

Undervisning om psykiske plager for elever i videregående skole: Læringsutbytte etter seks og tolv måneder

Bror Just Andersen

bror.just.andersen@vestreviken.no

Rune Johansen Erik Nord

Forebyggende arbeid er en livsforbedrende og kostnadseffektiv tilnærming til psykiske helseproblemer. Denne intervensjonsstudien dokumenterer at et undervisningsprogram styrker elevers kunnskap om psykisk helse og kunnskap om hjelpeapparatet. Læringseffekten er til stede etter 12 måneder.

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 slike problemer bedre muligheter og minske risikoen for gjentatte, alvorlige sykdomsperioder (Aronen & Arajärvi, 2000; Feldman, 2004; Kupfer, Frank & Perel, 1989; Jørgensen, Larsen & Rosenbaum, 2000; Mentore, 2000). Både primærstudier og forskningsoppsummeringer internasjonalt har dokumentert effekter på kort sikt av forebyggende intervensjoner. Effektene både for befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot høyrisikogrupper er særlig funnet på 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; Roland, Bru, Midthassel & Vaaland, 2010; Olweus & Limber, 2010; Sørli & Ogden, 2007).

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

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 dekket per januar 2009 over 150 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 tverretattlig. For nærmere opplysninger, se intervensjonens nettside og tidligere artikkel (Andersen & Nord, 2010; Vangsnes Lien, Tvedt & Hansen, 2010).

Tabell 1. Evalueringsprosjektets forskningsdesign.

	t 0		t 1	t 2: 6 md.	t 3: 12 md.	t 4: 24 md.
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

Resultater av tilfredshetsevaluering av intervensjonen er 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, kunnskap, evne til gjenkjennelse og atferd for hjelpsøking.

Tabell 2. 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 evaluering	730	943			206	963		
Fylte ikke kriteriene for deltak	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

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 er høyere kort tid etter undervisning 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 belyser vi denne hypotesen ved å undersøke om de umiddelbare læringseffektene holdt seg fram til 12 måneder etter gjennomføringen av tiltaket.

Metode

Design

Vi sammenlikner 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).

Ved to 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. Vi viser til tabell 1 (gruppe 1–4) og tidligere utgitt artikkel (Andersen & Nord, 2010), hvor hensikten med Solomon 4-design er nærmere forklart. Data fra 24 måneder etter vil bli analysert i en senere artikkel.

Utvalg

Intervensjonen ble i 2007 gjennomført bl.a. i Akershus, og intervensjonsgruppen er valgt derfra. Kontrollgruppen ble valgt ut blant skoler i Vestfold, som (uavhengig av forskningsprosjektet) fikk intervensjonen først på et senere tidspunkt. 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. Vi viser til tabell 2, de to første linjer og til nærmere opplysninger i Andersen og 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, jf. linjen «inkluderte elever» i tabell 2.

Målinger i både testgruppe 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.

Spørreskjema og indekser

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 selvrapporteringskjema 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 bakgrunn av spørreskjemaets 81 spørsmål er det for denne artikkelen utarbeidet seks 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. Og er en kartlegging av kunnskap om sykdommer og diagnoser. Skårskala: 0–12. Eksempel: Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser? Skårskala: 0–15.

2. Generell kunnskap om psykisk helse. Omfatter 6 spørsmål, og kartlegger i tillegg til kunnskap om psykisk helse også epidemiologiske variabler.

3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer. Omfatter 9 spørsmål. Eksempel: Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? Skårskala: 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 (ev. hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Skårskala: 0–50.

5. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt. Omfatter 11 spørsmål. Eksempel: Hvor godt kjenner du følgende tilbud? Eks. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Skårskala: 0–30

6. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse. Omfatter 8 spørsmål. Eksempel: Har dere en helsesøster ved deres skole? Skårskala: 0–8.

Vi målte kvaliteten i skalaene gjennom reliabilitetsanalyser ved Cronbachs alfa / Kruder-Ricardson (KR-20) og Prinsippal komponentanalyse med Varimax rotasjon. Generelt sett har vi holdt oss til Kaisers kriterium med Eigenvalue større enn 1,0 og $\lambda > 0,7$. Cronbachs alfa for skala 2 og 6 ligger mellom 0,4 og 0,5 men de er pragmatiske indekser og har en logisk sammenheng for målingen.

