



NORCE Norwegian Research Centre AS
www.norceresearch.no

HBS Agder

Førevaluering av tiltak for helsefremmende barnehager og skoler

Migle Helmersen (NORCE) og Rune Stiberg-Jamt (Oxford Research)

Prosjekttittel: HBS Agder. Førevaluering av tiltak for helsefremmende barnehager og skoler
Institusjon: Norce Norwegian Research Centre
Oppdragsgiver(e): [Oppdragsgiver(e)]
Helsefremmende barnehager og skoler / HBS Agder
Rapportnr.: 4-2019-samfunnsforskning
ISBN: 978-82-8408-008-6
Antall sider: 40
Publiseringsmnd.: Mars
Stikkord Helsefremmende tiltak, psykisk helse, barnehager og skoler, implementering

Forord

Hovedmålet med det nasjonale folkehelseprogrammet for den regionale satsingen i Agder og for prosjektsatsingen Helsefremmende barnehager og skoler (HBS) er å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Norce og Oxford Research fikk i 2019 i oppdrag fra prosjektet HBS Agder å se nærmere på hvordan allerede iverksatte helsefremmende tiltak bidrar til å nå dette målet. Formålet med denne evalueringen er at den skal bidra med kunnskap om tiltakene i HBS Agder og implementeringsprosessen av disse, samt anbefaling av hvordan tiltakene skal videreføres.

Prosjektteamet har ved hjelp av ulike typer datainnsamling evaluert 4 kommuner og 12 tiltak til sammen. Rapporten som nå foreligger presenterer analyser av intervjumateriale, casestudie, rapportgjennomgang og en kort gjennomgang av internasjonal og nasjonal forskningslitteratur på feltet. Evaluators tillegg deltatt på et halvdags læringsverksted med diskusjon om veivalg for prosjektet og videreføring av tiltakene som er igangsatt.

To forskere har deltatt i utforming av studien og innsamling av data i forhold til prosjektets ulike sider.

Vi ønsker å takke prosjektledelsen og prosjektgruppen i HBS Agder for deres vilje og evne til å dele erfaringene sine med oss.

Rapporten er kvalitetssikret internt i instituttene. Alle feil og mangler må likevel stå for forfatterens regning.

Mars 2019

Norce og Oxford Research

1. Innhold

Forord	2
2. Prosjektets bakgrunn og mandat	4
Mandat	4
Gjennomføring av evaluering	5
3. Forskingen om teoriene	6
Folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid	6
Forebygging og helsefremmende arbeid	6
Helsefremmende arbeid som prosess	7
Teorien bak praksis - Salutogenese	8
4. Barnehager og skoler som arena	12
Forskningen om tiltak for å fremme psykisk helse	12
5. Viktige indikatorer og HBS tiltakenes relevans	23
6. Implementering av tiltak	28
Forankring – Noe alle vil!	28
Støtte og ledelse – Noe vi legger til rette for!	28
Kompetanse – Noe vi lærte oss!	28
Tiltakslojalitet – Noe vi sa og noe vi gjorde!	29
Øvrige sentrale forhold	29
Bærekraft	29
Skalerbarhet	29
Sentrale spørsmål	30
Vurdering av de ulike tiltakene	31
7. Helhetlig vurdering	34
Utfordringer	34
Samlet vurdering av de ulike tiltakene	34
Anbefaling om videre arbeid	35
8. Referanser	37

2. Prosjektets bakgrunn og mandat

Folkehelsearbeidet skal bygge på tilgjengelige kunnskap om utviklingstrekk, både risikofaktorer for sykdom, faktorer som fremmer helse og helseutviklingen generelt (Tellnes, 2017). Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer: forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukerne eller borgernes kunnskap og medvirkning samt verdier, ressurser og politikk (Lillefjell m fl., 2013). Gjennom samhandlingsreformen og ny lovgiving gis kommunene større ansvar for å løse helseproblemer der folk bor (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). I dette arbeidet har Fylkeskommunene gjennom ny Folkehelselov fått en viktig rolle som pådriver og koordinator (Folkehelseloven, 2012). Fylkeskommunene skal ha oversikt over helsetilstanden i fylket og faktorer som påvirker befolkningens helse, og videre understøtte kommunenes folkehelsearbeid – bidra til en mer helsefremmende tilnærming med fokus på tiltak for å bedre befolkningens levkår og livskvalitet – både for enkeltindividet, i lokalmiljøet og i samfunnet generelt (Raphael, 2010). Kommunene har per i dag relativt god oversikt over risikofaktorer og sykdom i befolkningen, men begrenset kunnskap om hva som fremmer helse (Lillefjell med fl., 2013).

Mandat

Dette samarbeidsprosjektets tidsramme var knapt en måned og overordnede mål er følgende: 1. Kartlegge/definere helsefremmende indikatorer generelt, 2. Evaluere implementering av tiltakene i HBS Agder, 3. Vurdere i hvilken grad og hvordan det skal jobbes med tiltakene fremover. Denne kunnskapen vil kunne gi kommunene et bedre beslutningsgrunnlag, gjøre de i stand til å implementere en mer helsefremmende politikk for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet, samt iverksette effektive helsefremmende tiltak i barnehager og skoler. Vurdering av samarbeid internt og på tvers i kommunene var ikke en del av oppdraget. Likevel har prosjektteamet notert noen viktige og kritiske innvendinger mot HBS som prosjekt som har betydning og som er fremkommet i intervjuene. Nærmere bestemt, deltakere i prosjektet er kritiske til at enten HBS som prosjekt, eller som Folkehelsesatsing, ikke er evaluert. Det hevdes at rammebetingelser endres for hyppig, og at det er lite sammenheng med allerede etablerte prosjekter/tiltak. Om hovedutfordringene kort:

- Nyetablerte tiltak må være samkjørt/koordinert med det kommunene jobber med allerede.
- Viktig at nye tiltak blir utviklet i et tverrfaglig samarbeid mellom helse, - og utdanningssiden for arenaen som skal benyttes.
- Skjev sammensetning i prosjektgruppa sentralt og tilfeldige sammensetninger i prosjektgrupper lokalt. Manglende mandat fra kommunen. Ønskes at fylkeskommune tar et sterkere koordineringsansvar.
- Designet med utprøving og deretter skalering, er både praktisk og etisk krevende.

Gjennomføring av evaluering

For å kunne belyse problemstillingene i dette prosjektet valgte forskere å gjennomføre et litteraturstudie, et casestudie, gjennomgang av rapporter fra kommuner, kvalitative intervju og læringsseminar. Målet for *litteraturstudien* var å utvikle indikatorer for vurdering av prosjektets praksis for helsefremmende arbeid i skole og barnehage. Indikatorene fungerer som analyseverktøy for vurdering av tiltakene i prosjektene i HBS Agder. *Casestudie* var gjennomført ved å lese gjennom rapporter fra kommuner og kvalitative intervjuer. *Rapportgjennomgang*: Forevalueringen hadde som mål å vurdere tiltakene basert på indikatorene, definert via litteraturstudien. *Kvalitative intervju av prosjektledere*: de 8 intervjuer hadde som mål å avdekke hvordan de enkelte prosjektene er kommet i gang, hva som er utfordringer og svakheter/ styrker med utviklingsarbeidet så langt. Arbeidsnotat for læringsseminar ble utarbeidet på bakgrunn av dette materialet. *Læringsseminar*: Målet for læringsseminar er diskusjon om anbefalinger knyttet til veivalg for HBS Agder og videreføring av tiltakene som er igangsatt. I læringsverkstedet deltar prosjektleder for HBS Agder, prosjektansvarlige i utviklingsprosjektene, en innleid pedagog samt forskerne som var ansvarlige for evalueringen.

3. Forskingen om teoriene

Folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid

Helsefremmende aspekt i folkehelsearbeidet handler om å vise til hva som fremmer god helse og gode liv. Menneskets opplevelse av disse faktorene i livet virker beskyttende for deres helse: mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner (Helsedirektoratet, 2014).

For å kunne oppfylle folkehelsepolitikkenes overordnede mål med flere leveår med god helse i befolkningen, trengs det kunnskap om faktorer som fremmer, vedlikeholder og gjenoppretter god helse, både blant friske individer, utsatte grupper og blant personer med helsesvikt (Lillefjell med fl., 2013). Dette understøttes av Verdens helseorganisasjon (WHO), som tydeliggjør behovet for tiltak som ikke bare har til formål å forhindre sykdom og skade, men også å fremme trivsel og livskvalitet (WHO, 1986). Derfor omfatter folkehelsearbeidet både helsefremmende og forebyggende tiltak. Mål og innsatsområder i helsefremmende og det forebyggende arbeidet er nokså like, men det er klare forskjeller i ideologi, arbeidsmåter og valg av virkemidler (Mæland, 2005). Oversikten til kommunene over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, identifiserte påvirkningsfaktorer og egne folkehelsemål er utgangspunkt for å iverksette et folkehelsetiltak. Slike tiltak skal ha en klar struktur og skal baseres på folkehelsetriangel (figur under). Fokus i HBS Agder prosjektet er på det grønne nivå – universelt helsefremmende arbeid.

NØDVENDIG
FOR ENKELTE



Utredning og vedtak.
Samarbeid og koordinering.
Habilitering og rehabilitering.

NYTTIG
FOR NOEN



Hjelp, veiledning og behandling.
Koordinering og oppfølging.
Selektiv og indikativ forebygging.

BRA FOR ALLE



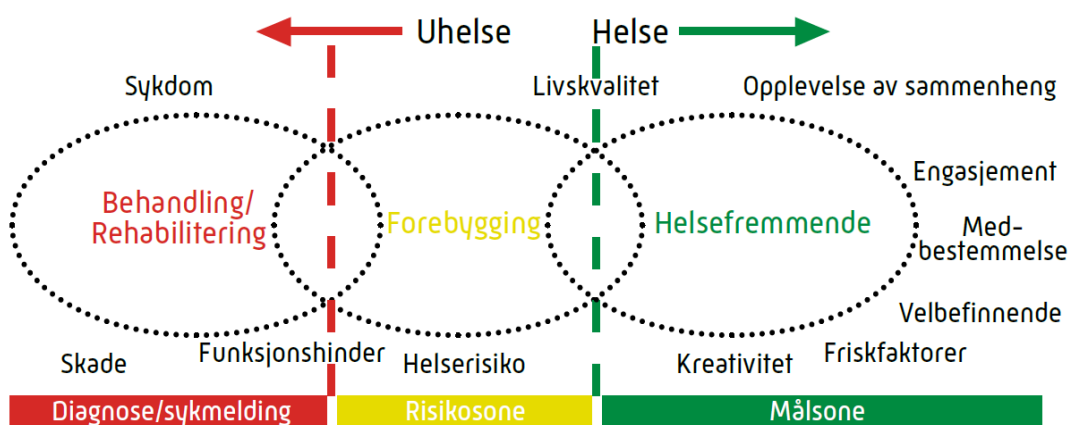
Helsefremmende arbeid
Universell forebygging.

