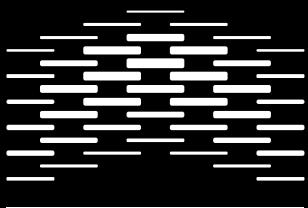


Levekår og helse i barndommen: Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil A. van der Wel
Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag



Levevilkår og helse i barndommen:
Hva kan kommunene gjøre?
Noen tilnærminger

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil van Der Wel

Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag
OsloMet - storbyuniversitetet

CC-BY-SA OsloMet – storbyuniversitetet

OsloMet Rapport 2018 nr 3

ISSN 2535-485X (online)

ISBN 978-82-8364-081-6 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet
Læringscenter og bibliotek, Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Elektronisk utgivelse

Nøkkelbudskap

1. Levekår i oppveksten påvirker barns helse både på kort sikt og inn i voksenlivet.
2. Helsetilstanden til barn og unge er bedre jo høyere sosioøkonomisk status, utdanning og inntekt deres foreldre har.
3. Det er fire arenaer som er særlig viktige for utviklingen og helsa til barn og unge: familier, barnehage, skole og fritid. Tiltak bør settes inn på alle arenaer.
4. Barnehage av god kvalitet et viktig tiltak for å gi alle gode livssjanser og muligheter til god helse.
5. Tiltak i skolen, som forsterking av skolehelsetjenesten og antimobbeprogrammer, bidrar til å gi alle barn og unge gode livssjanser og muligheter til god helse.
6. Det bør settes i gang et systematisk utviklingsarbeid i grunnskolen for å minske sosial ulikhet og bedre trivsel og psykisk helse.

Innhold

Nøkkelbudskap.....	2
Forord.....	4
Innledning	5
Avgrensning og metode	5
Del 1 Barn og unges levekår og helse.....	9
Den sosiale fordelingen av helse	9
Psykisk helse.....	9
Overvekt.....	9
Andre helserelevante utfall.....	10
Familien.....	10
Svangerskap og spedbarnsperioden	10
God omsorg – trygge, friske og glade barn	11
Barnehage	11
Skole.....	12
Deltakelse i fritidsaktiviteter	13
Del 2 Hva kan gjøres? Noen eksempler.....	14
Foreldre	15
Ambulant virksomhet for gravide og sårbare småbarnsmødre	15
Foreldreprogrammer.....	15
Helsestasjonene	16
Barnehage	16
Skole.....	17
Programmer mot mobbing og for økt trivsel	17
Samtalegrupper for skilsmissebarn	17
Veiledning om psykisk helse for ungdom.....	18
DU.....	18
Styrke deltakelsen i fritidsaktiviteter	19
Trara-prosjektet	19
Boxåpneren	19
Treffstedet.....	20
Avslutning.....	21
Referanser	23

Forord

Denne rapporten er den tredje i en serie på fire som tre forskere ved Høgskolen i Oslo og Akershus har skrevet på oppdrag av Helsedirektoratet. Den bygger på den nasjonale kunnskapsoversikten over sosial ulikhet i helse som ble utarbeidet for samme oppdragsgiver i 2014.

Nytt i denne serien av rapporter er at de skal være handlingsrelevante for kommunene. Bakgrunnen for dette er den framskutte rollen kommunene har fått gjennom den nye folkehelseloven som ble innført i 2012.

Intensjonen med rapportene er ikke å «instruere» kommunene, eller folkehelsekoordinatorene i hva de skal gjøre med sosial ulikhet i helse lokalt. Ambisjonen er snarere å formidle forskningsbasert kunnskap om hvordan problemene arter seg, og særlig hva som med stor sannsynlighet kan bidra til å redusere problemene. Vi beskriver og refererer til en rekke tiltak for å gi *ideer og inspirasjon* til hva kommunene kan gjøre på dette folkehelseområdet. Dersom kommunene finner noen ideer passende og lovende, er det opp til dem selv, ut fra lokale mål og forutsetninger, å sette disse ideene ut i livet.

I arbeidet med rapportene har vi invitert til idémyldring med utvalgte folkehelsekoordinatorer. Videre har vi fått rapportene kvalitetssikret av eksperter på de ulike feltene. I tillegg har vi fått verdifulle innspill av Øyvind Giæver, Herdis Dugstad og Ellen Marie Paulssen hos vår oppdragsgiver, Helsedirektoratet.

Vi håper at rapportene kommer til nytte i det viktige lokale folkehelsearbeidet som kommunene nå er i gang med.

Hilsen forfatterne

Wenche Bekken, Espen Dahl, Kjetil van der Wel

Innledning

Hvordan vi fordeler inntekt i samfunnet, og i hvilken grad vi tilrettelegger for deltakelse og like muligheter, er et politisk spørsmål. Levekårsbegrepet viser til nettopp hvilke betingelser for livsutfoldelse individer og grupper har tilgjengelig. Levekår omfatter slik ressurser som utdanning, penger, arbeid, sosial støtte, deltakelse og helse. Formålet med velferdsstatens mange ordninger, institusjoner, tjenester og reguleringer er å sikre innbyggernes velferd gjennom en god og rettferdig fordeling av levekår. Dette formålet går hånd i hånd med målet om å redusere sosial ulikhet i helse.

Forskningen viser nemlig at det er en nær sammenheng mellom tilgangen på ressurser og helse: Jo flere ressurser en har tilgjengelig, jo bedre helse kan en forvente å ha gjennom livsløpet, på kort og lang sikt. Gode levekår gir muligheter til å realisere ønsker og leve det livet en verdsetter, mens fravær av gode levekår kan skape barrierer og begrense handlingsmulighetene. Levekårene legger også grunnlaget for sosialisering, identitetsbygging og utvikling av evner og anlegg. Dårlige levekår i barndommen vil derfor kunne prege hele livsløpet (Frønes og Strømme 2010, s. 14–16).

Forskningen viser at jo tidligere i livsløpet man lykkes i å oppnå en jevnere fordeling av ressurser og muligheter, jo større er sjansen til å påvirke morgendagens helseforskjeller. Erkjennelsen av at ingen barn velger sine foreldre eller har noen mulighet til å påvirke sine levekår selv, gir oss en sterk forpliktelse til å sørge for gode oppvekstkår for alle. En slik ambisjon er dessuten fullt ut forenlig med en sosialt bærekraftig samfunnsutvikling som kan sikre folkehelse, sysselsetting og verdiskaping i framtida.