På hvert av tidspunktene fra t0 til t4 ble utfylling av spørreskjemaene gjennomført i en skoletime. Læreren 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 tre professorer i psykologi/ psykiatri ved Divisjon for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet. 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 ble beregnet gjennomsnittsskårer på ulike tidspunkter på hver indeks i form av prosent av maksimalt mulig skår 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 retningslinjene, der 0,0 defineres som ingen effekt, 0,2 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 skårnivåene 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 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 størrelsen 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 2. 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 3 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 fle-

Tabell 3. Personlige kjennetegn ved elevene ved tidspunkt t2 (6 md. etter intervensjon).

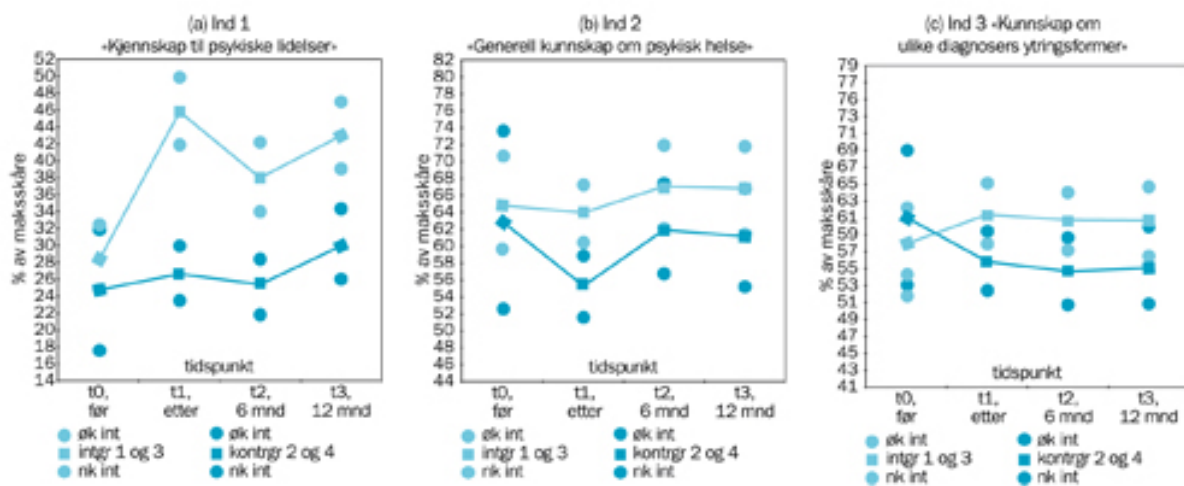
Variabler	Intervensjon	Kontroll
Gjennomsnittlig N for alle variabler (tot N ved t2)	N = 729 (783)	N = 516 (579)
Menn	52,2 %	54,4 %
Kvinner	47,8 %	45,6 %
Alder (i år)	17,15	17,14
Inntektsnivå ved siden av skole	50,8 %	58,1 %
Bosituasjon		
Bor sammen med både mamma og pappa	64,3 %	61,5 %
Bor sammen med 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	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 %

re som er født et annet sted enn i Norge (se kommentar i diskusjonsdelen).

Resultater

De positive virkningene av VIP på kunnskap om psykisk helse syntes for det meste fortsatt å bestå et år senere. Virkninger på kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse syntes for det meste å ha forvitret. Figur 1 a–f viser gjennomsnittsskårer på de ulike indeksene på hvert av tidspunktene t0 til t3 for *alle* elever i henholdsvis intervensjonsgruppen og kontrollgruppen som ble observert på vedkommende tidspunkt. Skårene er angitt som procenter 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. Standardfeilene for gjennomsnitt i figur 2a–f er gjennomgående på ca. 1,5–2,0 skårpoeng. Unntak fra dette er skårene ved t0 i kontrollgruppen, der standardfeilene er 3–5 skårpoeng.



Figur 1a–f. Gjennomsnittsskårer i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe ved t0, t1, t2 og t3. Alle elever som har svart på hvert tidspunkt.

NOTE: øk int = øvre konfidensintervall, int gr = intervensjonsgruppe, nk int = nedre konfidensintervall, kontrgr = kontrollgruppe.