Forebygging og helsefremmende arbeid

Forskningen påpeker at det ikke alltid er enkelt å skille mellom et mer tradisjonelt forebyggingsperspektiv og et helsefremmende perspektiv når man snakker om sykdom og helse. Et viktig skille er at *forebygging* («*prevention*») gjerne rettes mot enkeltindivider eller en spesifikk gruppe av individer som betraktes som å tilhøre en risikogruppe, og handler i stor grad om å identifisere ulike risikoforhold. Tiltak, som skal bidra til å minske denne risikoen for skader og dårlig helse hos disse individene grupper, innføres på

grunnlag av dette. *Helsefremmende arbeid* («*promotion*») inkluderer gjerne alle i samfunnet/organisasjonen og som arbeidsgiver/ansvarlig aktør er man opptatt av å skape støttende og helsefremmende miljø/arbeidsmiljø for alle. Helsefremmende arbeid retter fokus mot forhold som bidrar til å opprettholde og fremme helse i form av økt mestring, motstandskraft og overskudd.

Disse to perspektivene komplementerer gjerne hverandre - i praksis er helsefremmende og forebyggende arbeid initiert av mange tiltak, som kan ha elementer av begge (figur etter Ahlborg og Thynell. 2005).



Fritt etter Ahlborg [2005] / Thynell [2005], Kommuneforbundet

Helsefremmende arbeid som prosess

En rekke faktorer påvirker helsen: fysisk aktivitet, mat og drikke, utdanning, inntekt, veisikkerhet, inneklima, utemiljø, bosted og tilgang på helsetjenester. En mye brukt definisjon av helsefremmende arbeid er definert av WHO - «*den prosessen som gjør individer, grupper og organisasjoner i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helse*». Denne definisjonen vektlegger at helsefremmende arbeid er en demokratisk prosess. Det å styrke verdier som gir individer, grupper og organisasjoner mulighet for ansvar, delaktighet, mestring og kontroll over egen situasjon framheves som viktig.

I følge WHO handler helsefremmende arbeid om den enkeltes og/eller lokalsamfunnets mulighet for å ha aktiv innflytelse over egen situasjon. Helsefremmende arbeid vektlegger at innsatsen ikke må sees isolert i forhold til annet arbeid som har som mål å utvikle samfunnet. Det er derfor viktig at andre instanser som har ansvar for tiltak som kan påvirke helsetilstanden til befolkningen eller enkeltmennesker, selv tar hensyn til den helsemessige virkningen av tiltakene. Helsefremmende arbeid er således nært tilknyttet

politisk virksomhet. Det handler om å sikre at samfunnet blir utviklet slik at man unngår å skape grunnlag for fremtidig utvikling av sykdom og mistrivsel.

En dansk studie viser at danske kommuner sjelden foretar gode innledende analyser av virksomheter og kartlegginger av hvilke spesifikke behov for helsefremmende innsats virksomheten har (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2003). Mange av tiltakene som settes i gang er sjelden et resultat av en systematisk og strategisk vurdering av det å jobbe systematisk med helsefremmende tiltak. Det påpekes også at tiltakene man benytter i liten grad evalueres. Det spekuleres på om virksomhetene mangler kunnskap og verktøyer som kan hjelpe dem til å jobbe mer strukturert med helsefremmende arbeid og at mange kommuner mangler kunnskap om sammenheng mellom innsats og effekter (Fafo, 2013).

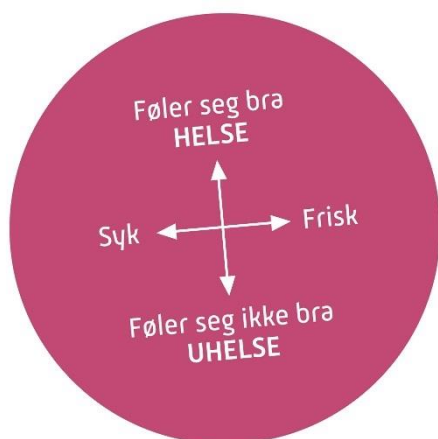
En britisk studie (Black 2008 i Arbeidstmiljøverket 2012:44), har undersøkt ulike faktorer betydning for å lykkes med helsefremmende tiltak og har påpekt at: 1) ledelsen må også delta i programmene, 2) programmene må ta utgangspunkt i virksomhetenes overgripende oppgaver og mål, 3) kommunikasjonen må være god, 4) programmene/tiltakene må ta utgangspunkt også i ansattes behov og de må involveres, 5) man må måle resultatene av tiltakene.

Teorien bak praksis - Salutogenese

Helsefremmende arbeid bygger på en *salutogen* tilnærming hvor fokuset ifølge amerikansk forsker Antonovsky (1979) rettes mot å identifisere og styrke faktorer som fremmer helse og livskvalitet hos individ og i omgivelsene. Dette i motsetning til et ensidig fokus på risikofaktorer for uhelse (forebygging) (Raphael. 2010). Eksempler på helsefremmende faktorer og forhold i samfunnet er utdanning, arbeid, inntekt, bo- og nærmiljø, sosial inkludering, tilgang til tjenester, tilgang til friskfaktorer som ren luft, naturområder, gang og sykkelstier, trygghet, kultur med mer (Kaplan, 2001; van Dilen m.fl., 2011).

Salutogenese betyr «helsens opphav» (fra «salu» = helse og «genese» = opphav). Som navnet tilsier er fokuset på helse og helsefremmende faktorer, heller enn på sykdom og risiki. Helsefremmende tenkning er opptatt av hva som gjør at mange mennesker bevarer – og til og med bedrer – helsen til tross for at de møter motstand og utfordringer i livet.

At helse er ikke et entydig begrep har WHO definerte allerede i 1948 - helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Definisjonen er viktig fordi den vektlegger at helse er noe mer enn fravær av sykdom og at helse har flere dimensjoner enn bare den fysiske. Helsekorset (se figur under) illustrerer at vi kan se på helse som en bevegelse langs to kontinuum: *frisk – syk* og *«føler seg bra» – «føler seg ikke bra»*. Vår helse er avhengig av hvor vi befinner oss langs begge disse aksene. Ut fra denne tankegangen kan for eksempel en person ha påvist en eller flere sykdommer, men likevel føle seg bra og dermed ha god helse totalt sett.



Helse blir ikke lenger forstått som «fravær av sykdom», men som livslang prosess.

De siste årene har det vært en økende interesse for hvilke faktorer som bidrar til å bedre helsen vår. Listen over potensielt helsefremmende faktorer blir stadig lengre. Antonovsky mente at slike lister ikke var nok, og at det er behov for en overordnet teori som kunne si noe om hvorfor disse faktorene var med på å bedre helsen vår.

Kjernene i *Salutogenese* teorien er konseptet «*Sence of Coherence (SOC)*», som kan oversettes til «en følelse av sammenheng». Gjennom oppveksten utvikler mennesker en forståelse av verden som mer eller mindre begripelig, håndterbar og meningsfull. Jo sterke denne følelsen av sammenheng (SOC), jo bedre forutsetninger til å oppleve subjektiv helse, og til å ivareta egen helse. Et menneske med en sterk SOC vil oftere gjøre valg som gagnar helsa, og kan håndtere livsutfordringer på en måte som ikke svekker helsa på lang sikt (Antonovsky 1979, 1987). I Norge betegnes ofte «følelse av sammenheng» for *mestringsevne*.

I Antonovskys opprinnelige tilnærming er utviklingen av SOC først og fremst avhengig av det som beskrives «*generalised resistance resources*» (generaliserte motstandsressurser). Slike ressurser eksisterer først i menneskers fysiske, sosio-kulturelle og åndelige omgivelser, og tilegnes gjennom oppveksten. Ressursene spiller en nøkkelrolle i veien til god helse: på den ene siden tilrettelegger ressursene i omgivelsene for signifikante livshendelser, som er grunnleggende for en sterk SOC. Slike hendelser kan være mangfoldige: både positive og negative opplevelser kan styrke SOC, avhengig av hvordan de håndteres. For eksempel kan barn som opplever at en av foreldrene blir syk, men som får støtte av andre viktige personer i de nære omgivelsene, håndtere krisen. Denne erfaringen kan så tilegnes, og i sin tur styrke SOC (Lillefjell med fl., 2013). For å utvikle en sterk SOC er det avgjørende å lære å kjenne igjen, og anvende ressursene man har til rådighet. Som tidligere nevnt, mente Antonovsky at SOC primært utvikler seg gjennom oppveksten, men senere studier har vist at SOC også kan utvikles i voksen alder (Erikson & Lindstrøm, 2006; 2008).

Figuren under viser et eksempel på opplevelse av sammenheng, fritt oversatt etter Hansson (2004). Figuren er generell og passer mer eller mindre på en konkret «tiltaks plass». Det er derfor viktig å tilpasse den lokalt ved å utforske nærmere hva som kan styrke opplevelsen av sammenheng (SOC) i den enkelte virksomhet/tiltaks plass.

Eksempel på opplevelse av sammenheng, fritt oversatt etter Hanson (2004)

BEGRIPELIGHET	HÅNTERBARHET	MENNINGSFULHET
<u>Kunnskap om:</u> Omverdenen (bransjen, virksomhetens historie/ organisasjon, arbeidsinnholdet, lærings-, eller arbeidsmiljøet, egen rolle, endringer)	<u>Ressurser og støtte:</u> (materiale og verktøy, sosial støtte, tydelig organisasjon, klare retningslinjer)	<u>Motivasjon:</u> (visjoner, mål, rettferdig lønn, jobb-hjem balanse)
<u>Tilbakemelding fra:</u> (ledere, kollegaer, lærere, kunder/brukere)	<u>Påvirkningsmuligheter:</u> (arbeidstempo, planlegging, beslutninger, medvirkning, deltakelse)	<u>Verdier:</u> (etikk og moral, sentrale verdier, rettferdig behandling)
	<u>Kompetanse:</u> (yrkeskunnskap, yrkesferdigheter, sosial kompetanse, kommunikasjon)	<u>Positive opplevelser:</u> (relasjon til kollegaer, relasjon til ledere, trivelig miljø, humor, variasjon, trivselsaktiviteter, selvfølelse)
	<u>Kapasitet:</u> (fysisk, psykisk, distansering, pauser)	

Begripelighet handler om at vi ser sammenhenger mellom de ulike delene i omgivelsene/organisasjonen/skolen og kjenner vår egen funksjon i den – klarer å sette ting i sammenheng. Hvis man opplever indre eller ytre stress, vil en person med høy SOC (mestringsevne) klare å sette hendelsene i en sammenheng. En person med lavere mestringsevne vil føle at man ikke har kontroll. En viss grad av begripelighet er en grunnleggende forutsetning for den neste komponenten i opplevelsen av sammenheng – *håndterbarhet* - i hvilken grad man har tilstrekkelig ressurser og kompetanse til å takle situasjoner som dukker opp. Håndterbarhet handler om den evnen og muligheten vi har til å påvirke situasjonen vår og omgivelsene våre. Begrepet «empowerment» er ofte brukt

innen helsefremmende arbeid. Det betegner den makten og de ressursene vi alle trenger i hverdagen for å håndtere våre liv på en helsefremmende måte. Også vår kompetanse og våre ferdigheter samt fysiske og psykiske kapasitet virker inn på hvordan vi håndterer situasjonen. *Meningsfullhet* er motivasjonskomponenten i opplevelsen av sammenheng, og Antonovsky mener dette er den viktigste komponenten. Opplever vi ikke at det vi gjør har noen mening, blir vi mindre interesserte i å begripe og lære, og dermed blir vi også mindre motiverte til å håndtere utfordringer. Klare mål, reflekterte lærere, yrkesstolthet hos dem og hyggelig, kompetent kollegialt miljø er eksempler på faktorer som kan bidra til å styrke opplevelsen av mening.