Del 1 i denne rapporten gir en oversikt over barn og unges levekår og helse i Norge og den sosiale fordelingen av disse levekårskomponentene. Del 2 beskriver eksempler på tiltak som har vært prøvd ut, og som vi ut fra forskningen om sosiale ulikheter i helse vil si har potensial til å bidra til å redusere de sosiale helseforskjellene.

Avgrensning og metode

Etter folkehelseloven skal kommunene rette hele sitt virkemiddelapparat inn mot å minske sosiale helseforskjeller. Det betyr at helseulikhetsagendaen skal prege kommunenes arbeid innenfor skole og barnehage, fritid, helse og eldreomsorg, familievern og helsestasjoner, fattigdomsbekjempelse, arbeidsinkludering, veiplanlegging, miljøvern, boligplanlegging og reguleringsplaner, for å nevne noe. Omfanget av tiltak som det er mulig å tenke seg, er følgelig svært stort.

For eksempel kunne man ut fra hva vi vet om betydningen av inntekt for helse (Dahl mfl. 2014, s. 228), anbefale å innrette kommunens skattesystem slik at det i større grad bidrar til omfordeling av inntekt. Et slikt tiltak ville være strukturelt og universelt og påvirke en

grunnleggende sosial determinant langt bak i årsakskjeden. Videre rår kommunene over to sentrale virkemidler for fattigdomsbekjempelse: sosialboliger og sosialhjelp. Det er svært gode teoretiske og empiriske holdepunkter for å si at fattigdom og lavinntekt har negativ innflytelse på barn og unges livskvalitet, problematiske atferd og helse. En teoretisk godt fundert anbefaling kunne dermed ha vært å øke sosialhjelpen til et nivå som løftet barnefamiliene i kommunen over grensen for lavinntekt. Dette kunne ha sikret materiell levestandard, evne til sosial deltakelse, bedre oppvekstkår og mulighet til langsiktig planlegging for mange barn i fattige familier, og på sikt gitt bedre helse gjennom livsløpet.

I arbeidet med denne rapporten har vi imidlertid hatt i oppgave å løfte fram erfaringer fra det folkehelsearbeidet som *faktisk* foregår i kommunene overfor barn og unge, basert på forskningsbaserte evalueringer. Når det gjelder vesentlige sider av kommunenes virkemiddelapparat, slik som eksemplene over, er det i liten grad gjennomført tiltak og evalueringer. Svært mange av de kommunale innsatsene har snarere preg av prosjektbasert målrettet innsats, innrettet mer mot å avhjelpe og inkludere vanskeligstilte barn og unge enn å endre ulikhetsstrukturen i seg selv. Som en følge av dette vil også de erfaringsbaserte anbefalingene og eksemplene i rapportene vris i denne retning. Det innebærer at det er et ikke ubetydelig sprik mellom kommunenes mulighetsrom – det de kunne ha gjort – og de anbefalingene som vi kommer med i denne rapporten som er basert på det som faktisk er gjort.

Kommunalt folkehelsearbeid kan forstås som kommunens «totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (Mæland 2010, s. 18). En slik vid forståelse innebærer at folkehelsearbeidet omfatter alt fra helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (primærforebygging) via behandling (sekundærforebygging) til rehabilitering (tertiærforebygging). De eksemplene på tiltak som kommunene har iverksatt, og som vi belyser i denne rapportserien, befinner seg således i og mellom sekundærforebyggings- og terciærforebyggingsfeltet.

Vi vil imidlertid også – der det er empirisk grunnlag for det – forsøke å vektlegge eksempler på tiltak som er mer i tråd med de generelle anbefalingene om at de mest virksomme folkehelseiltakene er de som har en mer primærforebyggende og universell karakter, framfor de som har sekundær-/terciærforebyggende og målrettet karakter.

Rapporten bygger på gjennomgangen av levekår beskrevet i den nasjonale kunnskapsoppsummeringen fra 2014 (Dahl mfl. 2014), i tillegg til nyere forskning på feltet. I del 2 er det med noen få unntak valgt eksempler i hovedsak fra Norge, fordi den norske

konteksten gjør tiltakene mer gjenkjennbare. Søk ble gjort i databaser som Oria (inkluderer Norar og Idunn), Google Scholar og Ebscot. Valgte søkeord var levekår, fattigdom, barn og unge, kommune, tiltak/prosjekter og sosiale ulikheter, for å nevne noen av de viktigste. Ut fra resultatene i søk la vi vekt på forskningsrapporter innenfor barn og unges levekår og oppvekst, og vi har valgt å framheve de temaene som vektlegges i disse. Vi har valgt eksempler som tydeliggjør temaer som går igjen i levekårsforskningen (Larsen og Seim 2011). Vi har dessuten vektlagt eksempler som inkluderer brukermedvirkning og er lokalt tilpasset. I oppstarten av prosjektet ble det etablert et samarbeid med fem folkehelsekoordinatorer for å få tilbakemelding fra dem om erfaringer de har fra sitt arbeid i kommunene. Noen av disse koordinatorene ble også brukt utover i prosjektet, som sparringspartnere og for å få kommentarer på arbeidet med rapportene.



Del 1 Barn og unges levekår og helse

Den sosiale fordelingen av helse

De fleste barn og unge i Norge har gode levekår. Likevel er det klare sosioøkonomiske forskjeller. Vi ser en sosial gradient, det vil si at fordelingen av helse mellom de sosioøkonomiske lagene følger et trappetrinnsmonster: Jo høyere sosioøkonomisk status familiene til barn og unge har, desto bedre helse og desto lavere dødelighet har de. Dette er fylldig beskrevet i vår nasjonale kunnskapsoppsummering (Dahl mfl. 2014). Vi skal nå se litt nærmere på utvalgte helseutfall og levekårsarenaer. Vi fokuserer her på psykisk helse og overvekt, som er to viktige satsingsområder i folkehelsearbeidet.

Psykisk helse

I tenårene ser vi en betydelig økning av psykiske plager. 20 prosent av norsk ungdom opplever så sterke symptomer på psykiske plager at det påvirker dem i hverdagen (Bru mfl. 2016 med referanse til Skogen mfl. 2015). Det antas at ca. 20 prosent vil oppleve depresjon eller angst i løpet av ungdomsårene. Psykiske plager forkorter menneskets liv omtrent like mye som røyking (Mykletun mfl. 2009, Bru mfl. 2016, s. 16). Psykiske velvære er derfor vesentlig for god helse, mestring og utvikling mot voksenlivet. I likhet med mange andre helsemål er det også sosial ulikhet i psykiske plager blant ungdom (Bakken 2016).

