

Strategi for et psykisk sunnere folk 2024

Arne Holte

Ingen oppgitte interessekonflikter

Strategi for et psykisk sunnere folk 2024

I 50-årsjubileumsutgaven av Tidsskrift for Norsk psykologforening var redaksjonen så hyggelig å minne om «Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser» (Holte, 2012). Ikke en stor artikkel, men kanskje en prinsipielt viktig liten sak. I denne nye artikkelen presenterer jeg en utvidet og mer helhetlig oppdatering, der de teoretiske synspunktene koples opp mot en ny kontekst: Opptappingsplan for psykisk helse 2023–2033. Resonnementene kan også finnes igjen i «Promotion of mental health and prevention of mental disorders in a rich welfare state: A Norwegian perspective» (Holte, 2024b), men er der satt inn i en mer internasjonal sammenheng.

Prolog

Psykisk helse er vår evne til å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre. En slik enkel definisjon dekker de fire viktigste funksjonene vi må ha kontroll på for å fungere optimalt, nemlig følelser, tenkning, atferd og sosiale relasjoner. Den er også mer presis og lettere å måle enn den overinkluderende, utopiske og knapt målbare definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO, 2022a).

Den nye definisjonen skaper også et klarere kontinuum mellom psykisk helse og psykisk sykdom. Psykisk sykdom blir det som oppstår når vi ikke klarer å håndtere følelsene våre, å tenke fornuftig, styre atferden og/eller opprettholde gode relasjoner til andre. Så må det sies noe om intensitet, varighet, kontekst og annet, men det blir ikke her.

Klarer vi ikke å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre, så klarer vi heller ikke å utnytte landets øvrige ressurser optimalt. Det er derfor psykisk helse er landets viktigste ressurs, psykiske lidelser er landets dyreste sykdommer og sikring av god psykisk helse i befolkningen er landets viktigste innsatsområde. Særlig gjelder det blant barn og unge, fordi det er her utviklingspotensialet er størst, og det er i den perioden av livet de fleste psykiske lidelser debuterer.

Forekomst

Rundt 7 % av barn i Norge i aldersgruppene 4 år og 8 til 10 år har en psykisk lidelse (Heiervang et al., 2007; Wichstrøm et al., 2012). Ved oppfølging rundt 10–14-årsalderen hadde fortsatt omkring

7 % en psykisk lidelse. I alt 11 % av disse hadde mer enn én samtidig psykisk lidelse (Bøe et al., 2021). Forekomsten i Norge ser ut til å være lavere enn i andre land (Vasileva et al., 2021). I Europa er forekomsten 16 % i aldersgruppen 5–18 år (Sacco et al., 2022). Internasjonalt er forekomsten 13 % blant dem under 18 år (Barican et al., 2022; Polanczyk et al., 2015). Det viser en oversikt fra Folkehelseinstituttet (FHI) (2023).

Det finnes fortsatt ingen nasjonalt representativ befolkningsundersøkelse av forekomsten blant voksne i Norge. Basert på proxyundersøkelser anslår FHI (2023) en ettårsforekomst på 16–22 %, rundt 15 % angstlidelser og rundt 10 % depressive lidelser, mens 1–3,5 % vil få en psykose i løpet av livet (Perala et al., 2007). I kontrast til dette tyder verdens beste befolkningsundersøkelse, Dunedin-studien, på at bare 17 % av oss vil unngå å ha vært psykisk syk (diagnose) før vi fyller 38 år (Caspi et al., 2020; Schaefer et al., 2017), altså en utbredelse på linje med influensa.

Helsetjenestebruk

FHI (2023) slår fast at i 2022 ble rundt 6 % av barna i Norge behandlet i spesialisthelsetjenesten for en psykisk lidelse, og at andelen blant jentene steg fra 3,9 % i 2010 til 6,7 % i 2022, særlig i alderen 12–24 år. Jenter har høyere forekomst enn gutter i denne aldersgruppen. Det skyldes at jenter oftere får lidelser som starter etter puberteten, særlig angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser.

Blant gutter har andelen vært mer stabil. I alderen 0–11 år er det flest gutter. Det skyldes at gutter oftere får lidelser som debutterer før puberteten, som ADHD, autismespekterforstyrrelser og atferdsforstyrrelser.

Andelen barn 0–5 år som er registrert med psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten, er svært lav. Det skyldes at diagnosekoder er lite brukt for denne aldersgruppen (FHI, 2023).

Mange unge som sliter psykisk, søker ikke hjelp. Blant dem med aller høyest symptomnivå søker kun halvparten hjelp (Zachrisson et al., 2006). Slik er det også i andre land (Alonso et al., 2004; Kessler, Demler et al., 2005). Disse andelene kan ha endret seg i dagens situasjon.

Vi vet lite om behandlingsdekningen blant voksne. Det skyldes at vi i Norge fortsatt ikke har representative befolkningsundersøkelser av forekomsten blant voksne. Vi har gode data fra primærhelsetjenesten, men vi vet for lite om hvor mange som mottar andre tjenester, som kommunepsykolog og private og kommunale psykiske helsetjenester (FHI, 2023).

Spesialisthelsetjenesten har årlig kontakt med rundt 5 % av alle menn og 7 % av alle kvinner for psykiske helseproblemer. Denne andelen har vært stabil fra 2010 til 2020. Primærhelsetjenesten har årlig (2020) kontakt med rundt 15 % av alle menn og 22 % av alle kvinner for psykiske helseplager (FHI, 2023).

Mange voksne med psykiske lidelser har ikke kontakt med helsetjenestene for dette, slik tilfellet også er for de unge. Roness et al. (2005) fant for eksempel at kun 13 % av dem med symptomer på depresjon og 25 % av dem med symptomer på angst hadde søkt hjelp for dette. Heller ikke her kan vi utelukke at andelen er endret i dagens situasjon.

Samfunnsutfordringen

Samfunnskostnader

Som for mange utviklede land er psykiske helseplager Norges mest kostbare sykdommer. Samfunnskostnadene for psykiske lidelser er estimert til årlig å være på rundt 340 milliarder kroner, basert på tall fra Helsedirektoratet (Hdir) (2019) og oppjustert til dagens kroneverdi. Anslaget er antakelig kraftig underestimert. Det omfatter ikke kostnader knyttet til demens, utviklingshemming, selvmord og selvskading, nedsatt produktivitet på jobb (*presenteisme*), fysiske helseproblemer, kriminalomsorg eller boligutfordringer knyttet til dårlig psykisk helse. Og heller ikke privat psykisk helsehjelp, psykiske helseplager, stress og belastninger som ikke er alvorlige nok til å bli klassifisert som psykisk lidelse (subkliniske tilstander) eller økonomiske og andre belastninger for nære pårørende, herunder også barn av foreldre med psykiske lidelser.

Behandlingskostnader

Bare rundt 12 % av samfunnskostnadene skyldes helsetjenester som diagnose og behandling (Hdir, 2019). Resten er indirekte kostnader, blant annet knyttet til tapt utdanning, tapt arbeid, tapt livskvalitet og trygdekostnader. Hvis vi inkluderer kostnader til pleie og omsorg, er kostnadene for helse- og omsorgstjenester i aldersgruppen 0–69 år noe høyere, rundt 60 milliarder kroner (2019) (Kinge, de Linde et al., 2023). Blant unge og middelaldrende brukes halvparten av det som går til helse- og omsorgstjenester, på psykiske eller rusrelaterte lidelser (Kinge, Dieleman et al., 2023).

Tap av helse

Under 75 år står psykiske lidelser for 60 % av tapet av helse (Years Lived with Disability, YLD) fra ikke-smittsomme sykdommer (kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kronisk obstruktiv

lungesykdom (KOLS) og psykiske lidelser). Det er mer enn tapet fra alle kreftformer, hjerte- og karsykdommer, diabetes og KOLS til sammen (FHI, 2016).