4. Barnehager og skoler som arena

De siste årene har psykisk helse blant ungdom har fått stor oppmerksomhet som en folkehelseutfordring som er viktig både internasjonalt og nasjonalt (Folkehelseinstituttet 2014; WHO 2013; Patton med fl. 2018; Adelman med fl. 2006). Skole og utdanning har stor betydning for menneskers psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2011; WHO, 2013). Helse skapes der hvor livet leves, og barnehager og skoler er et sted hvor unge mennesker tilbringer mye tid. Som institusjoner har barnehagen og skolen dermed en svært sentral posisjon når det gjelder menneskers psykiske helse og livskvalitet gjennom livet. I tillegg til utdannings mandat, har disse institusjonene samtidig et mandat for å være barns og ungdoms «døråpner» mot framtiden (Klomsten, 2018). Skolen skal tilrettelegge for læring, kompetanse og ferdigheter som gjør det mulig for unge mennesker å ta hånd om seg selv og andre. Dette gjenspeiles i formålsparagrafen for opplæring i skolen *«elevene skal utvikle kunnskap, dugleik og holdninger for å kunne mestre egne liv, og samtidig tilstrekkelig overskudd og vilje til å hjelpe andre»* (Opplæringslova, 1998).

Fra et folkehelseperspektiv utgjør unge mennesker en viktig del av befolkningen. Det forventes at ungdom i løpet av oppveksten og utdanning tilegner seg kunnskap og evner som vil være viktige for deres voksne liv, og som kan påvirke samfunnet. Ungdomsårene er en kritisk fase for å bygge grunnlaget for et fremtidig sunt samfunn (Mulye med fl., 2009; Vigo med fl., 2016; Sawyer med fl., 2012) og forskere setter fokus på mental helse i helsefremmende perspektiv (Sturgeon, 2006). Folkehelsestrategier og programmer som fremmer god helse bidrar også til å forebygge psykiske sykdommer (Jane-Llopis med fl., 2005). Men selv om det er differensiert, er det viktig å merke seg at skillet er mindre stivt for unge populasjoner, fordi barn utvikler ferdigheter etter hvert som de modnes (Barnes, 1998), og ferdighetsutvikling med sikte på å fremme trivsel kan ha forebyggende effekter (Sroufe A., 1984). Derfor ses det å fremme god helse blant barna og ungdom og forebygging av psykisk sykdom som komplementære strategier (Bjørnsen med fl., 2018). Når folkehelse og livsmestring får en sentral posisjon i norsk skole, må det oppfattes som svært positivt og er en anerkjennelse av den betydning det har for enkeltindividet og for omgivelsene å lære om tanker og følelse i en skolekontekst (O'Brien, 2008).

Forskningen om tiltak for å fremme psykisk helse

En rekke primærstudier og forskningsoppsummeringer internasjonalt dokumenterer effekter av forebyggende intervensjoner på området psykisk helse. De positive funnene, både for befolkningsrettede tiltak og tiltak rettet mot høyrisikogrupper, gjelder områder som angst, depresjon, selvmord, atferdsproblemer og mobbing (Durlak J., 1998; Cuijpers P. med fl, 2008; Weist m.fl., 2004). De er hovedsakelig knyttet til endring av kunnskap, oppmerksomhet, holdninger/stigma og atferd (Pinfold V., 2003; Tennant R. m. fl., 2007, Jané-Llopis E., 2005). Nasjonalt er det imidlertid få studier av god kvalitet på dette området (Andersen med fl., 2010). En studie omhandler angst mens de andre i hovedsak

retter seg mot atferdsproblematikk (Olweus D. m. fl., 2010; Roland E. m.fl. 2010; Ertesvåg S.K. m.fl., 2010; Sørli M.A. M.fl., 2007).

Det foreligger relativt lite forskningsbasert kunnskap om hvordan psykisk helsearbeid kan tilrettelegges på en best mulig helsefremmende måte i barnehage, - og skolesammenheng. Så langt viser forskning at:

- undervisning i psykisk helseprogram virker positivt, særlig på kort sikt (Klomsten, 2018)
- effekten har en tendens til å avta og stoppe når programmene avsluttes (Andersen, 2011; Anderson med fl., 2010)
- psykisk helsekunnskap i skolen må vedlikeholdes gjennom systematisk og grundig undervisning som foregår over tid (Klomsten, 2014, 2017; O'Reilly M., 2018).

Weist og Murray (Weist M.D. m.fl., 2007) hevdet at helsefremmende tiltak/programmer skulle fokusere på sosial og emosjonell læring, kompetanse for alle elever, samt aktiv involvering av unge, skoler og lokalsamfunn. Forfatterne har lagt vekt på at tiltakenes kvalitet er sentral, og mange faktorer skal ivaretas:

- Inkluderende tilnærming.
- Bygge programmer som reflekterer elevenes, skolens og samfunnsbehov, samt tverrfaglig samarbeid mellom ressurser.
- Fokus på å redusere barrierer for læring gjennom kunnskapsbaserte tiltak/programmer.
- Fokus og støtte til systematisk kvalitetsvurdering og forbedring i hele prosessen.
- Viktig at personalet er engasjert og får nødvendig støtte.
- Forsikre at satsingen er målrettet til elevenes utviklingsevner og reflekterer mangfoldet.
- Bygging av tverrfaglige relasjoner i skoler, sterke lag og koordineringsmekanismer.

For at endringene skal skje, er opplæring og involvering av en rekke mennesker nødvendig for å skape et kulturelt skifte i den pedagogiske konteksten (Weist M.D. m.fl., 2007).

Dette hevdes også i andre vestlige land, hvor involvering av flere personer anses nødvendig for vellykkede psykisk helsefremmende programmer i skolene (Nielsen L. med fl, 2015; Rowling L, 2009). Videre kan utvikling av samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren skape meningsfullt engasjement og varige positive endringer i regi av slike tiltak (Svirydzenka N., m.fl. 2014).

Forskningen indikerer at mange unge over hele verden ikke er godt informert om psykisk helse (Rode m.fl., 2007; Sessa B., 2005) og det er et klart behov for å øke bevisstheten, utdanning og intervensjoner som skal bedre mentalt velvære blant den unge befolkning. Helsefremming av mental helse er potensielt sentral løsning, og derfor er det ikke overraskende at mange tiltak, som er blitt utviklet, tar denne tilnærmingen (O'Reilly M., 2018).

Fokuset i denne evalueringen er på universelle helsefremmende tiltak for mental helse i barnehage og skolen, ikke på tiltak som er rettet mot personer med høy risiko eller hvor helseopplæring er en del av behandlingen av en psykisk helseforstyrrelse. Under er en oversikt over forskningsartikler som viser resultater fra evaluerte internasjonale og nasjonale tiltak. Forskere bak rapporten vurderer disse som aktuelle for denne evalueringen.

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
INTERNASJONAL FORSKNING			
Nielsen et al. (2015). Promotion of social and emotional competence: experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. Health Educ 115:339-356 Danmark	Skoleomfattende tilnærming og handlingskompetanse (knytter demokrati og deltakelse, og empowerment) (se Clift og Jensen (2005) The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Danish University of Education Press, Copenhagen	Skreddersydd for kunnskap, ferdigheter, mening og sosial handling. Målet er å redusere sosioøkonomisk ulikhet i sosial og emosjonell kompetanse. Består av fire komponenter: aktiviteter for barn; utvikling av ansattes kompetanse; foreldres engasjement; Initiativer i skolens hverdag. Utdanningsmateriale ble skreddersydd for aldersgrupper, slik at de kunne integreres i læreplanen Tiltakets gjentakelses styrke var ikke evaluert	Statistisk signifikant endring. Flere barn rapporterte høyere sosial og følelsesmessig kompetanse etter tiltak (40,8%) vs før tiltak (33,3 %). Ingen effektstørrelse ble rapportert.
MindMatters Franz og Paulus (2009) MindMatters – a program for the promotion of mental health in primary and secondary schools: results of an evaluation of the German Language Adaptation. Health Educ 109(4):369-379 Tyskland	Ressurs basert konseptteori, balansering mellom interne og eksterne behov og ressurser	Et Australsk program for fremming av mental helse blant ungdom – oppfordrer respekt, toleranse og motstandskraft Involverer skolepersonell og barna. Den tyske studietilpasningen inkluderte alle involverte i skolemiljøet: barn, lærere, foreldre og så videre. Tyske versjonen var kulturelt tilpasset. Oppfordrer kommunikasjon og problemløsning Før forsøket deltok personalet i opplæring	Noen positive endringer i mental helse, noe forbedring i sosial kompetanse Forfattere beskriver effekter som minimal

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
SET Kimber et al. (2009) Social and emotional training in Swedish schools for the promotion of mental health: an effectiveness study of 5 years of intervention. Health Educ Res 23(6):931-940 Sverige	Ingen teoretisk ramme diskutert	Sosial og emosjonell opplæring (SET) -utdanningsteknikker Tiltaket ble gjennomført av klasselærere i skoletid SET-dekker selvbevissthet, styring av følelser, empati, motivasjon og sosial kompetanse Lærerne fikk opplæring før tiltak og fikk veiledning Tiltakets gjentakelses styrke var ikke evaluert	Gode resultater etter 3 år – (i) positive resultater på 5 av 7 variabler – selvrapportert internalisering (depresjon, angst), selv rapportert ekstermalisering (ADHD, ODD), mestring, 'Jeg tror jeg er' og tilfredshet på skolen. (ii) For de fem signifikante variablene var effektstørrelser fra små til middels. (iii) signifikante forskjeller mellom SET og ikke-SET-skoler for alle variabler i 3 års periode, men en over 5 år (eksternaliserende og internaliserende atferd) Mobbing-nivåene forblir konsekvent lave i tiltaks-skoler sammenlignet med ikke-tiltaksskoler
KidsMatter Dix et al. (2010) Social factors that influence child mental health. In: Bhugra D (eds) Principles of social psychiatry, 2 nd edn. Wiley-Blackwell, Oxford, pp 295-304 Australia	Skoleomfattende tilnærming Firedelt ramme: (1) positivt skole miljø, (2) sosial og emosjonell læring, (3) støtte fra foreldrene og utdanning, (4) tidlig intervensjon	KidsMatter trial Tiltaket fokuserer på sosial og emosjonell kompetanse Designet for å forbedre mental helse, redusere mentale helseproblemer, og tilby bedre støtte for barn med utfordringer	Etter 2 år har flere lærere (14%) endret mening om at intervensjon har bidratt til bedre lærings ytelse
Working Things Out Fitzpatrick et al. (2013) Enchancing the mental health promotion	Skoleomfattende tilnærming	Forbedret sosial, personlig og helse utdanningsprogram som inkluderer mental helse	Signifikant effekt i forskjellen for å søke hjelp før og etter tiltaket