Depresjon og angst henger sammen med selvbilde og selvfølelse. Stort press for å prestere på flere områder, være pen og attraktiv, sosial, flink på skolen m.m. kan være medvirkende årsaker til den rapporterte psykisk helse hos ungdom (Bakken 2016). Forskning tyder også på at konflikter mellom barnas foreldre er en viktig årsak til psykiske plager (Dahl mfl. 2014). Om lag en tredel av barn som opplever skilsmisser, får slike plager. Det er imidlertid ikke mulig å måle hvordan disse barna ville hatt det hvis foreldrene ikke ble skilt, og det er vanskelig å vite hvordan barn i familier med høyt konfliktnivå har det. Men funnene er viktige fordi det kan rettes inn tiltak mot disse barna.

Overvekt

Overvekt i ung alder øker risikoen for type 2-diabetes, hjerte- og karsykdommer og kreft i voksen alder. Fedme har også betydning for livskvaliteten i barne- og ungdomsårene (Folkehelseinstituttet 2016). I snitt var 17 prosent av jentene og 13 prosent av guttene blant landets åtteåringer overvektige i 2015, og andelen har vært ganske stabil det siste tiåret. Blant 17-åringene som møtte til sesjon, var andelen rundt 23 prosent. Vernepliktsdataene viser også at det er betydelige geografiske variasjoner, med høyere andeler overvektige vestover og nordover i landet. Særlig nord i landet er andelen høy, med 27,5 prosent (Folkehelseinstituttet 2016).

Andelen unge med overvekt er lavest i familier der foreldrene har videregående utdanning eller høyskoleutdanning (Folkehelseinstituttet 2016). Prosentandelen med overvekt er betydelig høyere blant barn av mødre med lav utdanning sammenliknet med barn av mødre med høy utdanning (Biehl 2013, Oellingrath mfl. 2008). Forekomsten av overvekt og fedme hos barn med skilte foreldre er dessuten omtrent 50 prosent høyere enn hos barn av gifte foreldre (Biehl 2014), uavhengig av mødrenes utdanningsnivå, landbakgrunn og bosted.

Andre helsesrelaterte utfall

Forekomsten av skader og ulykker og tilgangen på trygge lekeområder har også en klar sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå. Barn som vokser opp i fattige familier, har høyere sannsynlighet for å oppleve vold enn andre barn (Thoresen og Hjemdal 2014).

Personer med nedsatt funksjonsevne er en sammensatt gruppe, og i mange henseender faller de utenfor både i utdanning og i arbeid (Gjertsen 2014, Tøssebro 2014). Dette gjelder både fysiske, psykiske og kognitive funksjonsnedsettelse. Studier viser at barn og unge med funksjonsnedsettelse ikke drar nytte av foreldrenes utdanningsbakgrunn på samme måte som resten av befolkningen (Finnvold 2013).

Unge ruser seg mindre i dag enn tidligere, og færre røyker. Til en viss grad ser det ut til at snus har overtatt for røyking. Vi vet lite om risikoen for kreft ved langvarig bruk av snus, men risikoen er betydelig mindre enn ved røyking. Ifølge Ungdata har ungdom som begynner tidlig å drikke, et atferdsmønster hvor antisosial atferd og bruk av tyngre stoffer inngår (Bakken 2016). Dette er gjerne ungdom som har et vanskeligere forhold både til skolen og til foreldrene enn andre. De begår mer kriminalitet, oppgir dårligere psykisk helse og får oftere problemer senere i livet (Bakken 2016).

Familien

Svangerskap og spedbarnsperioden

Fra forskningen vet vi at mors livsstil og arbeidssituasjon under svangerskapet kan påvirke fosterets helse. Røyking, rusbruk, alkohol, kosthold og fysisk aktivitet blant gravide viser sosioøkonomiske gradienter og gir slik barn fra ulike familier forskjellig risiko for fødselskomplikasjoner, medfødte lidelser, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Disse utfallene er igjen knyttet til mange ufordelaktige utfall i skolealder og som voksen, sosialt og helsemessig (Arntzen 2013).

Det første leveåret er det tydelige sosiale skillelinjer også når det gjelder amming, og dessuten i risikoen for at mor opplever svangerskapsdepresjon. Barn som vokser opp med en mor med langvarig eller tilbakevendende depresjon, er utsatt for å utvikle både følelsesmessige,

kognitive, atferdsmessige og sosiale vansker (Mathiesen 2000, Weinberg 1998, Murray 1997, i Arntzen 2013).

Støtte til god omsorg

I de første leveårene legges grunnlaget for selvtilit, selvregulering, sosial evner, språk og læring. En foreldrestil som er kjennetegnet av varme og anerkjennelse, kan forebygge problematferd og psykiske problemer (Stack mfl. 2010). Foreldreveiledningsprogrammer som understøtter en positiv foreldrestil, kan ha positive effekter for foreldre flest og ikke minst i familier med særskilte utfordringer (Sanders mfl. 2014). Det er viktig at det å være foreldre settes i en sammenheng når hjelp skal ytes. Støtte til å bli en god foreldre inkludere også å kunne bruke andre støttepersoner rundt seg. Det kan være ansatte ved skolen, naboer, venner og øvrig familie.

Årlig opplever anslagsvis 25 000 barn at foreldrene går fra hverandre. Par med lavere utdanning har opptil fire ganger høyere forekomst av samlivsbrudd enn høyt utdannede. Det er en sammenheng mellom å oppleve at foreldrene skiller lag, og atferdsproblemer, depresjon og skoleproblemer blant barn. Omtrent to tredeler av barna som opplever samlivsbrudd, kommer imidlertid fra det uten varige problemer (Arntzen 2013). Det mest avgjørende for barnas atferd og reaksjoner er konfliktnivået mellom foreldrene etter samlivsbruddet, og om de har muligheter for å beholde kontakten med begge foreldrene (Morvik 2012, i Arntzen 2013). Årsaker til samlivsbrudd kan være knyttet til arbeidsledighet og dårlig økonomi (Jalovaara 2013), men bildet er sammensatt. Det viktige er at barn og deres foreldre som opplever brudd eller store forandringer i nære relasjoner kan få støtte hvis de trenger det.

