

Førebygging av mentale problem i barnehage og barneskule

REFERANSE:

Sanchez, A. L., Cornacchio, D., Poznanski, B., Golik, A. M., Chou, T. & Comer, J. S. (2017). The Effectiveness of School-Based Mental Health Services for Elementary-Aged Children: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2018; 57(3), 153–165. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2017.11.022>

Kan ein førebygge psykiske problem, åtferdsproblem og emosjonelle problem hjå yngre barn ved å implementera universelle tiltak i barnehage og barneskule? Er det tiltak leia av læraren eller ekspertar på mental helse for barn og unge som har størst effekt? Har kortvarige tiltak same effekt som langvarige tiltak? Det er mellom andre desse spørsmåla som danner utgangspunktet for dette forskingsnotatet om kor effektive skulebaserte mentalhelsetiltak i barnehagen og barneskulen er.

Bakgrunn

Symptom på mentale lidningar kjem gjerne til uttrykk tidleg i livet: Debutalderen for angstlidningar, åtferdsforstyrningar og stemningslidningar er i snitt 14 år og arbeidet med å førebyggja slike lidningar bør derfor begynna i barndomen. Dersom barn ikkje får hjelp tidleg, vil lidingane deira som regel fylgje dei inn i ungdomstida og vidare inn i vaksenlivet. Fylgjene kan vera alvorlege: problem knytt til å fungera sosialt, auka sjølvmoordfare, rusmisbruk, kriminalitet, låg utdanning, låg deltaking i arbeidslivet, og lågare livskvalitet. Det er derfor avgjerande at barn og unge som strevar, får hjelp tidleg.

Det kan vera utfordrande å oppsøka eller komma til i helsetenester for barn og ungdom som treng hjelp med mentale, åtferdsmessige eller emosjonelle problem. For barn og unge som strevar med slike problem, blir læraren eller andre tilsette ved barnehagen/skulen gjerne den instansen dei søkjer hjelp frå: Brorparten av barn og unge som søkjer hjelp for mentale problem, mottar hjelpa frå barnehagen/skulen. Barnehagen/skulen og hjelpa som dei kan tilby, er allment tilgjengeleg, og mange familiar har lettare for å akseptera hjelp frå desse instansane enn hjelp frå den lokale mentalhelsetenesta for barn og unge. Barnehagen og skulen står dermed i ei særstilling i samfunnet sitt arbeid med barn og unge si mentale helse og kan mellom anna bidra til å utjamna forskjellar i helsetilbodet til barn og unge. Dessutan visar forskning at det er meir sannsynleg at barn og unge faktisk møter til avtalane med skulebaserte hjelpetenester enn med andre instansar for mental helse.

Som i Noreg er amerikanske barnehagar og skular forplikta til å leggja til rette for individ med ulike utfordringar og behov. I arbeidet med førebygging, identifisering og intervensjon er det vanleg å nytta ein tretrinnsmodell som omfattar (1) universelle tiltak: arbeid med å førebyggje mentale problem i heile elevmassen, (2) målretta/spissa tiltak: arbeid med å identifisera sårbare individ og driva førebyggjande arbeid blant disse, og (3) særskilde tiltak: tiltak sett inn på individnivå.

Skulebaserte behandlingssopplegg i barnehage og barneskule er blitt evaluert i fleire land, men det er framleis lite kunnskap om kor effektive heilskaplege og universelle skulebaserte mentalhelsetiltak er. I tillegg har mykje av den eksisterande forskinga på temaet involvert eksperimentelle tilhøve kor ekspertar, spesialistar eller forskarar implementerer og leiur tiltaket. Derfor har vi avgrensa innsikt i korleis tilsette ved barnehagane og skulane best kan hjelpa elevane med det dei strir med.

Føremål

Det systematiske kunnskapsoversynet¹ har samanfatta (syntetiserer) tidlegare forskning på skulebasert arbeid med den mentale helsa til barnehagebarn og barneskuleelevar i deira naturlege tilhøve. Det vil seie at dei har inkludert forskning som ikkje involverer at arbeidet med den mentale helsa blir leia av forskarar, spesialistar eller ekspertar. Oversynet har to føremål:

- a) å gjera ei evaluering av kor effektive skuleleia mentalhelsetiltak er på kort sikt for barnehagebarn og barneskuleelevar er for barna generelt og for sårbare individ spesielt
- b) å gjera ei evaluering av korleis forskjellige faktorar (moderatorar) verkar inn på (modererer) resultatata av tiltaka.