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
component of health and personal development program in Irish Schools. Adv Sch Ment Health Promot 6(2):122-138 Irland		komponent - målt mot standart programmet. Programmet basert på veiledning av barn med psykiske lidelser som skal brukes i universelt helsefremmende arbeid	Elevene viste forbedring når det gjelder reduksjon av peer problemer (likemanns problemer)
BounceBack Anthony and McLean. (2015) Promoting mental health at school: short-term effectiveness of a popular school-based resiliency program. Adv Sch Ment Promot 8(4): 199-215 Australia	Universell helsefremmende tiltak	Skolebasert motstandsdyktighets/robusthet (resilience) program, som fremmer motstandskraft og positiv mental helse ved å undervise i sosiale og emosjonelle kompetanser og positiv psykologi (se McGrath and Noble, 2003) Tiltaket forbedrer beskyttelsesfaktor som er assosiert med motstandskraft Flerårig program, som består av 9 en-times sesjoner over 9 uker Tiltakets gjentakelses styrke var ikke evaluert	Total effektivitet ble registrert. Barna rapporterte høyere verdier av motstandsdyktighet blant barna i tiltaksgruppe en i kontroll gruppe (høyere indeksskår for ressurser, lavere for sårbarhet). Virkningen av tiltaket ble evaluert ved 3 måneders oppfølging
Haraldsson et al. (2008) Evaluation of school-based health promotion programme for adolescents aged 12-15 years with focus on well-being related to stress. Public Health 122:25-33 Sverige	Ingen teoretisk ramme diskutert	Helsefremmende program - brukes som et vanlig skolefag hver uke i ett studieår (25-30 timer totalt). Stressintervensjon gjennomført av fysioterapeut som hadde erfaring med stresshåndtering	De som har deltatt i programmet har opprettholdt sin følelse av velvære. Kontrollgruppe – forverret. Ingen statistisk signifikant forskjell mellom grupper når det gjelder selvtillit
Yoga Butzer et al. (2017) A qualitative examination of yoga for middle schools' adolescents. Adv Sch Ment Health Prom 10(3):195-219 USA	Grunnlegende teori (lite diskutert)	Yoga for barn i 7 klasse (alderen 12-13 år). Inkluderer oppmerksomhet (mindfulness) og meditasjon. Fokus på stresshåndtering, emosjonell kontroll, selvtillitbygging og fremming av peer-relasjoner Yoga timer med varighet 35 min 1-2 ganger per uke	44% vurderte tiltaket positivt, 25% - negativt og resten blandet 69% følte at det bidro til å øke humøret og håndtere stress

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
		Integrert i fysisk utdannings timer (gym) Sett på kvalitative forskjeller mellom fenomenologiske erfaringer Tiltakets gjentakelsesstyrke var ikke evaluert	62% følte at det hadde en positiv effekt på søvn 25% følte en positiv effekt på akademisk prestasjon
SEAL Lendrum et al. (2013) Social and emotional aspects of learning (SEAL) for secondary schools: implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. Child Adolesc MentHealth 18(3): 158-164 UK	Ingen spesifikk teori ble introdusert (men noe diskusjon om skoleomfattende tilnærming)	SEAL for ungdom - et sosialt og emosjonelt tiltak med skoleomfattende tilnærming. Program eksperter besøkte skoler 5 ganger per halvåret i løpet av 5 semester Tiltakets gjentakelses styrke for SEAL ble gjennomført	Det ble opprettet et tematisk rammeverk. Dette viste at det ikke var rapportert effekt på utfall i sosiale og emosjonelle ferdigheter, atferds eller psykiske problemer Det var konkludert at det er behov for større bevissthet om emosjonell helse og velvære i skolene. Personalet trenger bedre støtte og utvikle sine ferdigheter
Ten Element Map Hall S (2010) Supporting mental health and well-being at a whole-school level: listening to and acting upon children's views. Emot Behav Diffic 15(4): 323-339 UK	Barn sentrert rammeverk - barns rettigheter - skape et miljø for å fremme positiv mental helse	Rammeverk og modell for å fremme mental helse og for å identifisere hva som fungerer for barn når det gjelder miljø, selvtillit, emosjonell oppførsel, selvledelse og sosial deltakelse - brukes som et verktøy for å fremkalle barnas perspektiver	Positive resultater, som rammen gjorde det mulig å identifisere barnas mentale helsefaglige ferdigheter - hel-skole tilnærming effektiv Et nyttig rammeverk for å nå til barnas stemmer i gjeldende sak Konkluderer-et nyttig verktøy for å fremme psykisk helse i skolene
SPHE	Universell helsefremmende tiltak	Obligatorisk fag for elever i irsk ungdomsskole	Positiv innvirkning på mange aspekter av eleveres sosiale,

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
Social, personal and health education (https://sphe.ie/) Irland		Fokus på fysisk og emosjonell helse, selvledelse og relasjoner	personlige evner og psykisk helseutvikling Positive effekter av evalueringer siden 2010
NASJONAL FORSKNING			
RESPEKT Nasjonal senter for læringsmiljø og atferdsforskning / UiS (www.ungsinn.uit.no)	Et skoleutviklings-program som retter seg mot skolene på systemnivå i stedet for på elevnivå	Målet er å redusere flere typer atferdsproblemer i barne- og ungdomsskolen som mobbing, disiplinproblemer og konsentrasjonsvansker, samt skulk, rasisme, vold og gjengdannelse. Hovedmålet er å skape en dybde og forankre tiltaket på alle nivåer i skolen. Implementeringen av tiltaket foregår over to og et halvt år hvor det første året er rettet mot selve implementeringsprosessen, mens det andre har mer fokus på vedlikehold og fornying. Implementeringen av tiltaket foregår over to og et halvt år hvor det første året er rettet mot selve implementeringsprosessen, mens det andre har mer fokus på vedlikehold og fornying.	Effektstørrelsene viste lav til moderat effekt. Klassifiseres på evidensnivå 4 (av 4) med dokumentasjonsgrad 4 (av 5)
VIP - veiledning og informasjon om Psykisk helse hos ungdom Vestre Viken HF Lærings- og mestringssenteret Blakstad www.ungsinn.uit.no)	Et helsefremmende og universalforebyggende tiltak som retter seg mot elever i videregående skole Målet er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin egen psykiske helse og bli oppmerksom på hvilke hjelpetiltak de kan oppsøke ved psykiske problemer og lidelser. VIP er en av fem intervensjoner i satsningen «Psykisk helse i skolen» (www.psykiskhelseiskolen.no).	Tiltaket baserer seg på et undervisningsopplegg for elevene på 3+2 timer (egen lærer + møte med helsepersonell f.eks. helsesøster). 5 faser	Resultatene var moderate til små, men det positive er at en såpass kortvarig skoleintervensjon hadde en effekt. Ikke bare økte ungdommenes kunnskaper, men også utfallsmål knyttet mer direkte til elevenes psykiske helse så ut til å ha en effekt.

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
			Klassifiseres som et funksjonelt virksomt tiltak på evidensnivå 3 (av 4), med dokumentasjonsgrad 3 (av 5)
VENN1 Mental Helse www.ungsinn.uit.no	Forankret i generell humanistisk og pedagogisk teori. Universal forebyggende undervisningsprogram om ungdomstid og psykisk helse (13- 22 år).	Målet er å bidra til økt kunnskap om hva psykisk helse er, forebygge negative holdninger og fordommer, vise hvordan man kan være venn for en som har det vanskelig og gi kunnskap om hvor og hvordan man kan søke hjelp. Programmet går over 3 skoletimer. Øvelsene brukes for å aktivisere elevene i læring, og dialog mellom elevene og kursleiderne anses som viktig i forhold til å anerkjenne og respektere ungdommenes synspunkter	Positive korttidseffekter, men jevnet seg ut to år etter programmet var gjennomført De som hadde deltatt var fornøyde, men elevene gav uttrykk for at de hadde behov for mer kunnskap om psykisk helse Klassifiseres som et funksjonelt virksomt tiltak på evidensnivå 3 (av 4) med dokumentasjonsgrad 1 (av 5)
ALFA Nils Eriksen (programutvikler) www.ungsinn.uit.no	Programmet har som utgangspunkt at det ikke er nok bare å ha kunnskaper og ferdigheter for å utøve god praksis. Læreren må også bli klar over bevisste og ubevisste følelser som aktiveres hos seg selv.	Hensikten med programmet er å utvikle læreren kognitivt og emosjonelt slik at hun/han blir best mulig i stand til å forebygge utvikling av atferdsproblemer i egen klasse. Læreren skal utvikle en autoritativ oppdragerstil som han/hun skal praktisere overfor elevene. Dette er en oppdragerstil preget av varme og kontroll	En reduksjon i atferdsproblemer i eksperimentskolene, mens kontrollskolene hadde en liten økning av problemer i samme periode Resultatene holdt seg ved ett års oppfølging for eksperimentgruppen Klassifiseres som et funksjonelt virksomt tiltak på evidensnivå 3 (av 4) med dokumentasjonsgrad 3 (av 5)
Zipphys venner	Programmet er utviklet av den britiske organisasjonen Befrienders International i samarbeid med fagpersoner	Et helsefremmende og universelt forebyggende tiltak som kan	Resultatene viste positive effekter på enkelte av målene for mestring og

