkter. Vi fant at resultater sto seg når vi kontrollerte for dette (58). Frafall i form av utilstrekkelig utfylling av skjema øker fra t1 til t3 i både intervensjons- og kontrollgruppen. Vi har ingen holdepunkter for å anta at dette frafallet skaper systematiske skjevheter ved sammenlikninger mellom gruppene.

Som nevnt var det i intervensjonsgruppen en høyere andel av foreldre med mer enn fire års universitetsutdanning og av foreldre født et annet sted enn i Norge (se kommentar i diskusjonsdelen). På tidspunkt t1 fant vi ikke vesentlige forskjeller mellom foreldreutdanningsgrupper mht effekter (58). I bakgrunnsanalyser finner vi heller ikke på tidspunkt t2 slike subgruppe-

forskjeller, og heller ikke hvis vi skiller på foreldres fødested.

KONKLUSJON

Målet for VIP-programmet er å fremme elevers psykiske helse ved å øke deres kunnskaper om psykisk helse, forbedre deres evne til gjenkjenning av signaler på psykiske lidelser hos seg selv og andre og å senke terskelen for å hjelpe andre og for selv å søke hjelp. Vi har tidligere funnet at programmet på helt kort sikt har effekter både på generelle kunnskaper om psykisk helse og på kunnskaper om hjelpeapparatet (58).

I denne artikkelen har vi vist at det etter 6 og 12 måneder synes å være en liten effekt på hjelpsøking. Innvirkningen på dagliglivet blant de som faktisk har problemer er positiv (13% bedre utvikling etter 12 måneder), men ikke statistisk signifikant. Derimot har vi funnet statistisk signifikante gunstige effekter på total-skåren i SDQ-Nor, problemnivå med jevnaldrende og angst etter 12 måneder. Vi finner dette bemerkelsesverdige gitt VIP-intervensjonens moderate omfang og den store sammenhengen som VIP-programmet forekommer i. Effektene er ikke store, men små bidrag til økt kunnskap og bedre mestring gjennom VIP-programmet kan godt være forsvarlige hvis det oppnås med lave kostnader. En nærmere analyse av programets kostnader vil således være av interesse. En detaljert kostnadsanalyse går imidlertid utenfor rammen for denne artikkelen.

De funnene vi gjør, peker i retning av at forebyggende informasjon i skolen kan være et verdifullt supplement til øvrige tiltak for å fremme psykisk helse. Resultatene kan ha implikasjoner for satsing og ressursfordeling for planlegging og tilrettelegging av psykisk helsetjeneste og for læringsaktiviteter i skolen. Det er imidlertid behov for ytterligere analyser med hensyn til langtids effekter, clustereffekter og identifisering av særlige innsatsområder. Ideelt sett skulle man gjerne se om resultatene av denne studien holder seg i uavhengige seinere studier av det samme.

REFERANSER

1. Sosial- og helsedepartementet. Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser. 2000.
2. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Helseprofil for barn og ungdom i Akershus – Ungdomsrapport. 2004; 2: 102-139.
3. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Rapport 2009:1 13-15 åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse. Folkehelseinstituttet, Oslo. 2009; 1. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5603:73517::1:5793:1::0:0.
4. Feldman MA (Ed). Early intervention: The essential readings. Malden: Blackwell Publishing, 2004: 214-235.
5. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 9: 771-5.
6. Jørgensen P, Larsen TK, Rosenbaum B. Tidlig innsats ved skizofreni – Utvikling og behandling. København, Fadl's Forlag, 2000: 93-104.
7. Aronen ET, Arajärvi T. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 2: 223-232.