Studien undersøkte:

- type program (universelle, målretta/spissa og særskilde tiltak)
- intensiteten på tiltaket
- varigheit på tiltaket
- elementa i tiltaket
- demografiske faktorar hjå barnet (til dømes sosioøkonomisk status, minoritetsstatus, alder)

Inkluderte studiar

Seks kriterium låg til grunn for utvalet av studiar:

- 1) Studien måtte undersøkje barnehage- og skulebaserte tilbod som var retta mot mentale problem.
- 2) Tiltaket måtte vera implementert av barnehage- eller skulepersonell eller personell som til vanleg høyrer til ved barnehagen/skulen.
- 3) Studien måtte vera ein randomisert kontrollstudie² som skilde mellom barn/elevar på individnivå, eller den måtte anten vere kvasiexperimentell³ eller samanliknande og sørgje for at dei ulike utvala (i kontroll- og tiltaksgruppene) var samanliknbare. Dette er viktig for å kontrollera for skeivskap i utvala⁴.

¹ **Systematisk kunnskapsoversyn:** Som regel ein artikkel eller ein rapport som gjer eit oversyn over eit klårt definert forskingsspørsmål. Oversynet brukar systematiske og eksplisitte metodar for å identifisera, velja ut og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å samla inn og analysere data frå studiane som er inkluderte i oversynet.

² **Randomisert kontrollstudie:** Ein studiedesign der deltakarane er randomiserte (tilfeldig fordelte) til ei tiltaks- og kontrollgruppe. Resultata blir vurderte gjennom å samanlikna utfall i behandlings-/tiltaksgruppa og kontrollgruppa. **Tiltaksgruppe:** I ein eksperimentell studie gir ein individ, grupper, einingar eller liknande noko som ikkje allereie eksisterer for å undersøkje effekten av tiltaket. **Kontrollgruppe:** Ei gruppe som vert brukt som samanlikning for ei tiltaksgruppe. Ho har liknande karakteristikk som tiltaksgruppa, men mottar eit alternativt tiltak eller ingen tiltak.

³ **Kvasiexperimentell:** Ein type inndeling i grupper som ikkje er ein 100 % tilfeldig fordeling, t.d. fordeling ved hjelp av annan kvar, fødselsdag eller vekedag/dag i månaden. Kvasirandomisering kan sjå tilfeldig ut, men fordelinga er forutsigbar og det er mogleg å manipulera kven som blir fordelt til kva gruppe.

⁴ **Systematisk skeivskap:** Systematiske feil som kan påverka resultatata i ein studie. Det finst ulike typar i studiar om effekten av tiltak: Rapporterings skeivskap (reporting bias): systematiske kunnskapsoversyn kan vere påverka av skeivskap i relevante data som er tilgjengelege frå inkluderte studiar. I tillegg kan ein publisert artikkel presentere eit skeivt sett med resultat (t.d. berre utfall eller subgrupper der statistisk signifikante resultat synte seg).

- 4) Studien måtte undersøkje direkte effektar av tiltaka, til dømes eksternaliseringsproblem (eksempelvis aggresjon, opposisjonell åtferd eller hyperaktivitet), internaliseringsproblem (eksempelvis angst, depresjon eller stress), konsentrasjonsproblem, og/eller stoffmisbruk.
- 5) Deltakarene måtte vera i barnehagealder eller småskulealder (til og med 5. klasse). Viss studien involverte fleire aldersgrupper, måtte snittalder på deltakarene vere lågare enn 6. klasse.
- 6) Studien måtte vera publisert før 1. januar 2015.

Bare fagfelleverderte studiar vert inkluderte i analysane. 43 studiar (49 941 deltakar) oppfylte vilkåra for å bli inkluderte i metaanalysen. Studiane var utførte i fleire land, blant anna i Noreg (*Zippy's Friends*), og dei var publiserte i tidsrommet 1989–2014.