Tap av friske leveår

Under 75 år utgjør psykiske lidelser ett av tre tapte friske leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) fra ikke-smittsomme sykdommer. Det er like mange tapte friske leveår som fra alle kreftformer til sammen og flere enn fra alle hjerte- og karsykdommer, diabetes og KOLS til sammen (FHI, 2016).

Type psykisk lidelse

Det er ikke de mest alvorlige lidelsene som schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlige personlighets- eller nevroutviklingsforstyrrelser som koster landet mest. Det er de vanlige psykiske lidelsene. Halvparten av tapte friske leveår fra psykiske lidelser er forårsaket av depressive lidelser og angstlidelser (FHI, 2016).

Livskvalitet

Som i de fleste land i verden, fattige som rike, er det ingen andre sykdommer som reduserer livskvaliteten mer enn det psykiske lidelser gjør (Ormel et al., 1994; Ormel et al., 2008).

Hvorfor så dyrt?

Tidlig debutalder

Halvparten av de psykiske lidelsene starter innen midten av tenårene og to av tre innen midten av tjuårene. Gjennomsnittlig debutalder for depressive lidelser er 15 år og for angstlidelser 11–13 år. Invalidiserende symptomer starter lenge før en diagnose er stilt. I en vanlig skoleklasse på 24 barn vil fire eller fem ha så mye psykiske plager at det forstyrrer den daglige fungeringen, og to eller tre vil oppfylle kriterier for en diagnose (Kessler, Berglund et al., 2005). Dårlig psykisk helse i ung alder øker risiko for negative utslag på en rekke felter i voksen alder, herunder arbeidsledighet, fattigdom, u håndterlig gjeld, psykiske problemer, rusproblemer, sykehusopphold og kriminalitet (Thapar et al., 2015).

Høy prevalens

Det er uvanlig å ikke ha vært psykisk syk. Så mye som 80 % av oss vil ha hatt minst én periode med minst én psykisk lidelse før vi fyller førti (Caspi et al., 2020; Schaefer et al., 2017). Av den totale befolkningen i Danmark har 80 % blitt behandlet for en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessing et al.,

2023). Dette vil sannsynligvis øke etter hvert som behandlingsapparatet bygges ut ytterligere og den nåværende generasjonen av unge mennesker blir eldre.

Høyt tap av utdanning

Frafall fra videregående skole øker sannsynligheten med 20 % for å ende opp som ung på uføretrygd og stå utenfor arbeidslivet resten av livet (de Ridder et al., 2013). Atferdsproblemer hos tenåringer øker betydelig risikoen for å droppe ut av videregående skole, reduserer utdanningsnivået og begrenser yrkesmulighetene (Evensen et al., 2016). Å oppleve angst eller depresjon øker sjansen for å ende opp med lavere inntekt som voksen, aller mest for unge med foreldre i den laveste inntektsklassen (Evensen et al., 2017).

Mens de fleste somatiske sykdommer ikke har noen eller kun små effekter på utdanningsnivå, er alle psykiske lidelser forbundet med reduserte skoleprestasjoner. Det største karaktertapet forårsakes av ADHD. ADHD står alene for mer enn en femtedel av utdanningstapet fra psykiske lidelser. Deretter følger depressive lidelser og angstlidelser. Blant gutter er karaktertapet fra psykiske lidelser enda større enn for jenter (25 vs. 20 %) (Nordmo et al., 2022).

Høye trygdekostnader

Psykisk sykdom forårsaker ett av fem tilfeller av meldt sykefravær, nesten halvparten av tilfellene med arbeidsavklaringspenger – nesten 70 % blant 18- til 22-åringer – og ett av tre tilfeller av uføretrygd (Andersen, 2021, Riksrevisjonen, 2024). For hver person som mottar uføretrygd på grunn av psykisk lidelse, mister Norge i gjennomsnitt minst 21 aktive arbeidsår. Det tilsvarer tapet fra alle kreftformer og hjerte- og karsykdommer til sammen (Knudsen et al., 2012; Mykletun et al., 2006; Mykletun & Knudsen, 2009). Tallet er ikke oppdatert som følge av endringer i trygdesystemet. Blant dem i alderen 20–35 år er to av tre uføretrygdemottakere uføre på grunn av psykisk lidelse, og blant menn er det rundt 70 % (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2023).

Tap av inntekt

Blant dem som slet med depresjon i ung alder og ikke fullførte videregående opplæring, tjener 60 % mindre enn 200 000 kroner i året. Blant dem som fullførte videregående opplæring, er andelen 35 % (Hetlevik et al., 2023). Å overleve i Norge på 200 000 kroner per år er svært vanskelig (Pope et al., 2023). En britisk studie viser at familieinntekten til en person som hadde psykiske helseproblemer i barndommen, vil når personen er 50 år, ligge 28 prosent under inntekten til dem som ikke hadde slike problemer, og inntektskløften øker med stigende alder (Goodman et al., 2011).

Behandling

Når behandlingen kun utgjør rundt 12 % av kostnadene ved psykiske lidelser og resten skyldes indirekte kostnader, hvorfor ikke investere i mer behandling for å redusere de indirekte kostnadene? Gode kurative helsetjenester kan være bra for oss når vi er syke, og vi skal selvfølgelig så langt som mulig ha samme tilgang og kvalitet på behandling når vi er psykisk syke som når vi er fysisk syke (Kjerkol, 2024).

Men i rike land med velutviklede helsetjenester har videre utbygging av behandlingstilbudet knapt noen virkning på helsen til befolkningen (Marks et al., 2000). Den enorme økningen i volum, tilgjengelighet og kvalitet på behandling av psykiske lidelser som har funnet sted i flere rike land de siste 30 årene, har ikke hatt noen virkning på forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen (Holte, 2022; Ormel & Emmelkamp, 2023).

Ta Norges dyreste sykdom, depresjon: Mer enn halvparten av de som får behandling, blir ikke nevneverdig bedre, kun en tredjedel blir friske, selv på kort sikt, og andelen personer som får tilbakefall, er betydelig (Cuijpers, Karyotaki et al., 2021). Etter én episode med depresjon er tilbakefallsrisikoen 50 %, etter to episoder 75 % og etter tre 85–90 % (Burcusa & Iacono, 2007; Judd et al., 1998). Blant barn er tilbakefallsraten spesielt høy og nedslående (Brent et al., 2015; Fergusson et al., 2007).

Om vi likevel skulle tilby behandling til alle med en psykisk lidelse, noe som er totalt urealistisk, ville vi bare kunnet redusere sykdomsbyrden fra psykiske lidelser med opptil en tredjedel, antakelig ikke engang det (Andrews et al., 2004).

Forebygging

Den eneste måten å redusere forekomst, sykdomsbyrde og samfunnskostnader fra psykiske lidelser på, er ved vitenskapelig informert, bredt anlagt, systematisk iverksatt forebygging. Til tross for at psykiske helseproblemer er den største helseutfordringen i de rike landene, har dette aldri vært prøvd før. Med forebygging menes her tiltak som settes i verk før folk blir syke, og som reduserer andelen nye tilfeller (insidensen) av sykdom. Tiltakene kan være både psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende (Gillham et al., 2000; Mrazek & Haggerty, 1994; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM] et al., 2019).

Ved fysiske sykdommer har forebygging vært svært vellykket. De fleste store infeksjonssykdommene er utryddet, forventet levealder har økt, dødeligheten av koronar hjertesykdom, hjerneslag, flere kreftformer og dødsfall i veitrafikken har gått kraftig ned. Til og med tennene til ungene våre blir stadig sunnere (Hdir, 2010).