Barnehage

Forskning viser at tidlig læring gir barn mulighet til å lykkes i utdanningsløpet og arbeidslivet. Spesielt for barn fra fattige familier viser internasjonale studier at barnehage og førskoletiltak har positiv effekt på det kognitive læringsutbyttet. For barn fra vanskeligstilte familier har førskole positive effekter på blant annet språkutvikling (Mogstad og Rege 2009). Videre viser en solid studie at subsidiert barnehage økte barnas utdanningsnivå og arbeidsmarkedsdeltakelse og minsket sannsynligheten for å bli trygdemottakere som voksne. Effektene var særlig tydelige for jenter og for barn av lavt utdannede mødre (Havnes og Mogstad 2011).

I en NOVA-rapport (1/2013) oppgis det at over 90 prosent av barnehagene som rapporterte at de hadde barn med nedsatt funksjonsevne, fikk ekstra ressurser til bemanning. Likevel svarte 43 prosent at de ikke kunne gi barna et godt nok tilbud. Undersøkelsen viser også at det oftere er barn med funksjonsnedsettelse i kommunale barnehager enn i private. Årsakene kan være flere, men det er viktig å unngå at private barnehager av strategiske grunner velger vekk barn

som trenger ekstra ressurser.

Så godt som alle barnehager hadde etablert rutiner for kontakt mellom barnehage og PP-tjenesten i kommunen, men forskningen sier ikke mye om kvaliteten på samarbeidet. Det er en økning i antallet som har etablerte rutiner for kontakt med barnevernstjenesten og helsestasjonene.

Det er ikke et krav at man må ha fagopplæring for å jobbe med de aller minste barna i barnehagen (Greve og Solheim 2010). Antall pedagogiske årsverk, krav til utdanning og etterutdanning er viktig for å kunne gi et godt pedagogisk tilbud. Innsikt i lekens rolle for å skape trivsel blant barna i barnehagen er også nødvendig kunnskap for å gi et godt pedagogisk tilbud (Greve 2013, Greve og Lønndal 2012, Bae 2012).

Skole

Skolen har et stort potensial til å utjevne sosiale forskjeller. I den norske skolen ser det imidlertid ut til at dette ikke lykkes i nevneverdig grad (Hansen og Mastekaasa 2010, s. 134). Grunnskolen bidrar generelt til å videreføre forskjeller når det gjelder kjønn, minoritetsbakgrunn og foreldrenes utdanningsnivå. Tendensene ser dessuten ut til å forsterkes i løpet av ungdomsskolen (Bakken 2010). Ordninger som skolefritidsordningen/aktivitetsskole (SFO/AKS), gratis leksehjelp og kunnskapsløftet har i liten grad bidratt til å fremme likhet; SFO/AKS blir brukt mindre av dem med lavere sosioøkonomisk posisjon, og gratis leksehjelp og Kunnskapsløftet ga større sosiale forskjeller i skoleprestasjoner (Bache-Hansen mfl. 2013, Bakken og Elstad 2012).

66 prosent av ungdommene som har besvart undersøkelsen i Ungdata, oppgir at de trives på skolen (Bakken 2016). Dette gjelder både i ungdomsskolen og for det videregående trinnet. For dem som opplever det, er likevel mobbing en viktig faktor for trivsel og psykisk og fysisk helse i barneårene og senere i livet (Bakken 2016). Forekomsten av elever som opplever seg mobbet, har vært stabil fra 2007 til 2011. Det er en viss nedgang i 2012, mens det skjer en betydelig reduksjon i 2013 (Wendelborg 2016, s. 1). Flere jenter enn gutter blir utsatt for mobbing, ifølge Ungdata, og forekomsten av mobbing er høyest på ungdomstrinnet og avtar i videregående skole.

Forhold som gode uteområder, godt innklima, mulighet for å etablere vennskap og gode læringsbetingelser er faktorer som gir trivsel.

I Barneombudets (2017) nylig framlagte fagrapport kommer det fram at spesialundervisning i skolen oppleves som svært mangelfull, både når det gjelder læringsutbytte, skolemiljø og medvirkning. Skolehverdagen er preget av uforutsigbarhet, mangel på godt nok kvalifisert personale og et tilbud som ikke er tilpasset den enkeltes behov, noe disse elevene har krav på etter loven. Forskningen peker i samme retning. Haug (2014a) rapporterer at mindre enn

halvparten av barna som mottar spesialundervisning, får det av personer med spesialpedagogisk utdanning. En tredel av alle timer som er satt av til spesialundervisning, gjennomføres av assistenter uten formell skolefaglig kompetanse (Nordahl og Hausstätter 2009). Haug (2014b) konkluderer med at det ikke er likegyldig hvem som står for undervisningen. Betingelsene for læring er best når spesialundervisningen gjennomføres av folk med spesialpedagogisk kompetanse. Riksrevisjonen pekte i 2011 på «omfattende svakheter» i saksgang og oppfølgingsarbeid knyttet til spesialundervisning. Dette øker risikoen for at gruppen med særskilte behov ikke får et likeverdig utdanningstilbud og dermed like gode livssjanser som andre barn.

Deltakelse i fritidsaktiviteter

Fritidstilbud i lokalsamfunnet prioriteres i lokalsamfunn og anses som viktig for barn og unges aktivitet. Det kan skape opplevelse av tilhørighet styrke sosiale bånd og oppleve mestring (Haugen mfl. 2015, Thommessen mfl. 2011). De som kommer fra ressurssterke familier, deltar mer enn andre barn (Dahl mfl. 2014, Ødegård mfl. 2016). Unge med psykiske vansker, barn av foreldre med psykiske vansker og unge med funksjonsnedsettelse deltar mindre i fritidsaktiviteter enn andre (Gjertsen og Olsen 2011).

Foreldres engasjement, interesse og holdninger har innvirkning på barn og unges deltakelse uavhengig minoritetsbakgrunn (Ødegård mfl. 2016). I en ny undersøkelse om idrettsdeltakelse og trening blant ungdom i Oslo påpekes det at både motiver og deltakelsesmønstre hos ungdom har forandret seg over tid. Minoritetsjenter deltar mindre enn andre ungdommer. Det samme gjelder også for gutter. Gapet i idrettsdeltakelse mellom ungdom med og uten innvandrerbakgrunn har fortsatt å øke. Dette kan være knyttet til barrierer en opplever som minoritet, levekårsforskjeller eller ulike former for kulturell kapital (Friberg 2005, i Ødegård mfl 2016). Ungdom med innvandrerbakgrunn har ofte andre interesser som de er opptatt av å ivareta. Jenter med innvandrerbakgrunn bruker dessuten mer tid på skolearbeid og lesing (Haugen mfl. 2015, Ødegård mfl. 2016).