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
Voksne for Barn er ansvarlig for implementering av Zippys venner i Norge. www.ungsinn.uit.no	fra Canada, Belgia, Danmark og Norge, og er oversatt og tilpasset norske forhold.	benyttes i barneskolen (1-4 klasse). Overordnede mål er å fremme psykisk helse og å forebygge emosjonelle vansker ved å styrke barns evne til å mestre dagliglivets problemer (stressmestring). Delmål er å styrke evnen til å gjenkjenne og sette ord på følelser, håndtere konflikter, fremme samarbeid, fremme empati, samt å gi støtte venner imellom.	psykiske helseproblemer Middels store positive effekter på det sosiale miljøet i klasserommet, reduserte mobbing og økte elevenes akademiske ferdigheter Klassifiseres på evidensnivå 4 (av 5,) tilfredsstillende dokumentasjon på effekt på økt mestring for elevene, bedre skolemiljø, akademiske prestasjoner og reduksjon av mobbing
Olweus Uni Research ved RBKU Vest, Uni Helse www.helse.uni.no (fra 1.1 2019) www.norceresearch.no	Økologisk modell hvor en rekke ulike faktorer på ulike nivå gjensidig påvirker og samvirker med hverandre (Bronfenbrenner, 1979)	Skoleomfattende program med mål om å forebygge og redusere mobbeproblemer i skolen Tiltaket gjennomføres på skole-, klasse- og individnivå ved å mobilisere det eksisterende sosiale miljøer ved skolen Lærere, øvrige personell, elever og foreldre involveres Lærerne skal utvikle seg mer i «autoritativ» retning og det brukes opplevelsesbaserte teknikker for å bedre elevenes kunnskap om sosiale relasjoner	Programmet har effekt - reduksjon både i å mobbe andre elever og i å bli mobbet (mellom 30 % og 60 %) Positiv effekt i oppfølgingsstudier på påfølgende 4 år Klassifiseres som virksomt tiltak på evidensnivå 4 (av 5) og med dokumentasjonsgrad 5 (av 5)
PALS - Positiv atferd, støttende læringsmiljø (Natvig & Eng, 2012) Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)	En norsk tilpasning av School-Wide Positive Behavioral Intervention and Support (SW-PBIS) som bl.a. er utviklet ved Universitetet i Oregon. Modellen er videreutviklet og tilpasset norske forhold.	Skoleomfattende tiltaksmodell med mål om å utvikle en positiv skolekultur for å styrke elevenes skolefaglige og sosiale ferdigheter, samt å forebygge og redusere problematferd Alle elever (1-10 klasse) og ansatte	Reduksjon i forekomsten av generell og moderat problematferd og i noe grad alvorlig problematferd i skolemiljøet Ansatte i skolen i større grad tok i bruk

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
www.ungsinn.uit.no			positivt støttende reaksjonsmåter etter implementeringen PALS Høy implementeringskvalitet var assosiert med større intervensjonseffekter Tiltaket fører til positive endringer i elevenes sosiale ferdigheter Sterk dokumentasjon på effekt for flere av målsetningene ved tiltaket Klassifiseres på evidensnivå 5 (av 5).
MEST www.ungsinn.uit.no	Psykisk helsefremmende kompetanse er en viktig ressurs og viktig faktor for psykisk helse (mental health literacy (MHL)).	Helsefremmende tilbud fra skolehelsetjenesten til ungdom i videregående skole med fokus på mestring av normale hverdagsutfordringer gjennom økt psykisk helsefremmende kompetanse hos ungdommene Tettere tverrfaglig samarbeid med skolen, fysioterapeuter, psykologer, skoleleger, og eventuelt andre aktører.	En klar sammenheng mellom kunnskap om god psykisk helse og psykisk velvære Resultatene kan brukes som et ledd i utviklingen av en kunnskapsbasert skolehelsetjeneste med en helsesøster som også underviser
UPS - Utdanning i Psykisk helse NTNU v/ Klomsten A.T.	Forskningsbasert kunnskap om hvordan psykisk helsearbeid kan tilrettelegges på en helsefremmende måte i norsk skolesammenheng	Undervisning i helsefremmende psykisk helse for elever på 9.trinn, Målet er å få økt kunnskap om psykisk helse og å utvikle evner og ferdigheter som gjør elevene rustet til å ta vare på sin psykiske helse Obligatorisk livsmestringsfag på timeplanen, som er gjennomført systematisk og grundig gjennom et helt skoleår	Økt kunnskap om psykisk helse – håndtering av stress, negative tanker, og hvor man søker hjelp Økt mestring

RERERANSE	TEORI	TILTAK	ANALYSE OG EFFEKT
		Undervisningen bygger på sosialpsykologisk tilnærming	

5. Viktige indikatorer og HBS tiltakenes relevans

Oversikten over evaluerte tiltak i utlandet og i Norge gir grunnlag for å definere indikatorer som viser en klar positiv sammenheng mellom intervensjonene og forbedret psykisk helse blant barn og ungdom i barnehage og skolemiljø. Vi har gått gjennom forskningsartikler vist i oversikten tidligere, og identifiserte emneordene, som ble brukt for å beskrive en ønsket måloppnåelse i hver studie. Disse ble strukturert inn i fire indikator grupper:

- Handlingskompetanse
- Sosial og emosjonell kompetanse
- Stresshåndtering
- Psykisk helsefremmende kompetanse

Hver indikator består av forklarende emner og vises i tabellen under. Disse indikatorer og emneord ble brukt i evalueringen av tiltak i HBS Agder.

HANDLINGSKOMPETANSE	SOSIAL OG EMOSJONELL KOMPETANSE	STRESSHÅNDTERING	PSYKISK HELSEFREMMENDE KOMPETANSE
Hvert emne = 1 poeng	Hvert emne = 0,5 poeng	Hvert emne = 1 poeng	Hvert emne = 1 poeng
Demokrati Deltakelse Motstandskraft (empowerment) Selvledelse Medvirkning	Selvbevissthet Styring av følelser Empati Motivasjon Sosialdeltakelse Respekt/relasjoner Toleranse Sosial støtte Engasjement Skole, - barnehagetilknytning	Selvtillit Emosjonell kontroll Mestring/sammenheng (Coping/SOC) Robusthet/ motstandsdyktighet (resilience) Autonomi/kontroll	Kunnskap om god psykisk helse og psykisk velvære

Vurdering av tiltak

Hvert tiltak i HBS Agder er vurdert på de ulike indikatorene og en kort begrunnelse for scoret gitt mellom 1 og 5 (maksimal mulig sum er 16 poeng). For Handlingskompetanse hvert emneord er lik 1 poeng, for Sosial og Emosjonell Kompetanse hvert emneord er lik 0,5 poeng (5/10), for Stresshåndtering – 1 poeng, og for Psykisk Helsefremmende Kompetanse – 1 poeng.

Vurdering hvor ofte tiltak rettes mot hver enkel indikator

Totalt 12 tiltak ble evaluert. Maksimal mulig poengsum for hver indikator beregnes som følger: Total mulig poengskår per indikator x 12 tiltak. Dette gir 60 poeng for *Handlingskompetanse (5x12)*, 60 for *Sosial og Emosjonell kompetanse (5x12)*, 60 for *stresshåndtering (5x12)*, og 12 for *Psykisk Helsefremmende kompetanse (1x12)*.

Ideelt sett skal alle tiltak få maks poeng per indikator. For eksempel, 60 poeng av 60 mulig for *Handlingskompetanse*. Ideell koeffisient, som indikerer at alle tiltak er rettet mot en konkret indikator blir 1 (60/60). Dette betyr at ved å dele en reell samlet poengskår per indikator med maksimalt mulig poeng skår per indikator, får vi en koeffisient som indikerer hvilken av de fire indikatorer tiltakene er oftest rettet mot i HBS Agder. Dvs, desto nærmere tallet er 1, desto oftest tiltakene rettes mot den aktuelle indikatoren.

Vurdering er utført av evalueringsteamet og baserer seg på kunnskapsbaserte evalueringer av helsefremmende tiltak for barns og ungdoms psykiske helse, på rapportene fra kommunene samt intervjuer (se intervjuguiden i kapitel «Implementering av tiltak»). Samlet varierer vurderingspoengene fra 1,5 til 11. Flest poeng har samlet tiltak «Inkludering og livsmestring (Lillesand) (11 poeng), færrest poeng ble tildelt for tiltak «Skole-barnehage – hjem samarbeid (Grimstad) (1,5 poeng).

Nesten ingen av kommunene hadde tiltak rettet til *psykisk helsefremmende kompetanse (koef=0,1)*. De fleste tiltak er rettet mot å utvikle *handlingskompetanse (koef=0,6)*, etterfulgt av tiltak for å bedre *stresshåndtering (koef=0,4)* og å øke *sosial og emosjonell kompetanse (koef=0,3)*.

TILTAK/ SENTRALE FORHOLD	HANDLINGS- KOMPETANSE Maks 5 poeng	SOSIAL OG EMOSJONELL KOMPETANSE Maks 5 poeng	STRESS- HÅNTERING Maks 5 poeng	PSYKISK HELSEFREM- MENDE KOMPETANSE Maks 1 poeng	SAMLET Maks 16 poeng
Birkenes - «Miljø for lek og læring» (Plan for utdanning)	3 selvregulering/selv- ledelse, deltakelse	2 Barnehage- tilknytning, sosial støtte, sosialdeltakelse, styring av følelser	-	-	5

Birkenes - «Vennskap og inkludering»	3 deltakelse, medvirkning, motstandskraft	1 Barnehage-tilknytning, sosial støtte	1 mestring	-	5
Birkenes - «Læringsmiljø»	3 deltakelse, demokrati, ledelse	1,5 sosial støtte, toleranse, respekt	1 autonomi/-kontroll	-	5,5
Birkenes - «Motivasjonsmetoden» - SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	5 selvedelse, motstandskraft, demokrati, deltakelse, medvirkning	2 motivasjon, skoletilknytning, engasjement, relasjoner	3 autonomi/kontroll, selvtillit, mestring	-	10
FK / Møglestu vgs. – SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	5 selvedelse, motstandskraft, demokrati, deltakelse, medvirkning	2 motivasjon, skoletilknytning, engasjement, relasjoner	3 autonomi/kontroll, selvtillit, mestring	-	10
Grimstad - Timen Livet	2 medvirkning, deltakelse	2,5 selvbevissthet, respekt, toleranse, empati, skoletilknytning	2 selvtillit, mestring	-	6,5
Grimstad - Overganger	1 medvirkning	-	2 selvtillit, mestring/-sammenheng	-	3
Grimstad - Skole/-barnehage-hjem samarbeid	-	0,5 Barnehage-tilknytning	1 selvtillit	-	1,5
Gjerstad - Ung Aktiv (trinn 3 og 4)	1 deltakelse	1,5 sosialdeltakelse, skoletilknytning, engasjement	3 selvtillit, mestring, robusthet	-	5,5
Gjerstad – Trivselsledprogrammet (4- 10 trinn)	4 deltakelse, demokrati, motstandskraft, medvirkning	1,5 sosialdeltakelse, engasjement, skoletilknytning,	2 selvtillit, mestring	-	7,5
Gjerstad - MOT etter skoletid (alle)	2 deltakelse, demokrati	2 sosialdeltakelse, skoletilknytning, sosial støtte, engasjement	3 selvtillit, mestring, robusthet	-	7
Lillesand - Inkludering og livsmestring	5 selvedelse, motstandskraft, demokrati,	2 motivasjon, skoletilknytning, engasjement, relasjoner	3 autonomi/kontroll, selvtillit, mestring	1 samarbeid med helsetjenesten	11

	deltakelse, medvirkning				
Lillesand - Evaluering av Kvalitetsplanen for barnehage og skole	3 deltakelse, medvirkning, demokrati	2 sosialdeltakelse, motivasjon, engasjement, skole, - barnehage tilknytning	2 selvtillit, autonomi/- kontroll	-	7
Åmli – relasjons- kompetanse	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data
Åmli - Inkluderende og gode utemiljø	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data	· Manglende data
Sum poeng per indikator	37	20,5	26	1	-
Koeffisient (maks 1) = sum poeng per indikator / maks poengsum per indikator	0,6 (37/60)	0,3 (20,5/60)	0,4 (26/60)	0,1 (1/12)	-

6. Implementering av tiltak

Implementering er i korte trekk det som reelt sett skjer, og vurdering av implementering må derfor både se på den faktiske endringen, samt de faktorer eller prosesser som påvirker endringene (Fullan 1991, Larsen m. fl 2006, Sørli m. fl 2012). Basert på delrapport fra Complete-prosjektet «Gode psykososiale læringsmiljø bedrer gjennomføring i videregående skole» gjennomført av Hemil-sentret ved UiB, Nordlandsforskning og Oxford Research, har vi kort beskrevet de mest sentrale forholdene som kan påvirke en implementeringsprosess i positiv eller negativ retning.