Dette har vi oppnådd først og fremst med universelle, helsefremmende strategier rettet mot kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og miljø. Virkemidler har vært lovverk, økonomiske tiltak og kunnskapsformidling. Men ikke minst har det vært vilje. Her er det mye å lære (Hdir, 2010; Mackenbach et al., 2013).

Innsats på alle disse områdene kan ha fra små til store positive effekter også på psykisk helse, særlig gjelder det fysisk aktivitet (Pearce et al., 2022). Flere strategiske prinsipper for forebygging er også felles for de to domenene. Men det finnes en rekke forhold ved måten vi lever livet vårt på som er særlig betydningsfulle for god psykisk helse. Derfor må det psykiske helsefeltet utvikle sine egne strategiske prinsipper for prioritering og tiltak.

Strategi

Nedenfor lanserer jeg tretten slike prinsipper som kan legges til grunn for en effektiv plan for å styrke psykisk helse og forebygge psykiske helseplager i kommuner, regioner eller land. Disse er en oppdatering av prinsippene jeg presenterte i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 2012 (Holte, 2012).

Bedre psykisk helse fremfor mer behandling

De overordnede målene må være å styrke befolkningens psykiske helse og redusere forekomst av psykiske helseproblemer, selvmordsforsøk og selvmord fremfor å bygge ut enda mer behandling av dårlig psykisk helse. Felles for disse målene er at de retter seg inn mot det totale volumet av lidelse, samfunnskostnadene og sykdomsbyrden fremfor individuelle tilfredshetsmål.

Kunnskapsinformert fremfor brukerinformert

I tidligere psykiske helseplaner og strategier har vitenskapelig forebyggingskunnskap blitt ignorert, som i Opptrappingsplan for psykisk helse 1998–2008 (St.prp. nr. 63 (1997–1998)), regjeringens strategiplan for psykisk helse: «Mestre hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018–2019)). Gode befolkningsrettede strategier må være basert på flerfaglig vitenskapelig forskning, og tiltak må

dokumenteres. Slik kunnskap om effektive intervensjoner på befolkningsnivå er det først og fremst forskere som har. På behandlingsområdet skal vi selvsagt lytte til brukere av tjenestene. Implementering av god praksis vil alltid være avhengig av aksept fra sluttbrukerne. Men innen samfunnsorientert forebygging må vi se oss om etter en annen type brukere enn det som er vanlig i psykisk helsevern.

Barn og unge fremfor voksne

Våre evner til å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre er hovedsakelig etablert i barndom, ungdomsår og tidlig voksen alder. De fleste psykiske lidelser starter også i disse livsfasene. Jo tidligere vi investerer i psykisk helse, desto mer får vi igjen for pengene i form av god psykisk helse (Heckman, 2006). Derfor bør ufødte babyer, spedbarn, småbarn, førskolebarn og skolebarn prioriteres.

Utenfor fremfor innenfor helsevesenet

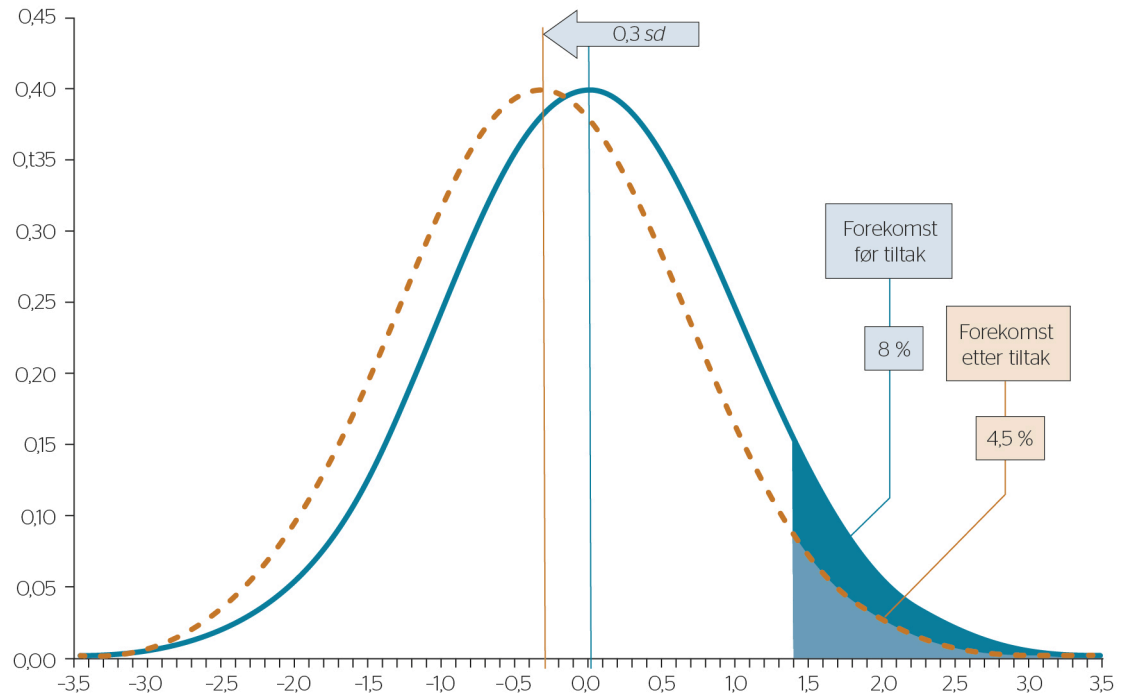
Behandlingstjenester produserer ikke helse. De reparerer den. Helse og uhelse produseres der folk lever livet sitt – i livmoren, familien, barnehagen, skolen, vennskapskretsen, kultur, idrett og på arbeidsplassen. Derfor må hovedinnsatsen skje utenfor helsetjenestene.

Universelle tiltak fremfor målrettede

Når noe er svært utbredt i befolkningen, som psykiske helseproblemer, vil de mange med middels og lav risiko produsere flere sykdomstilfeller enn det de få med høyest risiko vil gjøre (Rose, 1992). Derfor må det forebyggende arbeidet rettes inn mot de mange med lav og middels risiko fremfor bare de få med høyest risiko. Innen fysisk helse er det de universelle intervensjonene som har vist seg å gi størst uttelling (Mackenbach et al., 2013). Klarer vi å flytte hele befolkningen bare 0,3 standardavvik til venstre, altså at hele befolkningen blir bare litt psykisk sunnere, kan vi kanskje halvere forekomsten i den høyeste risikogruppen (se figur 1).

Figur 1

Illustrasjon av effekten i universelle tiltak for psykisk helse



Merknad. En liten effekt i hele befolkningen kan gi stor effekt blant de mest sårbare.

Statistiske forutsetninger: Sårbarhet for vanlige psykiske lidelser normalfordelt. Standardisert fordeling. Kutt punkt 8 % (jf. prevalens av psykiske lidelser blant barn og unge). Standardavvik (SD)

= 1,4 (tabell). Forskyvning av fordelingen med 0,3 *SD* = anslått samlet gjennomsnittlig effektstørrelse i empiriske studier av universelle forebyggende tiltak på tvers av sektorer. Z-score transformering. Figur utarbeidet med professor Espen Røysamb, ved Promenta, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Helsefremmende fremfor forebyggende

Det er lettere og mer effektivt å styrke helsen enn å forebygge sykdom (WHO, 2004). Derfor anbefaler WHO og andre å integrere psykisk helsefremmende tiltak med tiltak for å forebygge sykdom (Kalra et al., 2012; McDaid, Hewlett & Park, 2017; Singh et al., 2022; WHO, 2022c).