Deltakarene var fordelt som fylgjer:

- Gjennomsnittleg opplæringstrinn: 2, 03 (standardavvik: 1,49)
- Gutar: 52,0 %
- Etniske minoritetar: 57,1 % (72,1 % av studiane oppgav ikkje relevant data)
- Låg sosioøkonomisk bakgrunn: 53,0 % (58,1 % av studiane oppgav ikkje relevant data)

Karakteristikkane vart koda som fylgjande:

Tiltak	Fordeling (prosent)
type program	universelt (69,8), målretta/spissa (18,6), særskild (11,6)
intensiteten på tiltaket	dagleg (44,2), fleire gonger i veka 18,6), kvar veke eller skjeldnare (34,9)
mål for tiltaket (mål for tiltak overlappar og førar til total-% på meir enn 100)	eksternaliseringsproblem (62,8), internaliseringsproblem (41,9), konsentrasjonsproblem (16,3), rusmisbruk (16,3)
lengda på tiltaket	1–12 veker (30,2), 13 veker–eitt skuleår (46,5), lengre enn eitt skuleår (23,3)
implementeringsmodell	mentalhelsetiltaka integrert i ordinær undervising (30,2) eller mentalhelseundervising/-tiltak som eige fag (69,8)
karakteristikkar av leiarane av tiltaka	Lærar (88,4), assistentar (4,7), skolepsykolog eller liknande (4,7) frivillige (foreldre) (2,3)
studiedesign	Randomiserte kontrollstudiar (100, av desse var 37% studiar av målretta/spissa tiltak), samanliknande studiar (0)

Målemetode (opreasjonalisering)	mål-om-betring-studier med analyse av tiltakseffekt hjå alle deltakarar etter tiltaket var avslutta (post-tiltak-målingar), òg viss data mangla (37), eller studiar som ikkje analyserte tiltakseffekt hjå alle deltakarar post-tiltak fordi data mangla (63)
--	---

Element som inngjekk i tiltaka, var øving på å auka sosiale ferdigheiter og problemløysingsferdigheiter, utvikling av strategiar for å handsama problem, premiering av positiv åtferd og iverksetting av negative konsekvensar av uønskt åtferd. Data knytt til effektstorleikene blei kategorisert i samsvar med utvalskriterium 4:

- direkte effektar på eksternaliserings- eller internaliseringsproblem
- konsentrasjonsproblem og/eller
- rusmisbruk av tiltaka blant deltakarene.

Berre effektstorleiker knytt til verknaden av tiltaket på den delen av deltakarene si mentale helse som var målet for tiltaket, blei inkludert i analysane. Viss til dømes tiltaket vart retta mot å redusere angst, men studien òg inkluderte sekundæreffektar av tiltaket på til dømes rusmisbruk, blei berre resultatane knytt til angst inkludert i analysane for det systematiske kunnskapsoversynet. Viss intervensjonstiltaket var retta mot fleire mentale problem og synte effektar av tiltaket på dei same problema, blei alle effektstorleikene inkludert i analysane.

Resultat

Metaanalysen samanstillar kortvarige effektar av kontrollerte tiltak for å førebyggje/avhjelpa mentale problem hjå barn i barnehage og barneskule. Den såg på tvers av resultatane av empiriske studiar og søkte òg å identifisera faktorar (moderatorar) som forårsakar effektvariasjonar mellom tiltaka. Eit sentralt føremål med det systematiske kunnskapsoversynet var å auka kunnskapen om korleis ein kan hjelpa barn og unge som strevar eller som er sårbare for å utvikla problem knytt til åtferd, kjensler eller psykisk helse. Forskarane bak kunnskapsoversynet har ei særskild gruppe barn i mente, nemleg etniske minoritetsbarn og frå låg sosioøkonomisk bakgrunn, fordi mentale helsetenester er vanskelegare tilgjengelege for denne gruppa grunna til dømes negative haldningar i familien (stigma), dårleg familieøkonomi eller transportutfordringar.

Analysane syner at tiltak leia av skolebasert personell generelt hadde ein liten til middels effekt på barna/elevane si mentale helse. Målretta/spissa tiltak og individretta tiltak hadde størst effekt, medan universelle tiltak hadde ein mindre effekt. Den svake effekten av universelle tiltak bekreftar resultatane av tidlegare studiar og metaanalysar. Den relativt svake effekten av universelle tiltak kan ha å gjere med at ein eventuell god effekt hjå nokre barn/elevar druknar i mengda barn/elevar som tiltaket ikkje har nokon effekt på fordi fleirtalet ikkje har nokre problem som blir betre av tiltaket («gulveffekt»). Disse dataa kunne derfor ikkje nyttast i metaanalysen. Dette tyder likevel ikkje at universelle tiltak ikkje kan ha god effekt for barn og elevane som strevar eller som står i fare for å utvikle problem. Universelle tiltak kan til dømes vere formålstenlege fordi dei ved å inkludera heile grupper kan nå barn og elevane som elles ikkje ville søkt hjelp. Fordi ho involverer alle barn/elevane, kan ein brei tilnærming òg hjelpa å redusera stigma knytt til mentale utfordringar og dei kan auke skolen og foreldra si involvering i arbeidet med å forhindre eller avhjelpa mentale problem hjå barna. På

bakgrunn av desse resultatene kan ein sjå for seg at ein kombinert tiltaksmodell (målretta/spissa tiltak og universelle tiltak) kan vere det mest effektive alternativet.