Forankring – Noe alle vil!

Den viktigste forutsetningen for vellykket implementering og gjennomføring av tiltak er en aktiv barnehage- eller skoleledelse (Larsen, 2017). I kraft av sin posisjon har de en helt sentral rolle både i å forberede barnehagen eller skolen for innføring av tiltaket, og gjennom å holde fokus for å sikre gjennomføring og vedlikehold av satsningen. Dette er også sentralt i V. Robinsons forskning om elevsentrert skoleledelse, og man antar at det har overføringsverdi til barnehagen.

Det kan imidlertid argumenteres for at det er nødvendig med en kombinasjon av top-down- og bottom-up-strategier for å nå målsettingen med implementeringen. Det vil si at en både må forankre endringen i ledelsen og hos de ansatte dersom en skal lykkes med implementeringen (Larsen 2005, Larsen 2017).

Støtte og ledelse – Noe vi legger til rette for!

Det finnes betydelig støtte for at implementering av programmer og tiltak har størst forutsetning for å lykkes dersom de støttes og oppmuntres fra administrasjon og ledelse (Fullan 2001, Hubermann & Miles 1984, Mihalic et al 2004, Roland 2012). Lederskap viser seg gjennom prioriteringer, ressursbruk og sosial støtte. Flere peker på at det er viktig at leder fungerer som både leder og administrator dersom de skal lykkes med en implementeringsprosess (Fullan 1992, Otherkiil & Ertesvåg 2012). Ledelse handler om å bygge kultur, motivere og etablere felles visjoner, mens administrasjon handler mer om å sikre den daglige driften (Daft 1999). Begge deler er viktige for å sikre en god implementeringsprosess, som har retning, drives fremover og vedlikeholdes (Larsen og Samdal 2008). En viktig del av den administrative ledelsesrollen er allokering av ressurser som sikrer og støtter oppunder gjennomføringen (Daft 1999).

Kompetanse – Noe vi lærte oss!

Et tiltak blir ikke bedre enn de som skal gjennomføre det i praksis. En viktig forutsetning er derfor kvalifikasjoner og kompetanse, som gruppe og enkeltindivider. Der hele

organisasjonen er involvert i implementeringen, vil det være nødvendig å legge til rette for både individuell og kollektiv læring for de ansatte (Cole 2008, Easton 2008).

Opplæringen bør ikke bare fokusere på spesifikke oppgaver relatert til programmet, men også inkludere faktorer som forventninger og opplevelse av mestringstro. Dette fordi disse faktorene kan være av betydning for gjennomføring og støtte til programmet.

Tiltakslojalitet – Noe vi sa og noe vi gjorde!

Tiltakslojalitet omhandler vurdering av hvor godt en endring implementeres med utgangspunkt i det originale innholdet. Disse vurderingene gjøres vanligvis i relasjon til hvorvidt endringen gjennomføres slik de var tiltenkt, i hvor stor grad dette skjer, gjennomføringens kvalitet, samt deltakernes engasjement og involvering i aktiviteter og innhold (Michalic m.fl., 2004). Det er sjeldent man oppnår full tiltakslojalitet. Det behøver i og for seg ikke å være negativt, ettersom det i ethvert tiltak bør være rom for å tilpasse forhold til den enkelte organisasjon eller individ. Dette underbygges av flere studier som fant at tilpasninger som ble gjort i ulike organisasjoner førte til at effekten av tiltaket ble bedre (Durlak & DuPre, 2008). Det er imidlertid viktig å påpeke at tilpasninger ikke alltid fører til positive utfall, og enkelte ganger kan slike endringer, spesielt om de er store, føre til at tiltaket effektivitet reduseres. Det er derfor av betydning at en kontinuerlig vurderer de typene tilpasninger som gjøres, heller enn å behandle de som feil ved implementeringen. I tillegg er det sentralt å dokumentere endringene, slik at tiltaket i seg selv videreutvikles.

Øvrige sentrale forhold

Basert på formålet med Helsefremmende barnehager og skoler om at flere barn og unge på Agder opplever god psykisk helse samt å redusere sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse og livskvalitet, har det vært sentralt også å finne tiltak som kan videreføres uten programstøtten og som kan gjennomføres av flere enn de enhetene som nå prøver ut tiltak. Dermed er både bærekraft og skalerbarhet viktige forhold.

Bærekraft

Bærekraft forstås som sannsynligheten for at tiltak støttet gjennom HBS videreføres etter at denne støtten avsluttes. Det krever at tiltaket inkluderes i øvrig virksomhet og støttes av lokale ressurser.

Skalerbarhet

Skalering forstås som sannsynligheten for at tiltak støttet gjennom HBS og gjennomført i en særskilt kontekst, kan gjennomføres i andre kontekster og dermed spres, gitt at resultatene synes å være positive.

Her må det understrekes at det ofte er en negativ sammenheng mellom bærekraft og skalering. Et prosjekt blir ofte definert som «En temporær organisasjon som settes sammen for å løse en unik oppgave over en avgrenset tidsperiode.» Den organisatoriske og tidsmessige avgrensningen står altså sentral. Imidlertid viser erfaringer fra et stort skoleutviklingsprosjekt i utsatte områder i Oslo tyder på at en lavere grad av avgrensning – omtalt som «det perforerte prosjektet» - bedrer resultatoppnåelse og bærekraft. Men det utfordrer samtidig skolemyndigheter og -eiere til å være mer opptatt av prosess og relativt mindre opptatt av tiltakene i seg selv¹. For å unngå at bærekraft og skalerbarhet blir vanskelig å oppnå samtidig, kreves det stor grad av dokumentasjon av tiltak og handlinger.

Sentrale spørsmål

Basert på disse sentrale faktorene for implementering, og med henblikk til prosjektet «Skoleutvikling i utsatte områder», for Oslo kommune, Grorudsalssatsingen, har vi utviklet noen spørsmål som samlet gir et tilstrekkelig bilde av implementeringen av tiltak i HBS.

FORANKRING
Hvem tok initiativ?
Er tiltaket forankret blantskolens ansatte?XX
Er det noen som brenne for dette mer enn andre?
LEDELSE
Er det etablert tydelige mål for tiltaket? - Hva er de?
Er målene for tiltaket integrert i øvrige planer? - Hvilke? - Hvordan?
Har skolen tilstrekkelig ressurser til å iverksette innsatsen? - Tid - Kompetanse - Penger
Bruker skolen tilstrekkelig ressurser på innsatsen? - Tid - Kompetanse - Penger
Er tiltaket tilstrekkelig godt planlagt?
TILTAKSLOJALITET
Gjennomføres tiltaket i henhold til planen?
Er tiltaket justert underveis? - Hvorfor? - Hvordan? (omfang, tid, ressursbruk etc.)
KOMPETANSE
Er det tilrettelagt tilstrekkelig veiledning for den enkelte?
Er det gjennomført tilstrekkelig opplæring for deltagerne?
SKALERBARHET OG BÆREKRAFT

¹ <https://www.dagsavisen.no/nyemeneringer/det-perforerte-prosjekt-som-l%C3%B8sning-og-problem-1.986703>

I hvilken grad er denne innsatsen mulig å gjennomføre ved andre skoler?
I hvilken grad beskrives og dokumenteres aktiviteter som gjennomføres og hvorfor? Kan du sende det til oss?
I hvilke grad er tiltaket gjort til en integrert del av øvrig virksomhet? - Hvordan
I hvilken grad er tiltaket separert fra øvrig virksomhet?
Hva vil skje med prosjektet om sentrale ansatte byttes ut?
Vil tiltaket videreføres etter at støtten fra folkehelseprogrammet avsluttes?

Vurdering av de ulike tiltakene

I det videre er tiltakene vurdert på de ulike dimensjonene og en kort begrunnelse for scoren gitt mellom 1 og 5. Vurderingene er evalueringsteamets og baserer seg på rapportene fra kommunene samt intervjuer basert på spørsmålene over. Det må understrekes at dette ikke er en fullverdig evaluering av tiltakene, deres implementering og effekt. Det har i flere tilfeller vært begrenset kunnskap om tiltakene grunnet utskiftinger mv i kommunene og manglende data i rapportering fra Åmli.

Det må imidlertid understrekes at det kan synes som at de fleste tiltakene har noen fellestrekk som preger implementeringen. De fleste tiltak er knyttet til prosesser som kommunene allerede hadde startet eller hadde til hensikt å starte. Det innebærer at tiltakene i folkehelseprogrammet ofte er knyttet til andre prosesser i barnehage og skole som ikke nødvendigvis hadde bedret psykiske helse og livskvalitet som en uttalt målsetting, men kanskje heller mestring, læring eller redusert frafall. Dette betyr også at de fleste tiltakene i en og samme kommune i stor grad henger sammen med hverandre, både tematisk men ikke minst organisatorisk og administrativt. Derfor har det vært utfordrende å skille hvert tiltak fra hverandre, men det er gjort i den grad det har vært mulig.