Det vi kan gjøre noe med

Tidlig intervensjon kan påvirke forløpet og forhindre unødvendige negative konsekvenser av å leve med psykose, bipolar lidelse, ADHD eller alvorlig personlighets- eller nevroutviklingsforstyrrelse. Men vi kan ikke hindre at disse tilstandene oppstår. Derfor bør vi prioritere dem i behandling. De vanligste lidelsene, depresjon, angst og alkoholrelaterte lidelser, kan vi til en viss grad forebygge. Innen forebygging må vi derfor prioritere annerledes enn i klinikken. Vi må prioritere de vanlige tilstandene som også koster landet mest (Cuijpers, Pineda et al., 2021; Fusar-Poli et al., 2021; Kirkbride et al., 2024; Muñoz et al., 2012).

Redusert nivå av plager fremfor diagnoser

Et høyt nivå av psykiske plager er en risikofaktor for psykiske lidelser. Høye nivåer av symptomer på depresjon og angst bidrar like mye eller mer til de økonomiske samfunnskostnadene fra psykiske helseplager enn det diagnostiserbare lidelser gjør (Cuijpers et al., 2007; Knudsen et al., 2010). Å redusere subkliniske nivåer av symptomer på vanlige psykiske lidelser i en befolkning kan derfor være like viktig, om ikke viktigere, enn å forebygge kliniske tilfeller (diagnoser).

Andelen *tilfeller* av alkoholrelaterte sykdommer (diagnoser) og dødsfall i en befolkning er en direkte funksjon av befolkningens samlede nivå av alkoholinntak. Reduksjon i *nivået* av befolkningens inntak av alkohol er den mest effektive måten å redusere andelen tilfeller av alkoholrelaterte sykdommer og dødsfall på (Skog, 2001). Tilsvarende kan nivået i befolkningen av psykiske plager bestemme hvor stor andel *tilfeller* av psykisk lidelser (diagnoser) vi får. Da vil den beste måten å redusere andelen *tilfeller* av psykiske lidelser på være å redusere befolkningens *nivå* av psykiske plager.

Økonomi fremfor effektstørrelser

Vi må velge de tiltakene som gir best økonomisk avkastning på investeringen, ikke bare de med de største effektstørrelsene. Dessverre rapporterer de fleste intervensjonsstudier bare effektstørrelser, ikke kostnad-nytte-data. Opptappingsplan for psykisk helse (1998–2008) brukte 47 milliarder kroner (oppdatert til 2023-verdi) uten å gjøre noen analyse, verken før, under eller etter, av hvilke tiltak som ville gi best avkastning på investeringene. Alle større investeringer bør ha med beregninger av forholdet mellom økonomisk kostnad og nytte. Dette gjelder også helsepolitikk, slik at evidensgrunnlaget styrkes. Når offentlig sektor, for eksempel Norges forskningsråd, eller private stiftelser finansierer effektstudier, bør de kreve at beregning av økonomisk forsvarlighet, som kostnad-nytte, inkluderes (Knapp et al., 2011; McDaid, Park et al., 2017; Singh et al., 2022).

Alle utfall som kan tallfestes, bør tallfestes

Uten tall kan vi ikke vite om vi når målene våre. Det kan friste politikere og fagfolk til å holde frem innsatsen og dekke over manglende resultater. En suksessfaktor i Opptappingsplan for psykisk helse (1998–2008) var en lang rekke tallfestede mål – som stort sett ble nådd. De fleste av målene var imidlertid knyttet til innsats snarere enn helseutfall. Tallfesting av resultatmål kan også brukes til å vurdere nye tiltak for mål som ikke blir nådd. Et eksempel på dette er planene for styrket kapasitet til utdanning av psykologer som fulgte etter at målene for 1998–2008 ikke ble nådd.

Inkluder alltid en evalueringsplan

Skal vi lære av våre erfaringer, må vi evaluere. En plan for evaluering bør ideelt sett inkludere implementering (Er tiltaket iverksatt som det skal?), effekt (Virker det?), økonomisk forsvarlighet (Svarer nytten til kostnadene?), brukertilfredshet (Vil folk ha tiltaket?) og etisk forsvarlighet (Er tiltaket etisk forsvarlig?). Disse fem suksesskriteriene er relativt uavhengige av hverandre. Alle bør derfor ideelt sett måles. God evaluering krever at det legges til rette for evalueringen *før* tiltaket settes i verk. Vi kan ikke fortsette som vi gjorde under den forrige opptappingsplanen. Vi brukte altså 47 milliarder kroner i opptappingsplanen (1998–2008) på å bygge ut behandlingstilbudet, men «glemte» å undersøke om behandlingen ble bedre, eller om befolkningen ble friskere (Norges forskningsråd, 2008/2015).

Få på plass et forebyggingsregnskap

I 2022 brukte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 453 milliarder kroner på helse og omsorg. Nasjonalregnskapet føres av SSB. SSB hevder at HOD bruker 2–3 % av budsjettet på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (se Holte, 2020). Det er ikke sant. I henhold til SSBs

tolkning av det internasjonale kodesamarbeidet (Sletten, 2020) koder SSB som «forebygging» hele regnskapet til FHI (som driver forskning og rådgivning til myndighetene), HODs støtte til forskning, hele tannhelsetjenesten og regnskapet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (nå del av FHI og som vurderer behandlingsmetoder, mest for fysiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten). Inntil nylig har SSB også kodet hele budsjettet til Hdir som «forebygging». Etter offentlig kritikk, kodes nå Hdir korrekt som «administrasjon». Med få unntak er ingen av disse aktivitetene forebygging. Forebyggingsdelen av helseregnskapet fremstår slik som juks og fanteri (Holte, 2020; Sletten, 2020).

Hvis vi tar ut de ovennevnte aktivitetene som ikke direkte er forebygging, står vi igjen med helsestasjoner for mor og barn og for ungdom, skolehelsetjenesten og forebyggende tiltak i kommunene (som i hovedsak gis som rammebevilgning uten garanti for at det brukes på forebygging). Går vi så til statsbudsjettet og henter ut tallene for disse postene, så ender man opp med anslagsvis 0,3 prosent av HODs budsjett til forebyggende tiltak blant barn og unge. Ikke på psykisk helse, men totalt på både fysisk og psykisk helse. Selvfølgelig bruker det offentlige samlet sett mer enn dette på forebyggende tiltak, for eksempel i barnehagen, skolen, arbeidsplassen, kultur og idrett, men dette er HODs bidrag.

De fleste rike land vet ganske nøyaktig hva de bruker på behandling, men ikke hva de bruker på forebygging. Uten et forebyggingsregnskap kan man ikke ha styring med den forebyggende helsepolitikken. Det er selvfølgelig ikke lett å opprette et slikt regnskap. For eksempel er det ikke enkelt å tallfeste hvor stor andel av fastlegens, barnehagens eller skolens aktiviteter som skal telle som forebygging. Men hvis bare en liten andel av de ressursene som helseøkonomer i rike land bruker på å regne ut hvordan de skal drive sykehus lønnsomt, ble brukt på å lage et forebyggingsregnskap, ville vi nok klare å løse utfordringen.

Nok penger

Det må være nok penger til å finansiere planen. Når de faglige premissene er på plass, er dette kanskje det viktigste kriteriet vi må vurdere opptrappingsplaner for psykisk helse ut fra. Investering i psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak er trolig noen av de mest lønnsomme investeringene et samfunn kan gjøre (Cressey et al., 2014; Holte, 2023; Knapp et al., 2011; McDaid, Park et al., 2017). Investerer vi ikke nok, kan vi heller ikke forvente å få mye tilbake.