Del 2 Hva kan gjøres? Noen eksempler

Barn og unges levekår står allerede høyt på agendaen i mange kommuner. Med den nye folkehelseloven knyttes dette arbeidet nå direkte til ambisjonen om å redusere sosiale ulikheter i helse. Det sier seg selv at en i dette komplekse arbeidet må anlegge et sektorovergripende perspektiv, og sørge for samordning av ulike tjenester for å skape en helhetlig og slagkraftig politikk. I det følgende presenterer vi noen eksempler som vi har valgt å dele inn i temaene foreldre, helsestasjoner, barnehage, skole og fritid.

Vi minner om at denne rapporten ikke har til oppgave å utforske hvilke tiltak som er *mulig*, men å gi eksempler på hva som faktisk gjøres. Vi forholder oss til tiltak som er evaluert.¹ Omfanget og utformingen av evalueringene varierer imidlertid mye, og det er sjelden mulig å slå fast med stor sikkerhet hvilken effekt tiltaket hadde. Når vi snakker om effekt, betyr det å kunne si hvordan det gikk med dem som fikk et tiltak, sammenlignet med hvordan det ville gått uten tiltaket. Å måle effekt stiller store krav til gjennomføringen av tiltaket. Blant annet må en sørge for å ha en kontrollgruppe, og at det er tilfeldig hvem som får tiltaket, og hvem som havner i kontrollgruppa.

Forskere i Danmark har utviklet begrepet *lovende praksis*, som er nyttig for å forholde seg til felt med varierende typer kunnskap. Begrepet gir en mer åpen tilnærming til kunnskapsutvikling. En lovende praksis er en praksis som har god teoretisk forankring; det finnes undersøkelser som peker i retning av praksisens ønskede effekt; det er beskrivelser av hvordan praksisen kan utføres, med tydelige mål for mottakeren; praksisen har en overføringsverdi; og den understøttes av faglig refleksjon. Videre må tjenesteutøvere kunne samarbeide med andre profesjoner og brukere; det må foreligge brukermedvirkning; målene må evalueres; og det må være rutiner for stadig forbedring (en utdypende drøfting er å finne i Jensen mfl. 2016). I det følgende vil vi presentere tiltak vi mener er lovende.

¹ I arbeidet med rapporten har følgende to nettsteder vært nyttige for å få et overblikk over tiltak eller programmer: [Ungsinn – Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge](#), drevet av Universitetet i Tromsø og RKBNU Nord, og [In Sum](#), en database som inneholder oppsummert forskning om effekter av tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd. Nettstedet In Sum har relevante systematiske oversikter fra inn- og utland og sammendrag av slike oversikter (på norsk og engelsk). Nettstedet er drevet i regi av RBUP på oppdrag fra Helsedirektoratet og Bufdir.

Foreldre

Ambulant virksomhet for gravide og sårbare småbarnsmødre

Målgruppen for prosjektet er småbarnsmødre. Formålet med prosjektet er at unge, enslige og sårbare mødre får støtte til å bygge opp ressurser i samme grad som andre på samme alder.

Et mål er at mødrene skal gjennomføre en utdanning som gir kompetanse, og som leder til fast tilknytning til arbeidslivet. Andre formål er at de skal bli trygge foreldre, utvikle sosiale nettverk og oppleve livskvalitet. Til sammen er det 165 kvinner fordelt på fire kommuner som har deltatt i initiativet, og som er med i den kvantitative delen av evalueringen. 27 kvinner er intervjuet ut over dette. Kommunene har organisert tilbudet på litt ulik måte når det gjelder varighet, antall gruppemøter i uken og antall individuelle samtaler.

Prosjektet er både effektevaluert (RCT) og prosessevaluert. Den kvantitative evalueringen viser ingen positive virkninger av deltakelsen sett i forhold til utdanningsaktivitet, kriminalitet, psykisk trivsel, familie- og boligsituasjon. Noe av dette kan skyldes den korte oppfølgingstiden på ett år, men forfatterne angir flere plausible forklaringer, blant annet manglende motivasjon blant deltakerne (Høijen-Sørensen mfl. 2016, s. 76–77). I den kvalitative evalueringen av prosjektet kommer derimot positive resultater fram. Det sentrale å merke seg er at mødrene verdsatte støtten de fikk, og syntes det var fint å kunne snakke om egen livssituasjon med andre. Det kom også fram at denne typen deltakelse viser seg å være positiv for hvordan de oppfatter sitt eget foreldreskap. En barriere for å delta i prosjektet var at de i utgangspunktet føler seg stemplet, og at deltakelse i prosjektet understreker denne opplevelsen av stigma. Det ble understreket at det virket negativt å benevne et tiltak med «enslige».

Tiltaket er målrettet innenfor rammen av et kommunalt tilbud. Et problem er at det kan virke stigmatiserende, siden det å være enslig i seg selv oppfattes som negativt av deltakerne. En viktig faktor ved dette prosjektet er den grundige evalueringen av tiltakene og muligheten dette gir for å forbedre tiltaket.

Foreldreprogrammer

En nylig systematisk gjennomgang av gruppebasert foreldreveiledning for å forbedre småbarns psykososiale utvikling støtter bruk av foreldreveiledningsprogrammer (Barlow mfl. 2016).

Programmene støtter og styrker emosjonell tilknytning og gir positive atferdsmønstre hos barn. Langtidseffektene kan man derimot ikke si noe om.

Anbefalte foreldreveiledningsprogrammer som har dokumentert effekt, er

- [Parent Management Training – Oregon \(PMTO\)](#)
- [Tidlig innsats for barn i risiko \(TIBIR\) – Foreldregruppeintervensjon](#)
- [Tidlig innsats for barn i risiko \(TIBIR\) – Rådgivningsintervensjon](#)

- [De utrolige årene \(DUÅ\)](#)

Helsestasjonene

Helsestasjonens rolle i forebyggende arbeid og som helsefremmende aktør er dokumentert. Få tiltak i tjenesten er evaluert for effekt, men forskning gjort på registerdata på kull som ble innrullert i mor–barn-helsesentre med veiledning og oppfølging av mødre og barn fra 1930-tallet i Norge, viser etter 40 års oppfølging positiv effekt på skolegang og inntekt (Bütikofer mfl. 2015). Spesielt for dem fra familier med lav inntekt var effekten tydelig. Færre hadde også helserisiko ved 40 år, og etableringen av helsestasjoner viste også positiv effekt på kroppshøyde, som knyttes til ernæring. Studien konkluderer med at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å investere i helsetjenestetilbud for mor og barn.