Vidare viser analysane at lengda på tiltaket ikkje ser ut til å påverke kor effektive tiltaka var. Dette blir trekt fram som eit opplyftande resultat då dette kan gjera at implementeringa av slike tiltak står fram som meir overkommeleg for skulane fordi tiltaka ikkje treng vera kostbare eller krevja svært mykje tid. Intensiteten av tiltaket verka derimot inn på effekten av tiltaket: Tiltak med hyppig intervensjon var meir effektive enn meir lågfrekvente tiltak.

Blant studiane som oppgav demografisk informasjon (rase, etnisitet og/eller sosioøkonomisk bakgrunn) om deltakarene, hadde om lag halvparten av deltakarene bakgrunn frå lågare sosioøkonomiske lag eller dei høyrte til ein etnisk minoritet. Analysane synte at demografisk bakgrunn ikkje verka inn på resultatene av tiltaka. Skulebaserte tiltak med fokus på barn og unge si mentale helse kan dermed vera eit viktig bidrag i arbeidet å jamna ut forskjellar i befolkninga kva angår tilgang til mental helsehjelp.

Dei fleste tiltaka som inngår i metaanalysen, blei leia av lærarar. Forskarane uttrykkjer både undring og bekymring over at skulepersonale som er utdanna til handsaming av barn og unge si mentale helse, til dømes helsesjukepleiarar, ikkje er meir involverte i implementeringa av tiltaka. Handsaming av barn og unge si mentale helse er ikkje blant primæroppgåvene til lærarar, og dei har ikkje helsefagleg utdanning. Ikkje desto mindre kan det hende at det store talet lærarar som er involverte i dette arbeidet er ei av årsakene til at tiltak som var integrerte i den ordinære undervisninga hadde betre effekt enn tiltaksmodellar som skilde ut mentalhelseundervisning og -tiltak som eige fag: Når ho blir leia av læraren, blir mentalhelsetiltaket ein innbakt del av læraren sitt naturlege virke som undervisar og klasseleiar. Likevel skal ein ikkje gløyma at program som set sosioemosjonell trening eller mentalhelsetiltak på læreplanen som eige fag, set større krav til læraren fordi slike oppgåver ikkje høyrer med til læraren sine primære funksjonar. Det er derfor viktig at læraren i slike tilfelle får tilbod om ekstra støtte og ressursar, og at tiltaket blir skreddarsydd for å passa inn i læraren sitt virke, blant anna med høve til læraren sitt primære arbeid i klasserommet og bruk av tid/prioritering av oppgåver. For å sikra at dei lærarane som treng ekstra oppfølging får dette, er det òg viktig å evaluera arbeidet til skulerådgjevarar, skulepsykologar og andre som er involvert i arbeidet med å identifisera elevar som treng ekstra støtte og hjelp.

Implikasjonar

Dei positive resultatene av metaanalysen av tiltaka, særskilt med høve til høgfrekvente tiltak som vart leia av læraren og integrert i undervisninga, som premierte positiv åtferd og gav negative konsekvensar ved uønskt åtferd og som adresserte eksternaliseringsproblem, syner den viktige rolla skulen kan spela i samarbeid med den profesjonelle mentalhelsetenesta, til dømes saman med barnepsykiatrien. Det blir oppmoda om at den profesjonelle mentalhelsetenesta nyttiggjer seg av dei ressursane og moglegheitene som ligg i eit samarbeid med skulen og skulebaserte mentalhelsetiltak og om at skuleleiing og skuleeigar legg til rette for at skulepersonell skal kunne implementera og leia skulebaserte mentalhelsetiltak. Det blir til sist understreka at det er behov for meir forskning på effektiviteten av skulebaserte tiltak og på korleis ein best kan støtta og integrera arbeid med barn si mentale helsa i barnehage og barneskule.