Fire prioriteringer

Ut fra en samlet vurdering og litt ulik vektning av de tretten strategiske prinsippene, som det ikke er plass til å gå inn på her, vil jeg trekke frem fire prioriterte tiltak:

Kartlegging av psykisk helse hos mødre

Depresjon og angstproblemer blant mødre er de hyppigste alvorlige komplikasjonene ved graviditet og fødsel, og det er en risikofaktor for flere psykiske lidelser hos barnet både i spedbarnsalderen og senere. Allmenn, rutinemessig vurdering av psykisk helse – spesielt depresjon – hos alle gravide og spedbarnsmødre med oppfølging av trent helsepsykepleier kan redusere disse risikoene. Allmenn kartlegging, ikke bare for dem med kjent risiko, er berettiget fordi rundt én av åtte nybakte mødre blir deprimerte innen to år etter fødselen, og vi kan ikke forutsi hvem de er. Det er omtrent samme risiko blant de som har vært deprimerte før svangerskapet, og de som ikke har vært det, og helsepersonell er ikke spesielt flinke til å oppdage depresjon i denne perioden. Som WHO (2022b) har anbefalt Norge og andre land, kan innføring av generell vurdering med standardiserte instrumenter forebygge psykiske problemer både for mor og barn. God behandling for mor er tilgjengelig og er forebyggende for barnet. Universelle kostnadseffektive forebyggende tiltak for mødre finnes også og viser svært gode effekter, med en tredjedel færre tilfeller av depresjon sammenlignet med tradisjonell helsestasjonstjeneste (for en gjennomgang av disse punktene med referanser, se Holte & Eberhard-Gran, 2022).

Veiledning for nye barnehagelærere

Alle barn i Norge har rett til å gå i barnehage i sin bostedskommune fra de har fylt ett år til de begynner på skolen (Barnehageloven, 2005). Nå bruker 88 % av 1–2-åringene og 97 % av alle barn i Norge denne rettigheten (SSB, 2021). For å redusere sosial ulikhet i helse har regjeringen som mål å oppnå full dekning og universell tilgang til høykvalitetsbarnehager for alle barn i Norge (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). Barnehagene er forpliktet til å følge det nasjonale regelverket for kvalitetsstandarder (Barnehageloven, 2005). For eksempel skal det være minst én voksen per tre barn under tre år og minst én voksen per seks barn over tre år, og det er standarder for utdanningsnivå blant barnehagelærerne. I tillegg til slike strukturelle standarder kommer rammeplan for barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017; St.meld. nr. 16 (2006–2007)), som inneholder retningslinjer for personalets roller, ansvar, arbeidsmåter og læreplan, og overordnede mål for det daglige arbeidet. Dette regelverket tar sikte på å sikre relativt ensartet tilbud mellom barnehagene i Norge.

Dette har gitt resultater. Det er nå solid dokumentert at barnehager av høy kvalitet kan beskytte barn mot psykiske plager. I Norge virker barnehager av høy kvalitet både sosialt utjevne og beskyttende mot fattigdomsutløste psykiske plager (Ekspertgruppe om Barn i fattige familier, 2023; Zachrisson & Dearing, 2015). Barnehager av høy kvalitet reduserer også sannsynligheten for at barn i risikozonen utvikler psykiske helseproblemer, mens barnehager med lav kvalitet øker risikoen. Den klart viktigste kvalitetsindikatoren her ser ut til å være kvaliteten på samspillet mellom barn og voksen. Gode barn–voksen-relasjoner bufrer mot tidligere risiko for psykiske helseplager, og dårlige relasjoner forverrer risikoen (Wilhelmsen et al., 2023). Frankrike har en liknende ordning som Norge med subsidierte barnehager for alle. Der fant de at barn som hadde gått i barnehage i minst ett år før de fylte tre, hadde best beskyttelse mot psykiske problemer (Gomajee et al., 2018).

Men hvorfor innføre utprøving av systematisk, personlig veiledning for alle nye barnehagelærere med vekt på samhandlingen deres med barna? Svaret er enkelt: Psykologer, leger og sykepleiere får i dag det meste av sin praktiske kompetanse gjennom slik systematisk veiledning. Barnehagelærere, som ser barna hver dag, hele dagen, i flere år i barnas mest formende år, har ingen slik ordning. Som for andre profesjoner bør veiledningen av barnehagelærere være obligatorisk.

Psykisk helse som eget fag i skolen

Regjeringen Solberg lovet elevene at nå skulle de få psykisk helse på timeplanen. Dette sa de:

«På skolen vil mestring av livet bli et tilbakevendende tema i ulike fag. Trygge barn som trives og mestrer lærer også mer på skolen. [...] Kanskje snakker vi for lite om følelser? Kanskje mangler vi rett og slett ord når vi føler at vi ikke mestrer?» Statsminister Erna Solberg i sin nyttårstale i 2019.

«Vi tar psykiske problemer hos ungdom på største alvor. [...] Vi sørger også for at psykisk helse står på timeplanen i skolene fra 2020.» Helseminister i åtte år, Bent Høie, til Dagsavisen 19. september 2018.

«Selvfølgelig skal skolen også være et sted der elevene lærer seg å mestre sosiale og følelsesmessige utfordringer i livet. [...] ‘Fordi følelsene og tankene våre avgjør hvordan vi samhandler med andre og navigerer i verden, er dette nødvendig livskunnskap for barn og unge’, mener de. Det er jeg enig i!» Kunnskapsminister Jan Tore Sanner, ansvarlig for å gjennomføre løftene, i Aftenposten, 19. mai 2019.

«Skolen skal lære elevene om psykisk helse. Skolen skal også gi elevene mulighet til å gjøre noe selv med psykisk helse.» Oppfølgingsansvarlig kunnskapsminister Guri Melby til Utrop 29. oktober 2020.

«Skolen kan systematisk gi ungdom kunnskap, verktøy og innsikt i hva som påvirker psykisk helse.» Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen, som tok initiativet, til Fædrelandsvennen 2. mai 2017.

Men i stedet for å innføre psykisk helse som fag i skolen, gjorde regjeringen det til del av et nytt «tverrfaglig tema»: Folkehelse og livsmestring. I fagene som psykisk helse skulle finnes igjen i, nemlig norsk, engelsk, matematikk, naturfag, samfunnsfag, KRLE og kroppsøving, har de nye læreplanene til sammen 516 kompetansemål. Med ekstrem velvillighet kan femten av disse sies å ha en, oftest vag, tilknytning til psykisk helse. Disse femten er tilsynelatende tilfeldig plassert over de tolv årene fra 2. trinn til 3. videregående uten aldersrelevans, system eller kontinuitet. Det er ingen krav til kunnskaper, holdninger, ferdigheter eller kjennskap til verktøy. Det er ingen kompetansemål på følelser, tanker, atferd eller sammenhengene mellom dem. Det er ingen tverrfaglighet og de fleste lærerutdanningene bryr seg heller ikke om å utdanne lærerstudenter i psykisk helse (Regjeringen.no, 2020).

Flere store metaanalyser de siste ti årene viser at skolebaserte programmer kan redusere angst og depresjon blant elever (Feiss et al., 2019; Salazar de Pablo et al., 2021; Stockings et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2017, 2021) og styrke positiv psykisk helse (Andermo et al., 2020; O'Reilly et al., 2018; Pinto et al., 2021; van Agteren et al., 2021). Spesielt lovende er de universelle sosiale og emosjonelle læringsprogrammene (SEL) (Cipriano et al., 2023; Durlak et al., 2022). De viser positive effekter på flere indikatorer på positiv psykisk helse. Men de sterkeste utslagene finnes på akademiske prestasjoner. En metaanalyse viser at effektene varer i gjennomsnitt 3 ¾ år og er uavhengige av etnisitet, sosioøkonomisk status og skolested. Sosiale og emosjonelle ferdigheter etter intervensjoner var også den sterkeste determinanten for senere velvære. Så hvis vi vil at elevene skal bli bedre i matematikk, naturfag, norsk, engelsk og samfunnsfag og få bedre trivsel, bør vi styrke de sosiale og emosjonelle ferdighetene deres (Taylor et al., 2017). Som i barnehagen, ser altså relasjonelle ferdigheter ut til å være effektivt i skolen.