Barnehage

Som omtalt i del 1 er forsøk med gratis kjernetid i barnehager gjennomført flere steder. Resultatene er temmelig entydige: Flere tar i bruk tilbudet. I del 1 beskrev vi hvordan deltakelse i barnehage styrker kognitiv og personlig utviklingen hos barn, spesielt hos dem med lav sosioøkonomisk status. Språkutviklingen for barn med minoritetsspråklig bakgrunn bedres også. Resultater fra norsk og utenlandsk forskning gir derfor grunn til å slutte at målrettet gratis barnehage vil redusere sosiale ulikheter i helse på sikt, fordi det kan komme bedre til nytte for utsatte grupper.

Samtidig er det viktig å understreke at kvalitet i barnehagen er en avgjørende faktor. Det er ikke et krav om at man må ha fagopplæring for å jobbe med de aller minste barna i barnehagen (Greve og Solheim 2010). Antall pedagogiske årsverk, krav til utdanning og etterutdanning, kunnskap om sammenhengene mellom vennsrelasjoner blant barn, lek og språk- og tallforståelse, er viktige faktorer som skaper et godt pedagogisk arbeid. God utforming av barnehagen, rom som innbyr til lek, og innsikt i lekens trivselsskapende rolle for barn i barnehagen er også nødvendig for å gi et godt pedagogisk tilbud (Greve 2013, Greve og Lønndal 2012).

Skole

Programmer mot mobbing og for økt trivsel

Ulike programmer brukes i skolen for å redusere og forebygge mobbing. Programmer som Olweus, PALS og Respect har dokumentert effekt (Eriksen og Lyng 2015). Etter hvert som slike programmer blir brukt, etableres en forståelse av hvordan man kan jobbe med å skape gode relasjoner, og metodikken integreres som en naturlig del av skolepersonellens kompetanseområde.

The Campbell Collaborations kunnskapsoversikt viser at antimobbeprogram har størst innflytelse på barn som er 11 år og eldre. Dette kan være fordi ungdom har mer utviklet kognitiv evne, er mindre impulsive og bedre i stand til å ta rasjonelle beslutninger. De mest vellykkede tiltakene inkluderer foreldremøter (skole–hjem-samarbeid), bedre tilsyn på lekeplasser og metoder som for eksempel samtaler med mobbere, henvisning til rektor og tap av privilegier (Ferrington og Ttofi 2014). Resultatene fra [The Campbell Collaborations](#) viser også at Olweus-modellen er svært effektiv, uavhengig av hvilket land programmet ble gjennomført i. Modellen har som mål å øke bevisstheten og kunnskap om mobbing og å engasjere voksne på skolen og hjemme. Programmet dreier seg framfor alt om de voksnes holdninger, atferd og rutiner samt bruk av personalets tid. [Olweus-modellen](#) er innført i mange skoler.

Samtalegrupper for skilsmissebarn

Tiltaket, Program for implementering av samtalegrupper for skilsmissebarn (PIS), har som formål å hjelpe barn som opplever familieoppløsning å mestre og håndtere situasjonen. Alle elever det er aktuelt for, får tilbud om å delta i samtalegrupper der de blir kjent med andre i samme situasjon, og lærer å håndtere følelser og oppleve fellesskap. Gruppene ledes av helsesøster, under veiledning av en fagkyndig person. Gruppene går over sju skoletimer i skoletiden, og har en fastsatt struktur med aktuelle temaer. Tiltaksmateriellet er pedagogisk tilpasset ulike alderstrinn. Arbeidsmetodikken er at barna jobber med temaene gjennom å reflektere rundt historier om skilsmisser. Dessuten benytter tiltaket såkalt løsningsfokuset tilnærming (LØFT) for at barna skal trene på å finne løsninger i eget liv (Egge 2008, s. 74). LØFT handler i grove trekk om å unngå problemfokus til fordel for en tilnærming som vektlegger og spiller på mestring og endringsvisjoner².

Det er ikke gjennomført noen effektevalueringer av PIS i Norge, men prosjektleder har selv gjennomført en spørreundersøkelse blant barneskoleelever som hadde deltatt. Barna rapporterte der selv at de opplevde å mestre stress bedre etter deltakelse i samtalegruppene, og at de syntes det var lettere å snakke med foreldrene om belastninger (Egge 2008, s. 74–76).

Mer informasjon om programmet finnes her: [PIS](#)

Veiledning om psykisk helse for ungdom

[Veiledning om psykisk helse for ungdom](#) (VIP) er et opplæringsprogram rettet mot 16-17-åringer i videregående skole. Tiltaket var en del av intervensjonen Psykisk helse i skolen. Tankegangen bak programmet handler om at det å gjøre unge kjent med psykisk helse, symptomer og diagnoser, og hva slags hjelp som er tilgjengelig, bidrar til å alminneliggjøre og forebygge psykiske lidelser. På denne måten skal de unge få motstandskraft og økt mestring av dagliglivets utfordringer. Programmet gjennomføres som et samarbeid mellom helsesøster,

2 <http://loft-instituttet.no/hva-er-loft/>

rådgivere, PPT-personell, den lokale psykisk helsetjeneste og skolens personell.

VIP består av et omfattende undervisningsmaterieell, og inneholder en fastsatt struktur for implementering som inneholder opplæring av personell, planlegging, tre timer undervisning ved kontaktlærer, to timer klassebesøk av fagpersonell og evaluering.

Tiltaket er effektevaluert av Folkehelseinstituttet (Andersen mfl. 2010, Andersen og Nord 2010). Evalueringen finner små, men signifikante effekter av tiltaket på kort sikt. Elevene hadde fått høyere bevissthet og kunnskap om psykiske lidelser, og de som hadde psykiske vansker opplevde reduksjons i symptomer og mindre angst. Vi vet ikke noe om langtidsvirkningene av programmet. Gitt det beskjedne omfanget av programmet, må potensialet av intervensjonen likevel sies å være stor om det blir tatt i bruk på bred front.