TILTAK/ SENTRALE FORHOLD	FORANKRING	LEDELSE	TILTAKS- LOJALITET	KOMPETANSE	SKALER- BARHET OG BÆREKRAFT	SAMLET
Birkenes - «Miljø for lek og læring» (Plan for utdanning)	3 Varierende grad hos ulike aktører og ved ulike enheter.	4 Begrenset planlegging utfordrende . Allokerte ressurser, særlig tid, en knapphet	4 Planlegges underveis, flere er med, innholdet som tiltenkt	3 Bruker hverandre som ressurser. Begrenset fokus pga begrenset tid	4 Integrert del og til dels pålagt. Men skalerbarh eten usikker	18 Må sees i helhet. Men utfordrende også mht mål med læring. Addisjonalitete n fremstår som lav.
Birkenes - «Vennskap og inkludering» i Birkenesbarn ehagen						
Birkenes - «Læringsmilj ø»						

Birkenes - «Motivasjon s-metoden» - SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	4 Fremstår som godt forankret. Ny ledelse	5 Ledes og styres fokusert	5 Justeres underveis, men dokumenteres også	5 Fokus og bruk av kompetanse	3 Skalerbar, men usikker på bærekraft grunnet lite institusjonalisering	22 Interessant tiltak, som i stor grad er eksternt drevet
FK / Møglestu vgs. – SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	4 Fremstår som godt forankret. Ny ledelse	5 Ledes og styres fokusert	5 Justeres underveis, men dokumenteres også	5 Fokus og bruk av kompetanse	3 Skalerbar, men usikker på bærekraft grunnet lite institusjonalisering	22 Interessant tiltak, som i stor grad er eksternt drevet
Grimstad - Timen Livet	4 Godt forankret men skifte av ledelse/adm var utfordrende	4 Gjennomgå ende ressursutfor dringer	4 Brukte god tid på planlegging , men også lært og justert underveis.	3 Ikke kommet veldig langt i dette arbeidet og fokuserer mye på tematiske og lite på prosess-kompetanse	4 Begrepsbruk som «Grimstad modell» bidrar kanskje til bærekraft og mulighet for skalering i kommune n, men ikke ut over grensene	19 Helheten som betyr noe. For øvrig relativt begrensede tiltak.
Grimstad - Overganger						19 Fokus, men noe mindre enn Overganger, og mer komplekst enn Timen livet
Grimstad - Skole/- barnehage-hjem samarbeid						
Gjerstad - Ung Aktiv (trinn 3 og 4)	5 Forankret hos alle (kun en skole)	5 Har satt av tid og ressurser til arbeidet og støttes opp av ledelsen.	5 Har planlagt godt og følger opp. Usikkerhet rundt finansiering og evaluering	4 Fokus, kartlagt og følger opp. Også her tematisk og mindre prosjekt- og prosessfokus	5 Tiltakene gjennomføres isolert sett en rekke steder allerede. Kombinasjonsbruken viktig	24 «Gamle» tiltak men koplingen er ny
Gjerstad – Trivselsleder - programmet (4- 10 trinn)						
Gjerstad - MOT etter skoletid (alle)						
Lillesand - Inkludering og livsmestring	4 Godt forankret men primært ved voksenopplæringen	5 Ledes godt med ressurser og støtte	4 Handler primært om miljøterape utstilling og SAMM	5 Viktig og har høyt fokus	3 Ressursspørsmål sentralt for skalering. Til dels	21 Primært miljøterapeut og SAMM ved voksenopplæring – utenfor scope?

					personavhengig	
Lillesand - Evaluering av Kvalitetsplan en for barnehage og skole	4 Forankret og ønskelig også ut fra andre perspektiver	4 Ressurskrevende da det innbefatter flere aktører	4 Gjør det de hadde tenkt og trolig ville gjort uansett	3 Ikke særlig fokusert, annet enn at man lærer av hverandres erfaringer	4 Burde gjøres av alle – som en driftsoppgave.	19 En funksjonalistisk tilnærming og primær erfaringsoppsumming
Åmli – relasjons- kompetanse	Manglende data	Manglende data	Manglende data	Manglende data	Manglende data	Manglende data
Åmli - Inkluderende og gode utemiljø						

Implementeringsmessig ser tiltakene altså nokså like ut. Imidlertid er det noen som skiller seg ut som noe mindre vel-implementert, noe som også kan ha sammenheng med kompleksiteten og omfanget av tiltakene. Gjerstads høye vurdering av implementeringen kommer trolig av at tiltakene gjennomgående er velprøvde tiltak og antall enheter som er involvert er relativt begrenset.

7. Helhetlig vurdering

I det videre samles både vurderingen av tiltakenes relevans og deres implementering i evaluators helhetlige vurdering. Imidlertid er det sentralt å reflektere over noen utfordringer som både er sentrale for kommunene, men også er viktig ved vurdering av tiltakene.

Utfordringer

Ved arbeid med kommunalt utviklingsarbeid generelt, men folkehelseutfordringer spesielt, står aktørene overfor flere utfordringer som er relevante ved vurderingene av tiltakene. Dette gjelder spesielt følgende forhold;

- **Læring, mestring, forebygging og helsefremming**
Klarer man konseptuelt å skille mellom læring (gjennom tiltak som klasseledelse, vurdering for læring), mestring og psykisk helse? Forebygging og helsefremming? Er det viktig?
- **Utfordringer eller mål**
Er tiltaket primært ment å skulle forhindre noe (frafall) eller oppnå noe (psykisk helse)?
- **Helse som mål eller middel**
Er psykisk helse et mål eller et middel i virkningskjeden – bedre psykisk helse kan bidra til å hindre frafall, men forhindrer man frafall kan det også bidra til bedre helse. Hemmere og fremmere.
- **Avstand fra målet**
Er tiltaket tilstrekkelig nært målet til at effekten av det ikke svekkes eller «sporer av» underveis? F.eks er sammenhengen mellom mellomliggende effekt og ønsket effekt sterk -forhindret frafall/økt motivasjon har ikke svært sterke korrelasjoner (< 0.6.) med psykisk helse.
- **Tilpasse barna eller skolen (innovasjon)**
Iverksette tiltak for at barna i større grad skal utholde systemet, eller endre systemet slik at det er til å utholde?

Gjennomgående kan slike forhold gjøre det utfordrende å drive utviklingsarbeid på folkehelsefeltet. Forhold som ikke skal begrense motivasjon og iver etter å lykkes, men som bør bidra til refleksjon og spissing av tiltak.

Samlet vurdering av de ulike tiltakene

I det videre er tiltakene scoret på de ulike dimensjonene. I vurderingen er relevansen til tiltaket vektlagt i større grad enn implementeringen. Årsaken til dette er at et relevant tiltak som er dårlig implementert må prioriteres foran et mindre relevant tiltak som er godt implementert, da ideen er å konsentrere ressursene om det som fungerer og således

bidra til økt implementeringsgrad. Konkret er dette gjort ved at scorene er normert til 100% og deretter skalert til 2/3 delers vektning av Relevans og 1/3-dels vektning av Implementering.

Det betyr at den samlede vurderingen kan sees på som en prosent-andel, bygd opp av relevans og implementering.

TILTAK/ SENTRALE FORHOLD	RELEVANS X2	IMPLEMENTERING X1	SAMLET VURDERING
Birkenes - «Miljø for lek og læring» (Plan for utdanning)	21	24	44
Birkenes - «Vennskap og inkludering» i Birkenesbarnehagen	21		44
Birkenes - «Læringsmiljø»	23		46
Birkenes - «Motivasjonsmetoden» - SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	41	29	70
FK / Møglestu vgs. – SAMM - Systematisk arbeid med motivasjon	41	29	70
Grimstad - Timen Livet	27	25	52
Grimstad - Overganger	12	25	37
Grimstad - Skole/barnehage-hjem samarbeid	6	25	31
Gjerstad - Ung Aktiv (trinn 3 og 4)	23	32	54
Gjerstad - Trivselslederprogrammet (4- 10 trinn)	31	32	63
Gjerstad - MOT etter skoletid (alle)	29	32	61
Lillesand - Inkludering og livsmestring	45	28	73
Lillesand - Evaluering av Kvalitetsplanen for barnehage og skole	29	25	54
Åmli - relasjonskompetansen	.	.	.
Åmli - Inkluderende og gode utemiljø	.	.	.

Anbefaling om videre arbeid

I henhold til oppdraget skulle evalueringsteamet svare ut følgende spørsmål:

- Skal vi fortsette som vi gjør?

Det må igjen påpekes at dette ikke har vært en evaluering av HBS, men av relevans og implementering av tiltakene. En refleksjon gjort av evalueringsteamet er likevel at man burde vurdere en mer spisset tilnærming på tiltakene, heller enn å spisse satsingen i forståelsen av færre tiltak. Om man etablerer tiltak basert på forskningsbasert utvelging i

starten, deretter mentorering og følgeevaluering underveis, vil satsingen potensielt bidra til en bedre prosess og høyere måloppnåelse og resultatgrad.

Med henvisning til en rekke andre studier (se f.eks. *Tverrfaglig samarbeid i praksis - Til beste for barn og unge i Kommune-Norge* av Kari Glavin og Bodil Erdal) anbefaler vi at det fokuseres videre på prosess-støtte til kommunene.

- Hvilke tiltak har fellestrekk og kan samordnes i tverrkommunale utviklingsverksted?

Det er flere av tiltakene som har fellestrekk. Det har denne gjennomgangen vist. Evalueringsteamet er imidlertid usikre på om det er fornuftig å samordne tiltakene på tvers av kommunene. Årsaken til dette er at tverrfaglig samarbeid er krevende i seg selv og i den enkelte kommune. Ambisjonsnivået blir enda høyere om man tenker seg å samordne prosjekter på tvers av kommunegrenser – organisasjoner og ansatte.

- Hvilke tiltak bør fases ut? Skal de kuttes ned og samordnes til tre-fire felles tiltak slik fylkeskommunen har bedt om?

Evalueringsteamet har tilkjennegitt hvilke tiltak som vi samlet sett mener har best grunnlag for videreføring ut fra en vurdering av relevans og implementering, hvor relevans-dimensjonen vektlegges mer enn implementeringsdimensjonen. Vi vil imidlertid påpeke at det strukturelle samarbeidet som noen av tiltakshaverne evner å etablere, har en vesentlig verdi for fremtidig måloppnåelse. Det bør derfor hensyntas i vurderingen av hvilke tiltak som videreføres.

Avslutningsvis har evalueringsteamet noen konkrete, og enkle, tips og råd på veien videre;

- Unngå prosjektitis – ikke start nye tiltak/prosjekter før gamle er gjennomført og avsluttet/integrert i drift
- Fokuser på kompetanse – også i prosjekt- og prosessledelse.
- Fokuser på balansen mellom helsefaglig og oppvekstfaglig kompetanse.
- Hold fokus – vær tålmodig og gjenta prosesser.
- Kommunikasjon er viktig – illustrer, forklar og fortell om sammenhengen i tiltakene – hvorfor, hvordan og hvem!
- Tiltak under HBS burde konsentreres om supplerende tiltak som ellers ikke ville blitt gjennomført, under andre formål.
- Bruk kunnskap fra allerede evaluerte tiltak for å unngå å bruke ressurser på tiltak som har lite sammenheng med bedring av psykisk helse.