8. Mentore JL. The effectiveness of early intervention with young children "at risk": a decade in review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2000; 7-B.
9. Durlak J. Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. *J Mental Health* 1998; **5**: 463-469.
10. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham G. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Brit J Psych* 2003; **182**: 342-346.
11. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. The Cochrane Collaboration. Wiley & Sons, 2000; **2**.
12. Dulak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997; **2**: 115-152.
13. Cuijpers P, m.fl. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psych* 2008; **165**: 1272-1280.
14. Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol* 2005; **6**: 628-648.
15. Weist MD, Albus KE. Expanded school mental health. *Behav Modif* 2004; **4**: 463-616.
16. Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 1993; **48**: 1181-1209.
17. Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C, Stewart-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *J Pub Mental Health* 2007; **1**: 25-32.
18. Gillham, JE, Shatte AJ, Freres DP. Preventing depression: a review of cognitive behavioral and family interventions. *Appl Prev Psychol* 2000; **9**: 63-88.
19. Greeberg MT, m.fl. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *Am Psychol* 2003; **58**: 466-474.
20. Jané-Llopis E. From evidence to practice: Mental health promotion effectiveness. *Int Union for Health Promo and Ed (IUHPE): Promo & Ed, Supp 1* 2005: 21-27.
21. Gladstone TR, Beardslee WR. The prevention of depression in children and adolescents: a review. *Can J Psychiatry* 2009; **54**: 212-21.
22. Van Voorhees BW. School based prevention programme may reduce depressive episodes in adolescents at risk. *Evid Based Mental Health* 2010; **13**: 15.
23. Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campb Syst Rev* 2009; **6**.
24. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *J Cons Clin Psychol* 2006; **3**: 401-415.
25. Neil A, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009; **3**: 208-215.
26. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to promotion in schools. *Health Ed* 2003; **4**: 197-220.
27. Browne G, Gafni A, Roberts J, Byrne C, Majumdar B. Effective/efficient mental health programs for school-age children: a synthesis of reviews. *Soc Sci Med* 2004; **58**: 1367-84.
28. Stallard P. Mental health preventive in UK classrooms: the Friends anxiety prevention programme. *Emo Behav Diff* 2010; **1**: 23-25.
29. Pössel P, Baldus C, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; **9**: 982-994.
30. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: time to change. *Lancet* 2009; **373**: 1928-1930.
31. Aune T, Stiles TC. Universal-based prevention of syndromal and subsyndromal social anxiety: a randomized controlled study. *J Consult Clin Psychol* 2009; **77**: 867-879.
32. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsych* 2010; **1**: 124-134.
33. 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.
34. Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioural problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educ Psychol* 2007; **27**: 713-736.
35. 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**: 471-492.
36. 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.

37. <http://www.vipweb.no>.
38. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psych* 1998; **7**: 125-130. <http://www.sdqinfo.com/>.
39. Heyerdahl S. SDQ – Strength and Difficulties Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi* 2003; **13**: 127-135.
40. Obel C m.fl. The strengths and difficulties questionnaire in the nordic contries. *Eu Child Ad Psych* 2004; **2**: 32-39.
41. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2001; **40**: 1337-1345.
42. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Ab Child Psychol* 1999; **27**: 17-24.
43. Hawes DJ, Dadds MR. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; **38**: 644-651.
44. Koskelainen M, Sourander A, Vauras M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *Eu Child and Adolesc Psych* 2001; **10**: 180-185.
45. Malmberg M, Rydell AM, Smedje H. Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic J Psych* 2003; **57**: 357-363.
46. Lundh GL, Wångby M, Bjærehed J. Self reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15 year old adolescents: A study with the self report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scand J Psychol* 2009; **49**: 523-532.
47. Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eu Child Adolesc Psych* 2006; **15**: 189-198.
48. Rønning JA, Handegaard BH, Sourander A, Mørch WT. The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *Eu Child Adolesc Psych* 2004; **13**: 73-82.
49. Smedje H, Broman JE, Hetta J, von Knorring AL. Psychometric properties of a Swedish version of the 'Strengths and Difficulties Questionnaire'. *Eu Child Adolesc Psych* 1999; **8**: 63-70.
50. Mathisen KS. 2010. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,4333:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61134::1:5569:3:::0:0.
51. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd edn). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
52. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. *J Pediatr Psychol* 2009; **9**: 917-928.
53. Pedhazur EJ, Schmelkin LP. Measurement, Design, and Analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.
54. Andersson HW, Kaspersen SL, Bungum B, Bjørngaard JH, Buland T. Psykisk helse i skolen. Effektevaluering av opplæringsprogrammene, Hva er det med Monica?, STEP – ungdom møter ungdom og Venn1.no. A1491. Sintef 2010. http://www.sintef.no/upload/Teknologi_samfunn/Rapport%20A14919%20Psykisk%20helse%20i%20skolen%20-%20Sluttrapport.pdf.
55. Wang CE, Skre I, Lindekleiv Magnus RE. Alle har en psykisk helse. Oppsummering etter en treårig effekt-evaluering gjennomført av Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø. 2008.
56. Tobiassen AG, Magnus RE, Slettlı Gundersen L. Alle har en psykisk helse: effekt-evaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 2. del, Self-efficacy og mestring. Universitetet i Tromsø, 2006.
57. Arnesen Y, Breivik C, Johnsen LI. Alle har en psykisk helse: effekt-evaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet: første del. Universitetet i Tromsø, 2005.
58. Andersen BJ, Nord E. Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi* 2010; **20** (1): 15-22.