DU

DU er et 10-sesjons kurs for behandling og forebygging av lett til moderat depresjon eller depresjonssymptomer hos ungdom i aldersgruppen 14–20 år (Børve 2013a, 2013b, 2013c og 2013d). DU blir gitt som gruppetiltak med mellom 8 og 12 ungdommer og både jenter og gutter i gruppene. Kurset er utviklet for at kommunale hjelpetjenester slik som skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og helsestasjon for ungdom kan bruke det. Det er også egnet for spesialisthelsetjenesten. Rådet for psykisk helse utgir materielle for kurset. Mer informasjon: [DU depresjonsmestring for ungdom](#).

Styrke deltakelsen i fritidsaktiviteter

Deltakelse i fritidsaktiviteter anses som viktig for barn og unges utvikling. Barn og unge fra familier med få ressurser deltar mindre enn andre barn i aktiviteter på fritiden (Dahl mfl. 2014). Tiltak som øker inkluderingen av barn og unge fra slike familier er derfor viktig. Nedenfor presenterer vi tre prosjekter vi mener kan bidra til dette.

Trara-prosjektet

Trara-prosjektet arrangerer idrettsaktiviteter for barna utenom skoletiden. Aktivitetene foregår på skolens områder og er gratis for alle. Trara skole er en byskole med i underkant av 400 elever. Flere av elevene ved skolen kommer fra familier med dårlig økonomi. 40–50 prosent av elevene har innvandrerbakgrunn. Barn fra 40 ulike nasjoner går på skolen (Haugen mfl. 2015, s. 32).

Lærerne tok i tillegg kontakt med familier de mente kunne ha særlig nytte av tiltaket. Prosessen startet som et samarbeid i skolens tverrfaglige team og inkluderte snart også foreldre og barn i beslutningene. Barn og foreldre var med i prosessen for å velge hvilke aktiviteter som skulle tilbys.

Prosjektet er prosessevaluert av NTNU gjennom intervjuer av ti barn og fem familier og gruppeintervju med ni personer som representerte kommunen, skolen og idretten. Ifølge evalueringen skapte deltakelse sosiale fellesskap. Flere elever ble kjent med hverandre, og foreldre fikk nye bekjentskaper. Prosjektet blir ansett som en god praksis i kommunen (ibid., s. 32).

Boxåpneren

Senteret er en del av Trondheim kommunes kulturenhet og er lokalisert i bydelen Saupstad. Saupstad er et blokkområde med 8000 innbyggere fra 30–40 nasjoner. Området har lav skår på levekår, læringsmiljø og læringsresultater i skoler samt sosiale og fysiske forhold. Kommunen satte i 2011 av 1,5 millioner til å jobbe med området. Tilbudet er gratis og åpent alle hverdager. Boxåpneren samarbeider med skolene i nærområdet, med kommunens barne- og familietjeneste og med foreldrene.

Senteret skal bidra til et godt oppvekstmiljø og være en fritidsarena med variert innhold som inkluderer barn og unge i alderen 10–18 år. Det er et tilbud om et sted å være, hvor man kan delta i både organiserte og uorganiserte aktiviteter eller slappe av etter skoletid. Boxåpneren ønsker å skape et lett tilgjengelig sted der ungdom bruker egen erfaring og tilegner seg mestringskompetanse. Det er et sted hvor ungdom blir tatt på alvor innenfor deres egen kultur, hvor det er takhøyde og rom for mange forskjellige kulturuttrykk. Gjennom et bredt tilbud og muligheter for at de unge kan initiere aktiviteter selv, er ambisjonene at senteret skal være aktuelt og attraktivt for alle barn og unge uansett interesser og bakgrunn (Haugen mfl. 2015, s. 83–89). Boxåpneren tar selv kontakt med grupper av ungdom som man spesielt ønsket skal benytte tilbudet. Ifølge de ansatte er senteret godt besøkt, og barna trives godt sammen uavhengig av foreldrenes inntekt, kulturelle bakgrunn, religion, hudfarge og andre merkelapper.

Treffstedet

Treffstedet var ment som et lavterskeltilbud for ungdom i risiko. Det skulle være enkelt å ta kontakt. I prosjektet ble marginalisert ungdom inkludert i eksisterende aktiviteter (Follesø 2011, s. 25–28). Kommunenes utekontakt etablerte i samarbeid med Kystlaget et kurs som ledet opp til båtførerprøven. Utekontakten dekket kostnader ved å arrangere kurset. Kurstilbudet ble dermed gratis for alle og virket ikke stigmatiserende for noen. Utekontakten kontaktet «sine» ungdommer og motiverte dem til å melde seg på. En fra utekontakten deltok også selv på kurset. Et mål med prosjektet var at mestringskompetansen deltakerne bygget opp, skulle ha overføringsverdi til skolehverdagen og sannsynlighet for å gjennomføre videregående opplæring.

Prosjektet er prosessevaluert av Universitetet i Nordland. 14 deltok i prosjektet med å ta

båtførerprøven. Sju var fra den opprinnelige målgruppen, og alle gjennomførte og besto prøven. Gjennom hele prosjektet var den kommunale oppfølgingen ved en fra utekontakten sterk. Erfaringer fra kurset er at det er viktig med en tydelig arbeidsdeling mellom organisasjonens oppgave og sosialarbeiderens oppgave. Sosialarbeiderens oppgave er viktig for å hindre skolefravall, og organisasjonens rolle som opplærer er viktig for å unngå stigmatisering.

Et prosjekt som dette krever at organisasjonen har godt med ressurser. Det krever kapasitet til å gjennomføre kurs og gi et gratis tilbud til dem som skal rekrutteres.

Avslutning

Familie/foreldre, barnehage, skole og fritid er viktige arenaer hvor barn og unges utvikling formes. Sammen med tiltak som bidrar til å jevne ut fordelingen av ressurser mellom familier, kan disse arenaene være innsatspunkter for å bryte forbindelsene mellom familiebakgrunn, livsstil, helse og skoleprestasjoner. Noen slike tiltak har vi imidlertid ikke fanget opp i vår gjennomgang. Det er dermed stort rom for nybrottsarbeid i retning av et mer sosialt bærekraftig samfunn. Her kan kommunene spille en viktig rolle.

Mye godt arbeid gjøres allerede i kommunene gjennom det etablerte tjenestetilbudet, som helsestasjonene, skolehelsetjenesten og barnehagene. Vi finner grunnlag for å anbefale en fortsatt utvikling av disse og at man forsikrer seg om at de blir benyttet og er virksomme også for barn fra mindre ressurssterke familier.