Ved tidspunkt t1 ligger intervensjonsgruppen over kontrollgruppen på alle indekser. Intervensjonsgruppen har fra t1 til t3 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), 5 (kunnskap om hjelpeapparatet generelt) og 6 (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, 5 og 6 er det små forskjeller mellom skårene ved t3 og skårene i gruppe 1 før intervensjon (t0).

Tabell 4 viser skårer ved t1 og endringer fram til t3 bare for elever som har svart på begge tidspunkter. Det er signifikant dårligere utvikling fra t1 til t3 i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen på indeks 1 (kjennskap til psykiske lidelser), indeks 5 (kunnskap om hjelpeapparatet generelt) og indeks 6 (kunnskap om hjelpeapparatet i nærmiljøet). Men mesteparten av forskjellene består ved t3 (10,0, 9,3 og 10,6 prosentpoeng for henholdsvis indeks 1, 5 og 6), og forskjellene på det tidspunktet er fremdeles klart signifikante (p -verdi $< 0,000$, $0,01$ og $0,05$ for henholdsvis indeks 1, 5 og 6).

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

En tilleggsanalyse viser at det meste av forskjellene mellom intervensjons- og kontrollgruppe ved t3 mht endring var til stede allerede ved t2 (ikke vist her).

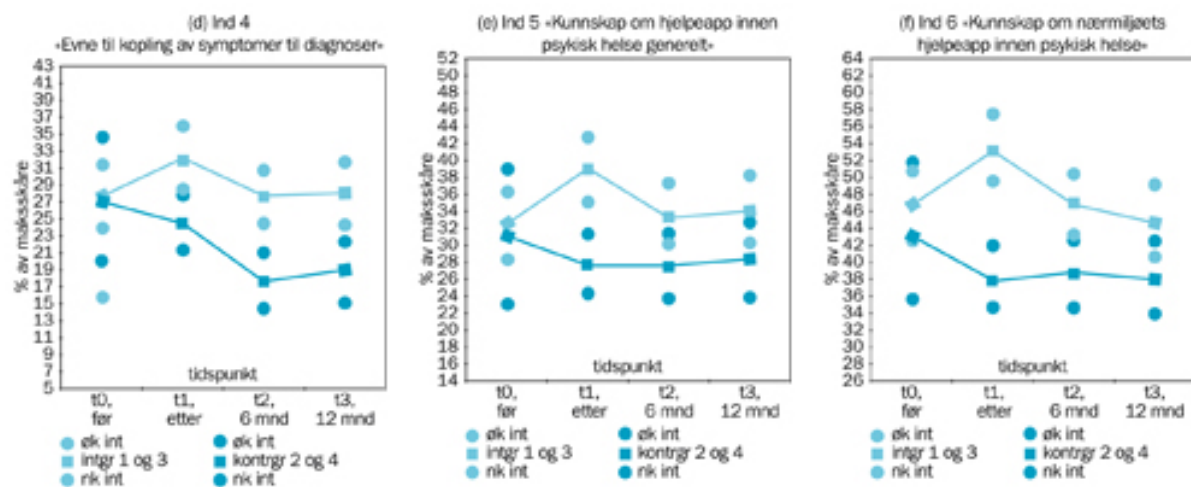
Som nevnt viser figurene 1a–f utviklingen i hele materialet fra t0 til t3. Elevene som inngår i materialet på disse to tidspunktene, er bare delvis de samme. Med dette forbeholdet finner vi signifikant endring i intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen på «generell kunnskap om psykisk helse», Cohens $d = 0,41$ (p -verdi $< 0,05$), «kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer», $d = 0,42$ ($p < 0,05$), «evne til kopling av symptomer til diagnoser», $d = 0,53$ ($p < 0,001$), «kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt», $d = 0,38$ ($p < 0,01$), og «kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse », $d = 0,39$ ($p < 0,001$).

Oppsummeringsvis holder skårer på indeksene 1–4, som alle gjelder generell kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, seg godt fra t1 til t3 i intervensjonsgruppen. På disse fire indeksene vedvarer også mesteparten av forskjellene mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen observert ved t1. I en viss kontrast til dette står kunnskap om hjelpeapparatet, som ifølge indeksene 5 og 6 går betydelig ned allerede fra t1 til t2 i intervensjonsgruppen uten at det samme er tilfellet i kontrollgruppen. Skårene ved t3 på indeksene 5 og 6 er svært lite forskjellig fra skårene før intervensjon i gruppe 1.