Meningsfullt arbeid for alle

En av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot vanlige psykiske lidelser er høy sysselsetting. Å ha en jobb er forbundet med økt følelse av selvstendighet, trivsel, ressurser til å mestre utfordringer, økt

sosial status og muligheter for personlig utvikling (Modini et al., 2016; van der Noordt et al., 2014). Arbeidsplasser med godt psykososialt miljø der det er god balanse mellom krav og egen kontroll over arbeidet, mellom innsats og belønning, og der jobben er trygg, styrker arbeidstakernes psykiske helse og lønner seg økonomisk (McTernan et al., 2013). Arbeidsplasser med dårlig psykososialt miljø med negativ balanse mellom krav og egen kontroll over arbeidet og innsats og belønning, og der jobben er utrygg, svekker psykisk helse og kan være mer skadelig enn å gå arbeidsledig (Butterworth et al., 2011; Harvey et al., 2017, 2018; van der Molen et al., 2020). Så lenge arbeidsplassen er av god psykososial kvalitet, er det å hjelpe folk med å få jobb, beholde en jobb og trives med jobben blant de mest effektive måtene å opprettholde god psykisk helse i en befolkning på (Duchaine et al., 2020; Harvey et al., 2018).

Opptappingsplan 2023–2033

Sommeren 2023 lanserte regjeringen en ny opptappingsplan for psykisk helse. Planen vil gå over ti år (2023–2033) og gjelde på tvers av sektorer. Målet med planen er bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen, redusert forekomst av psykiske plager og lidelser, og å gi god og lett tilgjengelig hjelp til mennesker med psykiske helseutfordringer (Meld. St. 23 (2022–2023)).

Planen har tre innsatsområder: helsefremmende og forebyggende tiltak, høykvalitetstjenester og tilgjengelige tjenester der folk bor (kommunen), og tjenester til personer med langvarige og sammensatte tilstander (spesialisthelsetjenester). Ved å ta tak i alle de tre områdene samtidig ønsker regjeringen å unngå bruk av ressurser til behandling av plager og lidelser som kunne vært forebygget eller utbedret tidligere. Planen legger særlig vekt på helse-, utdannings- og arbeidslivssektorene og samarbeidet mellom dem og har åtte resultatmål. Flere av dem er tallfestede:

- Forekomsten av barn og unges selvrapperte psykiske plager reduseres med 25 prosent.
- Andelen unge som blir uføre på grunn av psykiske plager eller lidelser, reduseres.
- Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbasert lavterskel psykisk helse- og rustilbud.
- Barn og unge henvist til spesialisthelsetjenesten får en utredningssamtale for å avklare om det skal følges opp i spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

- Gjennomsnittlig ventetid for spesialisert psykisk helsevern er redusert og lavere enn 40 dager for voksne, 35 dager for barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.
- Hindre nedlegging av sengeplasser og sørge for at døgnkapasiteten i psykisk helsevern møter behovene til barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser som trenger døgnbehandling.
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer har økt levealder, og forskjellen i forventet levealder mellom disse pasientene og resten av befolkningen reduseres.
- Helsepersonell får mer tid til pasienter, brukere og faglig utvikling.

Under innsatsområdet «Helsefremmende og forebyggende tiltak» vil innsatsen særlig rettes mot følgende tematiske områder:

Livsløp

Styrke befolkningens psykiske helse gjennom hele livsløpet ved å redusere psykiske plager blant barn og unge ved å vurdere forebyggende tiltak basert på resultater fra Ungdata – en regelmessig gjentatt nasjonal tverrsnittundersøkelse av barn og unges levekår, livskvalitet og psykisk helse – og SHoT (Studentenes helse- og trivselsundersøkelse) – også en regelmessig gjentatt tverrsnittundersøkelse (Sivertsen, 2021; Sivertsen et al., 2022).

Svangerskap og foreldreskap

Mer systematisk og kunnskapsbasert foreldrestøtte gjennom tiltak under og etter svangerskapet, og utredning av behov for tiltak for å forebygge og behandle perinatal depresjon.

Barnehager

Vurdering av tiltak som styrker barnehagene slik at de blir psykisk helsefremmende arenaer, basert på et bredt kunnskapsgrunnlag om kvalitet i barnehager.

Skole

Styrke psykisk helseopplæring i skolen ved å legge om dagens tilskuddsordning «Psykisk helse i skolen». I stedet vil de støtte skolenes arbeid med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring. Det vil de gjøre ved å utvikle en kompetansepakke på folkehelse og livsmestring som omfatter psykisk helse. Videre skal man gi tilskudd til undervisningsressurser, forskning og evaluering av psykiske helsetiltak i skolen, gjennomgå eksisterende nasjonale programmer og vurdere skolens kompetansebehov for å bygge inkluderende, trygge og gode skolemiljøer.

Fritids- og kulturarenaer

Støtte psykisk helsefremmende arenaer og øke bevisstheten om sammenhenger mellom bruk av sosiale medier og psykisk helse. Dette inkluderer å sette ned et utvalg som skal se på barn og unges skjermbruk og å legge frem en stortingsmelding om trygg digital oppvekst.

Studenter

Forbedre studentenes helse og livskvalitet ved å gjennomføre analyser basert på tilgjengelige data, inkludert SHoT-undersøkelsen, for å avdekke årsaker til psykiske helseplager, ensomhet og selvmordstanker, og videreføre og målrette tilskuddsordningen «Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk».

Arbeid og utdanning

Innføre ungdomsgaranti slik at ungdom under 30 år som trenger hjelp fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) for å komme i arbeid, skal ha en fast kontaktperson, og få tidlig, tett og individuelt tilpasset oppfølging så lenge det er nødvendig. Videre skal man utvikle samarbeidet mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren, og styrke kunnskapsgrunnet om hvilke programmer og verktøy som er effektive for å få til overgang til arbeid for ulike grupper, samt om samhandling og bruk av verktøy på tvers av sektorer.

Psykisk helsekunnskap

Øke kunnskapen om psykisk helse i befolkningen ved å vurdere hvordan en nasjonal folkehelsekampanje basert på ABC kan gjennomføres på befolkningsnivå og for ulike grupper i samfunnet (jf. Jorm, 2012).

Ensomhet

Forebygge og redusere ensomhet i befolkningen ved å vurdere å ta det inn i folkehelseloven ved revidering av loven, utarbeide en veileder for reduksjon av ensomhet og vurdere en handlingsplan mot ensomhet.

Samfunnspsykologisk kunnskap

Sørge for at samfunnspsykologisk kunnskap tas i bruk i kommunene, for eksempel ved å vurdere hvordan kommunene best kan fremme helse og livskvalitet i hele befolkningen gjennom tiltak i lokalsamfunnet og psykologiske tiltak på samfunnsnivå. Dette vil bli vurdert ved revidering av folkehelseloven.

Planen har også tiltak rettet mot eldre og på boligpolitikk med mer.

Evaluering

Planen vil være dynamisk. Det betyr at den skal tilpasses og utvikles videre etter hvert som man vinner erfaring. Flere av de foreslåtte tiltakene krever nærmere utredning, vil ta tid å gjennomføre, og man må komme tilbake til dem senere i planperioden. For å følge opp gjennomføring og utvikling av planen vil regjeringen sette ned et evalueringsutvalg med forskere og tjenestebrukere, som i hovedsak skal benytte eksisterende datakilder (registre, løpende undersøkelser). For noen av målene vil det bli utviklet nye indikatorer.