8. Referanser

- Antonovsky, A. 1979. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hansen T, Daaland SO. Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2475. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet.
- Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2263. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet.
- Tellnes G. (2017). Helsefremmende Samhandling. Natur og kultur som folkehelse. Fagbokforlaget. Helsedepartementet. Mestre hele livet
- Lillefjell, M., Maass R., Espnes, G.A. Helse og livskvalitet i Malvik kommune 2012. NTNU rapport 2013/01.
- St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted-til rett tid.
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV-2011-06-24-29, 2012.
- Raphael, D. (2010). *Health promotion and quality of life in Canada*. Essential Readings. Canadian Scholars Press Inc. Toronto, Ontario, Canada.
- Mæland, J.G. (2005). Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Universitetsforlaget, Oslo.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen 2003. Sygefravær – et fælles ansvar.
- Fafo, 2013. «Samman om» sykefravær – en kunnskapsstatus.
- Kaplan, R. (2001). The nature of the view room home: Psychological benefits. Environment and Behavior, 33: 507.
- Van Dilen, S.M.E., de Vries, S., Groenewegen, P.P., & Spreeuwenberg (2011). Greenspace in urban neighborhoods and resident's health: adding quality to quantity. Journal of Epidemiology and Community Health, 66: e8.
- Eriksson, M. and Lindstrøm, B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int, 23(2):190-199
- Eriksson, M. and Lindstrøm, B. (2006) Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health— a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health, 60, 376– 381
- Maass R., Lindstrøm, B. og Lillefjell, M. Neighborhood-resources for the development of a strong SOC and the importance of understanding why and hoe resources work: a grounded theory approach. BMC Public Health (2017) 17:704.
- Rose D., Thornicroft G., Pinfold V., Kassam A. (2007) 250 labels used to stigmatise people with mental illness. BioMedCentral Health Serv Res. 1472-6963-7-97
- Sessa B. (2005) I'll have to lie about where I've been. Young Minds Mag 76:34-5
- Hauge, H.A. (2003). Hvordan kam samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I H. A. Hauge & M.B. Mittelmark (Red.), Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Bergen: Fagbokforlaget.

- Klomsten AT. (2018) Livsmestring på timeplanen. Utdanning i Psykisk helse (UPS!). Trondheimsprosjektet. NTNU Rapportserie
- Andersen B.J. (2011) Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler. Doktoravhandling, Universitet i Oslo. Oslo: Universitet i Oslo.
- Andersom H.W., Kaspersen S.I., 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-rapport A1491. Trondheim: Sintef Teknologi og samfunn.
- Klomsten A.T. (2014) Psykisk helse – inn på timeplanen! Bedre skole, 1 10-14.
- Klomsten A.T. (2017) Psykisk helse som eget fag i skolen. I.M. Uthus (red.), Elevenes psykiske helse i skolen. Utdanning til å mestre egne liv: 255-285. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet 2017. <https://www.fhi.no/en/op/hin/groups/mental-health-children-adolescents/>
- WHO 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- Patton GC, Olsson CA, Skirbekk V, Saffery R, Wlodek ME, Azzopardi PS, et al. Adolescence and the next generation. Nature. 2018; 554:458 – 66. <https://doi.org/10.1038/nature25759>
- Adelman HS, Taylor L. Mental health in schools and public health. Public Health Rep. 2006; 121:294–8. <https://doi.org/10.1177/003335490612100312>
- Folkehelseinstituttet, 2011. <https://fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
- WHO, 2013. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- Opplæringslova, 1998. <http://www.skoledata.net/Kommune/Lover/Opplæringslova/opl-00.htm>
- WHO. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion. 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>. Accessed 6 Nov 2017.
- Sturgeon S. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. Health Promot Int. 2006;21(Suppl 1):36 –41. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal049>
- Mulye TP, Park MJ, Nelson CD, Adams SH, Irwin CE Jr, Brindis CD. Trends in adolescent and young adult health in the United States. J Adolesc Health. 2009; 45:8–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.013>
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry. 2016; 3:171–8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Bruce Dick, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. Lancet. 2012; 379(9826):1630 –40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)
- Bjørnsen H.N., Ringdal, R., Espnes G.A., Eilertsen Bradley M.E., Moksnes U.K Exploring MEST: A new universal teaching strategy for school health services to promote positive mental health literacy and mental wellbeing among Norwegian adolescents. BMC Health Services Research 2018; 18:1001. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3829-8>.

- Moksnes, Unni Karin; Eilertsen, Mary-Elizabeth B; Ringdal, Regine; Bjørnsen, Hanne Nissen; Rannestad, Toril. (2018) Life satisfaction in association with self-efficacy and stressor experience in adolescents – self-efficacy as a potential moderator. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
- Bjørnsen, Hanne Nissen; Eilertsen, Mary-Elizabeth B; Ringdal, Regine; Espnes, Geir Arild; Moksnes, Unni Karin. (2017) Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*. vol. 17 (1).
- Bjørnsen, Hanne Nissen; Espnes, Geir Arild; Eilertsen, Mary-Elizabeth B; Ringdal, Regine; Moksnes, Unni Karin. (2017) The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications of School Health Services. *Journal of School Nursing*.
- Moksnes, Unni Karin; Espnes, Geir Arild. (2017) Stress, sense of coherence and subjective health in adolescents aged 13-18 years. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol. 45 (4).
- Moksnes, Unni Karin; Haugan, Gørill. (2017) Validation of the Resilience Scale for Adolescents in Norwegian adolescents 13 - 18 years. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. vol. 32 (1).
- Moksnes, Unni Karin; Lazarewicz, Magdalena Anna. (2017) The association between stress, resilience, and emotional symptoms in Norwegian adolescents from 13 to 18 years old. *Journal of Health Psychology*.
- Ringdal, Regine; Eilertsen, Mary-Elizabeth B; Bjørnsen, Hanne Nissen; Espnes, Geir Arild; Moksnes, Unni Karin. (2017) Validations of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol. 46 (7).
- Ringdal, Regine; Eilertsen, Mary-Elizabeth B; Bjørnsen, Hanne Nissen; Espnes, Geir Arild; Moksnes, Unni Karin. (2017) Validations of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol. 46 (7).
- Kimberley Hayes McManama O'Brien, S.C. Berzin, Michael S. Kelly. School social work practice with students with mental health problems. April 2011. *Children & schools* 33(2):97-105. doi: 10.1093/cs/33.2.97
- Durlak J. Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. *J Mental Health* 1998; 5: 463-469.
- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham G. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Brit J Psych* 2003; 182: 342-346.
- Cuijpers P, m.fl. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psych* 2008; 165: 1272-1280.
- Weist MD, Albus KE. Expanded school mental health. *Behav Modif* 2004; 4: 463-616.
- Tennant R, Goens C, Barlow J, Day C, Stewart-Brown S. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. *J Pub Mental Health* 2007; 1: 25-32.
- Jané-Llopis E. From evidence to practice: Mental health promotion effectiveness. *Int Union for Health Promo and Ed (IUHPE): Promo & Ed, Supp 1* 2005: 21-27.

- Andersen BJ., Johansen R., Nord E. Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi* 2010; 20 (1): 23-32 23.
- Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *Am J Orthopsych* 2010; 1: 124-134. 33.
- Roland E, Bru E, Midthassel UV, Vaaland GS. The Zero program against bullying: Effects of the program in the context of the Norwegian manifesto against bullying. *Soc Psychol Educ* 2010; 13: 41-55. 34.
- Ertesvåg SK, Vaaland GS. Prevention and reduction of behavioral problems in school: An evaluation of the Respect program. *Educ Psychol* 2007; 27: 713-736. 35.
- Sørli MA, Ogden T. Immediate impacts of PALS: A school-wide multi-level program targeting behavior problems in elementary school. *Scand J Educ Res* 2007; 51: 471-492.
- Barnes J. Mental health promotion: a developmental perspective. *Psychol Health Med* 1998. 3:55–69.
- Sroufe A, Rutter. The domain of developmental psychopathology. *J Child Dev* 1984. 55:705–711.
- O'Reilly M., Svirydzienka N., Adams s., Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018, Volume 53:7, pp 647–662.
- Weist MD, Murray M. Advancing school mental health promotion globally. *J Adv Sch Ment Health Promot* 2007. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715740>.
- Nielsen L, Meilstrup C, Nelausen M, Koushede V, Holstein B. Promotion of social and emotional competence: experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. 2015 *Health Educ* 115:339–356.
- Rowling L. Strengthening 'school' in school mental health promotion. 2009 *Health Educ* 109(4):357–368.
- Svirydzienka N, Bone C, Dogra N. Schoolchildren's perspectives on the meaning of mental health. 2014 *J Public Ment Health*. <https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2012-0003>
- Cole, P. (2008). Inquiry into effective strategies for professional learning. Retrieved 10 November, 2015, from www.curriculum.edu.au/leader/abstracts,58.html?issueID.11504
- Daft, R. L. (1999). *Leadership: Theory and practice*: Harcourt College Pub.
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Easton, L. (2008). From professional development to professional learning. *Phi delta kappan*, 89(10), 755-761.
- Fullan, M. (1991). *The new meaning of educational change*. London: Cassell.
- Fullan, M. G. (1992). *Successful school improvement: The implementation perspective and beyond*: McGraw-Hill Education (UK).
- Fullan, M. G. (2001). *Leading in a culture of change*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2013). *Innovation up close: How school improvement works*:
- Larsen, T. (2005). *Evaluating principals' and teachers' implementation of second step*. Unpublished doctoral dissertation. Bergen, Norway: University of Bergen.

- Larsen, T. (2017). Viktige forutsetninger for implementering av programmer og tiltak i skolen. Retrieved from Forebygging.no website: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Viktige-forutsetninger-for-implementering-av-programmer-og-tiltak-i-skolen/>
- Larsen, T., Lamer, K., Mørk, W. T., Olweus, D., & Hella, S. (2006). Prinsipper og strategier for implementering. In T. Nordahl, Ø. Gravrok, H. Knudsmoen, T. Larsen & K. Rørnes (Eds.), *Forebyggende innsatser i skolen: Rapport fra forskergruppen oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Larsen, T., & Samdal, O. (2008). Facilitating the implementation and sustainability of second step. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 52(2), 187-204.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliott, D. (2004). Successful program implementation: Lessons from Blueprints. *Juvenile Justice Bulletin*, 2004(July), 1-12.
- Oterkiil, C., & Ertesvåg, S. K. (2012). Schools' readiness and capacity to improve matter. *Education Inquiry*, 3(1), 71-92.
- Roland, P. (2012). Implementering av skoleutviklingsprogrammet Respekt PhD Universitetet i Stavanger, Stavanger. (156)
- Sørli, M.-A., & Ogden, T. (2014). Reducing threats to validity by design in a nonrandomized experiment of a school-wide prevention model. *International Journal of School & Educational Psychology*, 2(4), 235-246.