Diskusjon

Tolv måneder etter avsluttet undervisningsprogram er tendensen at kunnskap om psykisk helse holder seg relativt robust, mens kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse er glemt. En forklaring på dette funnet kan være at flertallet av elever, som selv ikke har psykiske problemer, er mer interessert i generell kunnskap om lidelsenes karakter enn praktisk informasjon om hjelpeapparatet. At tiltaket fokuserer mer på det å etablere en lav terskel for å dele problemene med noen, enn på det å søke profesjonell hjelp, kan også ha påvirket resultatet. 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.



Til vurdering av effektene etter seks og tolv måneder finnes det så langt vi vet, ingen gode sammenlikningsgrunnlag i undersøkelser fra Norge. Det nærmeste er 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 & Slettli Gundersen, 2006; Wang, Skre & Lindekleiv, 2008). Her ligger effektstørrelsene mellom 0,01 og 0,3.

Tabell 4. 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 intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Standardfeil i parentes.

	Intervensjonsgruppe			Kontrollgruppe			Forskjeller i endring i % av maksskår t1-t3
	Gjennomsnitt % av maksskår ved t1	Gjennomsnitt endring i % av maksskår t1-t3	N	Gjennomsnitt % av maksskår ved t1	Gjennomsnitt endring i % av maksskår 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 behandlingsm	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)

I internasjonale undersøkelser varierer de aktuelle sammenliknbare effektstørrelsene fra 0,26 til 0,57 (Andersen, Johansen og Nord, 2010). De studiene som har en longitudinell design har imidlertid gjort funn som er i tråd med det vi har funnet, og utviklingsmønsteret er grovt sett det samme (Spence et al., 2005; Tennant et al.; 2007). I en studie av 156 metaanalyser av psykologisk, psykoedukativ og atferdsmessig behandling har man funnet en gjennomsnittlig effekt på $d = 0,47$.

Tolv måneder etter avsluttet undervisningsprogram er tendensen at kunnskap om psykisk helse holder seg relativt robust, mens kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse er glemt

Studien har flere svakheter som kan ha påvirket resultatene. Randomisering av elever til intervensjons- og kontrollgruppe var ikke praktisk mulig i denne undersøkelsen. Vi har ingen informasjon om mulige systematiske forskjeller mellom gruppene med hensyn til alminnelig eksponering for informasjon om spørsmål knyttet til psykisk helse i undersøkelsesperioden. I intervensjonsgruppen var det en høyere andel deltakere med foreldre som har mer enn fire års universitetsutdanning, og flere som er født et annet sted enn i Norge. Analyser av bakgrunns materialet viser imidlertid ikke sosiale gruppeforskjeller med hensyn til effekt (Andersen & Nord, 2010).

Frafall i form av utilstrekkelig utfylling av skjema øker fra t1 til t3 i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. I tillegg analyser kontrollerte vi for bortfall (jf. avsnitt i metoddelen om frafall). Kontrollene førte ikke til endringer i resultatene. Vi har derfor ingen holdepunkter for å anta at frafallet skaper systematiske skjevheter ved sammenlikninger mellom gruppene.

Konklusjon

VIP-intervensjonen har positive effekter på kort sikt på kunnskap om psykisk helse og kunnskap om hjelpeapparatet. Inneværende studie tyder på at for elevers alminnelige kunnskaper om psykisk helse holder de umiddelbare læringseffektene seg fram til 12 måneder. På den annen side kan det se ut til at en betydelig del av effekten på kort sikt knyttet til 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*, 20, 23–32.
- Andersen, B. J. & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 20, 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 ungdomsskoletrinnet: 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*, 70, 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*, 34, 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, 713–736.
- 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*, 13, 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). *13-1- åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse* (Fhirapport 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*, 46, 771–775.
- 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*. 60(7-B), 3573.
- Olweus, D. & Limber, S. P. (2010). *Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 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*, 73, 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, 471–492.
- 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*, 6, 25–32.
- Tobiassen, A. G., Magnus, R. E. & Sletli Gundersen, L. (2006). *Alle har en psykisk helse: effektevaluering av en tredelt undervisningspakke for ungdomsskoletrinnet, 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, 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.

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

An educational program in mental health, «VIP», is targeted at students in secondary school. VIP aims at increasing recognition and understanding 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