Penger

Mens den forrige opptrappingsplanen (1998–2008) kostet rundt 47 milliarder kroner over ti år, er budsjettet for den nye planen tre milliarder kroner over ti år. Dette skal dekke all opptrapping av investeringer på alle de tre innsatsområdene.

Vurdering

Dagens volum, tilgjengelighet og kvalitet på de psykiske helsetjenestene er langt bedre enn det var i 1998 da den første opptrappingsplanen ble lansert. Den gang konkluderte regjeringen med at helsetilbudet til psykisk lidende hadde «sviktet i alle ledd» (St.prp. nr. 63 (1997–1998)). Når det gjelder utbredelse og forekomst av psykiske lidelser, er det imidlertid svært liten forskjell fra den gang (FHI, 2023; Kringlen et al., 2001).

Det er derfor banebrytende og ytterst adekvat at ett av de tre tiltaksområdene i den nye planen fullt og helt er viet psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. På det området er den nye planen i tråd med flere av de 13 strategiske prinsippene som er foreslått ovenfor, og med de fire anbefalingene om prioriterte tiltak. Men den beskjedne finansieringen i de stramme økonomiske tidene vi er inne i, står i grell kontrast til de ambisiøse resultatmålene. Investerer vi ikke nok, kan vi heller ikke forvente å få mye tilbake.

Referanser

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., . . . Vollebergh, W.A. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. (420), 47–54. Andermo, S., Hallgren, M., Nguyen, T.T., Jonsson, S., Petersen, S., Friberg, M., Romqvist, A., Stubbs, B. & Elinder, L.S. (2020). School-related physical activity

- interventions and mental health among children: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine – Open*, 6(1), 25. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x>
- Andersen, U. (2021). Personlighetsforstyrrelser i arbeidslivet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/rapport/2021/07/personlighetsforstyrrelser-i-arbeidslivet>
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 526–533. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Barican, J.L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K. & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, 25(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Barnehaugenloven. (2005). *Lov om barnehager* (LOV-2005 - 06 - 17 - 64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Gladstone, T.R. G., Porta, G., Lynch, F.L., Iyengar, S. & Garber, J. (2015). Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1110–1118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1559>
- Burcusa, S.L. & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Butterworth, P., Leach, L.S., Strazdins, L., Olesen, S.C., Rodgers, B. & Broom, D.H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational & Environmental Medicine*, 68, 806–812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Bøe, T., Heiervang, E.R., Stormark, K.M., Lundervold, A.J. & Hysing, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders in Norwegian 10 - 14-year-olds: Results from a cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(3), e0248864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248864>
- Caspi, A., Houts, R.M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M.L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L.J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B.S. & Moffitt, T.E. (2020). Longitudinal Assessment of

- Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Cipriano, C., Strambler, M.J., Naples, L.H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A.K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J.C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, 94, 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Cressey, P., Milner, S., Farr, M., Abercrombie, N. & Jaynes, B. (2014). *IPR Policy Brief – Proving the value of advice: a study of the impact of Citizens’ Advice Bureau services*. University of Bath. <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/ipr-policy-brief-proving-the-value-of-advice-a-study-of-the-impac>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T.A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Pineda, B.S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S.Y., Figueroa, C.A., Llamas, J.A., Furukawa, T.A. & Muñoz, R.F. (2021). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 83, 101955. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101955>
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., ten Have, M. & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 229–236. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00851.x>
- De Ridder KAA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Bjørngaard JH (2013) Adolescent Health and High School Dropout: A Prospective Cohort Study of 9000 Norwegian Adolescents (The Young-HUNT). *PLoS ONE* 8(9): e74954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074954>
- Duchaine, C.S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., Talbot, D., Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Pena-Gralle, A.B., Lesage, A., Moore, L., Milot, A., Laurin, D. & Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 842–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>

- Durlak, J.A., Mahoney, J.L., & Boyle, A.E. (2022). What we know, and what we need to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: A review of meta-analyses and directions for future research. *Psychological Bulletin*, 148(11 - 12), 765–782. <https://doi.org/10.1037/bul0000383>
- Ekspertgruppe om Barn i fattige familier. (2023). *En barndom for livet. Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier* (Rapport). Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/df568c8ea68f48d6b03f2cca6149cf77/no/pdfs/barn-i-fattige-familier.pdf>
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O. & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *European Sociological Review*, 32(5), 552–566. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw001>
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O., Reneflot, A. & Mykletun, A. (2017). Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(2), 201–206. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206939>
- Feiss, R., Dolinger, S.B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J.A., Thomas, C.M. & Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668–1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191, 335–342. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036079>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2016). *Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013* (GBD 2013) (Rapport 2016: 1). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). *Folkehelse rapporten. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term= og>

- Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). *Folkehelse rapporten. Psykiske plager og lidelser hos voksne*.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Fusar-Poli, P., Correll, C.U., Arango, C., Berk, M., Patel, V. & Ioannidis, J.P. A. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*, 20, 200–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Gillham, J.E., Shatté, A.J. & Freres, D.R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9(2), 63–88. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(00\)80007-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(00)80007-4)
- Gomajee, R., El-Khoury, F., Côté, S., van der Waerden, J., Pryor, L., Melchior, M. & EDEN mother-child Cohort Study Group. (2018). Early childcare type predicts children's emotional and behavioural trajectories into middle childhood. Data from the EDEN mother-child cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(11), 1033–1043. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-210393>
- Goodman, A., Joyce, R. & Smith, J.P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 108(15), 6032–6037. <https://doi.org/10.1073/pnas.1016970108>
- Harvey, S.B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J.S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant R.A., Christensen, H. & Mitchell, P.B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 74, 301310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Harvey, S.B., Sellahewa, D.A., Wang, M.-J., Milligan-Saville, J., Bryan, B.T., Henderson, M., Hatch, S.L. & Mykletun, A. (2018). The role of job strain in understanding midlife common mental disorder: a national birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 498–506. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30137-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30137-8)
- Heckman, J.J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Heiervang, E., Stormark, K.M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.B., Ullebo, A.K., Plessen, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017–2022). <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2017/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helsedirektoratet (Hdir). (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (Rapport IS-1846). <https://img1.custompublish.com/getfile.php/3801471.2331.qpfacaafep/Folkehelsearbeidet++veien+til+god+helse+for+alle.pdf?return=fritidforalle.custompublish.com>
- Helsedirektoratet (Hdir). (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper* (Rapport IS-2839). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/>
- Hetlevik, Ø., Smith-Sivertsen, T., Haukenes, I., Ruths, S. & Baste, V. (2023). Young adults with depression: A registry-based longitudinal study of work-life marginalisation. The Norwegian GP-DEP study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(5). <https://doi.org/10.1177/14034948231165089>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 693–695. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>
- Holte, A. (2020, 17. september). Psykiske helseplager og selvmord: Regnskapet fremstår som «fake news». *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/zgLMoK/psykiske-helseplager-og-selvord-regnskapet-fremstaar-som-fake-news>
- Holte, A. (2022, 28. januar). Mer behandling, men ikke mindre depresjon. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/mer-behandling-men-ikke-mindre-depresjon/272319>
- Holte, A. (2023). *Psykisk helse – vår største ressurs. Psykiske lidelser – vår største utfordring* (Grunnleggsdokument for Headspace Norge. Comprehensive Report for Headspace Norway).
- Holte, A. (2024b). Promotion of mental health and prevention of mental disorders in a rich welfare state: A Norwegian perspective. *Mental Health and Prevention*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200321>
- Holte, A. & Eberhard-Gran, M. (2022, 8. april). Innfør nasjonal screening for depresjon i svangerskap og småbarnstid nå! *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2022/04/innfor-nasjonal-sceneing-for-depresjon-i-svangerskap-og-spedbarnstid-na/>

- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M.P., Kunovac, J.L., Leon, A.C., Mueller, T.I., Rice, J.A. & Keller, M.B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 694–700. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.694>
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., Mezzich, J., Bhugra, D. & European Psychiatry Association. (2012). Mental health promotion: guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.001>
- Kessing, L.V., Ziersen, S.C., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Andersen, P.K. (2023). Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning. *JAMA Psychiatry*, 80(10), 1000–1008. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2206>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B. & Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa043266>
- Kinge, J.M., de Linde, A., Dieleman, J.L., Vollset, S.E., Knudsen, A.K. & Aas, E. (2023). Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(6), 779–783. <https://doi.org/10.1177/14034948231188237>
- Kinge, J.M., Dieleman, J.L., Karlstad, Ø., Knudsen, A.K., Klitkou, S.T., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J. L. & Vollset, S.E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine*, 21, 201. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kirkbride, J.B., Anglin, D.M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P.B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T. & Griffiths, S.L. (2024). The social determinants of mental

- health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kjerkol, I. (2024). *Sykehustalen 2024*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968/>
- Knapp, M., McDaid, D. & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. Department of Health, London, UK. https://eprints.lse.ac.uk/32311/1/Knapp_et_al__MHPP_The_Economic_Case.pdf
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Aakvaag, H.F., Harvey, S.B., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.03.007>
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2012). Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS ONE* 7(8), e42567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042567>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091>
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Rammeplan for barnehagen. Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/contentassets/7c4387bb50314f33b828789ed767329e/rammeplan-for-barnehagen---bokmal-pdf.pdf>
- Mackenbach, J.P., Lingsma, H.F., van Ravesteyn, N.T. & Kamphuis, C.B. (2013). The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970–2010. *European Journal of Public Health*, 23(6), 909–915. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks106>
- Marks, D.F., Murray, M.P., Evans, B. & Estacio, E.V. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. Sage.
- McDaid, D., Hewlett, E. & Park, A. (2017). *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness* (OECD Health Working Papers, nr. 97). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/bc364fb2-en>

- McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*. Public Health England. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health>
- McTernan, W.P., Dollard, M.F. & LaMontagne, A.D. (2013). Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress*, 27(4), 321–338. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.846948>
- Meld. St. 23 (2022–2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R.A., Mitchell, P.B. & Harvey, S.B. (2016). The mental health benefits of employment: results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Mrazek, E.J. & Haggerty, R.J. (Red.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press.
- Muñoz, R.F., Beardslee, W.R. & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285–295. <https://doi.org/10.1037/a0027666>
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd* (Rapport 2009: 4). Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/220561>
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L.E. & Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1412–1418. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1412>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM); Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Applying Lessons of Optimal Adolescent Health to Improve Behavioral Outcomes for Youth, Kahn, N.F. & Graham, R. (Red.). (2019). *Promoting Positive Adolescent Health Behaviors and Outcomes: Thriving in the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182004/>

- Nordmo, M., Kinge, J.M., Reme, B.-A., Flatø, M., Surén, P., Wörn, J., Magnus, P., Stoltenberg, C. & Torvik, F.A. (2022). The educational burden of disease: a cohort study. *Lancet Public Health*, 7(6), E549–E556. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00059-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00059-7)
- Norges forskningsråd. (2008/2015). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S. & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Ormel, J. & Emmelkamp, P.M. G. (2023). More Treatment, but Not Less Anxiety and Mood Disorders: Why? Seven Hypotheses and Their Evaluation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000528544>
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bromet, E.J., Burger, H., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Hwang, I., Karam, E., Kawakami, N., Lépine, J.P., Medina-Mora, M.E., Posada-Villa, J., Sampson, N., Scott, K., Ustün, T.B., ... Kessler, R.C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22), 1741–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.272.22.1741>
- Pearce M, Garcia L, Abbas A, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(6):550–559. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19–28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>

- Pinto, T.M., Guirro, L.P., Rufino, M.C. & Coutinho, M.E. (2021). Resilience Programs for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.754115>
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Poppe, C. & Kempson, E. (2023). *Dyrtilid 4: Det er ikke over ennå. Husholdenes økonomiske trygghet i august 2023* (SIFO Rapport). <https://hdl.handle.net/11250/3091870>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/?ch=1>
- Regjeringen.no. (2020). Fag og læreplaner. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/innhold-vurdering-og-struktur/id2356931/>
- Riksrevisjonen (2024). Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet. Dokument 3:17 (2023 - 2024). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/ungeutenforarbeidslivet.pdf>
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A.A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x>
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford Medical Publications). Oxford University Press.
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K. & Newbury-Birch, D. (2022). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Radua, J., Baccaredda Boy, O., Provenzani, U., Ruzzi, F., Calorio, F., Nosari, G., Di Marco, B., Famularo, I., Montealegre, I., Signorini, L., Molteni, S., Filosi, E., ... Fusar-Poli, P. (2021). Universal and Selective Interventions to Prevent Poor Mental Health

- Outcomes in Young People: Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(3), 196–215. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000294>
- Schaefer, J.D., Caspi, A., Belsky, D.W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L.J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R. & Moffitt, T.E. (2017). Enduring mental health: Prevalence and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 212–224. <https://doi.org/10.1037/abn0000232>
- Singh, V., Kumar, A. & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion – A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT): Tilleggsundersøkelse*. <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>
- Sivertsen, B., Knapstad, M., Petrie, K., O'Connor, R., Lønning, K.J. & Hysing, M. (2022). Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: A national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 12(2), e057492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>
- Skog, O.J. (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl. 1), 35–47. <https://doi.org/10.1080/09652140020021161>
- Sletten, P. (2020, 21. september). SSB vil på det sterkeste avvise at våre tall er «fake news». *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/0KE0pg/ssb-vil-paa-det-sterkeste-avvise-at-vaare-tall-er-fake-news>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021). *Barnehager*. <https://www.ssb.no/en/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023). *Statistikkbanken*. <https://www.ssb.no/statbank>
- St.meld. nr. 16 (2006–2007). ... *ingen sto igjen. Tidlig intervensjon for livslang læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/?ch=3>
- Stockings, E.A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y.Y., Erskine, H.E., Whiteford, H.A. & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of

- universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001725>
- St.prp. nr. 63 (1997–1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Taylor, R.D., Oberle, E., Durlak, J.A. & Weissberg, R.P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M. & Taylor, E. (2015). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6. utg.). Wiley Blackwell.
- van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M. & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 5(5), 631–652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- van der Molen, H.F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M.H. W. & Groene, G. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7), e034849. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>
- van der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K.I. (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational & Environmental Medicine*, 71, 730–736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Vasileva, M., Graf, R.K., Reinelt, T., Petermann, U. & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A.L., Newby, J.M. & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Calear, A.L., Perry, Y., Torok, M., O'Dea, B., Christensen, H. & Newby, J.M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated

- systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E. & Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Wilhelmsen, T., Røysamb, E., Lekhal, R., Brandlistuen, R.E., Alexandersen, N. & Wang, M.V. (2023). Children's mental health: The role of multiple risks and child care quality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 86, 101546. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101546>
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Mental Health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO). (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization (WHO). (2022c). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- Zachrisson, H.D. & Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*, 86(2), 425–440. <https://doi.org/10.1111/cdev.12306>
- Zachrisson, H.D., Rødje, K. & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6(34). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-34>