Skolen kan spille en viktig rolle i lokalmiljøet og har den fordel at den er en kjent arena som inkluderer alle. Vi har sett at den kan være en god arena for antimobbeprogram og for sekundærforbyggende tiltak som samtalegrupper for skilsmissebarn.

Samtidig vet vi at den norske skolen i liten grad lykkes i å redusere sosiale forskjeller i skoleprestasjoner og dermed i muligheter for videre skolegang. Spesialundervisningen evner ikke godt nok å gi et tilfredsstillende tilbud til barn med særskilte behov (Barneombudet 2017, Haug 2014a og 2014b). Skolefritidsordningen brukes sjeldnere av lavinntektsfamilier, og tiltak som kunnskapsløftet og gratis leksehjelp bidro snarere til å øke forskjellene. De psykiske helseproblemene øker, og de sosiale ulikhetene i frafall fra videregående blir ikke mindre. Vi har ikke svaret på disse utfordringene, men anbefaler at systematiske tiltaksutprøvinger kommer i gang i samarbeid med forskningsmiljøer og sentrale myndigheter.

Det er også viktig å sette søkelyset på foreldrerollen og hjemmet.

Foreldreveiledningsprogrammer og veiledning fra helsestasjonene står sentralt her. Helsesøstertjenesten møter småbarnsfamilier, barnehagen og skolen i sitt virke og er et kontaktledd inn mot andre pedagogiske og psykologiske tjenester i kommunen. Helsesøstere er en etablert tjeneste som i mindre grad enn andre PP-tjenester forbindes med en institusjon

for barn og familier med problemer.

Generelt anbefaler vi at det gjennomføres en større grad av systematisering og evaluering av ulike prosjekter som foregår i kommunene.

Referanser

- Andersen, B. J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi*, 1, 23-32.
- Andersen, B. J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 1, 15-22.
- Arntzen, A. (2013). Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse. *Underlagsrapport til Kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse*. Elektronisk publisering, www.hioa.no/helseulikhet.
- Backe-Hansen, E., Bakken, A. & Huang, L. (2013). *Evaluering av leksehjelptilbudet 1.–4. trinn Sluttrapport*. NOVA-rapport 6/2013. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2010). *Prestasjonsforskjeller i Kunnskapsløftets første år - kjønn, minoritetsstatus og foreldres utdanning*. NOVA rapport 9/2010. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. & Elstad, J.I. (2012). *For store forventninger? Kunnskapsløftet og ulikhetene i grunnskolekarakterer*. NOVA Rapport 7/12. Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2016). Ungdata 2016: Nasjonale resultater *NOVA-rapport (online)*, vol. 8/2016.
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi:10.1002/14651858.CD003680.pub3
- Barneombudet (2017). Uten mål og mening? *Barneombudets fagrapport 2017*.
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E. mfl. (2014) Parental marital status and childhood overweight and obesity in Norway: a nationally representative cross-sectional study *BMJ Open* 2014;4:e004502. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004502
- Biehl, A., Hovengen, R., Grøholt, E.K., Hjelmæsæth, J., Strand, B.H. & Meyer, H.E. (2013). Adiposity among children in Norway by urbanity and maternal education: a nationally representative study. *BMC Public Health* 13: 842. Doi:10.1186/1471-2458-13-842.
- Botha, J. og Kourkoutas, E. (2015). A community of practice as an inclusive model to support children with social, emotional and behavioural difficulties in school contexts. *International Journal of Inclusive Education*, 1-16. doi:10.1080/13603116.2015.1111448
- Bru, E., Idsøe, E.C. og Øverland, K. (2016). *Psykisk helse i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Burrows, T.L., Lucas, H., Morgan, P.J., Bray, J. og Collins, C.E. (2015). Impact Evaluation of an After-school Cooking Skills Program in a Disadvantaged Community: Back to Basics. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 76(3), 126–132. doi:10.3148/cjdpr-2015-005.
- Bütikofer, A., Løken K.V., & Salvanes, K.G. (2015). Long-term coconsequences of access to well-child visits. Working Paper No. 9/15. Department of Economics, University of Bergen.
- Børve, T. (2013a) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU)*. Kursbok. Oslo: Rådet for Psykisk helse.

- Børve, T. (2013b) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Kursledermanual*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013c) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til familie/foresatte*. Oslo: Rådet for Psykisk helse.
- Børve, T. (2013d) *Depresjonsmestring for Ungdom (DU). Til skole/arbeidsplass*. Rådet for Psykisk helse, Oslo.
- Dahl, E., Bergsli, H. og Wel, K.A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskaps-oversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Egge, H. og Mostue, H. (2006). PIS-Prosjektet i ungdomsskolen. *Helsesøstre*, 2, 30-32.76.
- Egge, H. (2008). Samtalegrupper skaper samhold og økt selvtillit for skilsmissebarn. *Sykepleien*, 7, 74–76
- Eng, H. og Ulvund, S.E. (2016). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Grønne tanker – glade barn. *Ungsinn*, 1:1. Hentet fra: http://www.ungsinn.no/wp-admin/post.php?post=3799&action=edit&message=6_3
- Eriksen, I.M., Lyng, S.T., (2015). *Skolers arbeid med elevenes psykososiale miljø: gode strategier, harde nøtter og blinde flekker* (vol. 14/2015). Oslo: NOVA.
- Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & United States Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of, J. (2014). Systematic Review of School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization, 1983-2009: ICPSR - Interuniversity Consortium for Political and Social Research.
- Finnvold, J.E. (2013). *Langt igjen? Levekår og sosial inkludering hos menneske med fysiske funksjonsnedsettinger*. NOVA-rapport (online), vol. 12/13.
- Folkehelseinstituttet (2016) Barnehelserapporten. <https://www.fhi.no/nettpub/barnehelserapporten/>
- Frønes, I. og Strømme, H. (2010). *Risiko og marginalisering: norske barns levekår i kunnskapssamfunnet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjertsen, H. (2014). Vanskelig overgang fra videregående opplæring til arbeidsliv for elever med funksjonsnedsettelse – hvordan kan skolene bidra i denne prosessen? *Søkelys på arbeidslivet*(01-02 E).
- Gjertsen, H., Olsen, T., (2011). *Mangfold og engasjement i motvind: en studie av åpne fritidstiltak for ungdom* NF-rapport, vol. 1/2011. Bodø: Norlandsforskning.
- Greve, A. og Solheim, M. (2010). Research on Children in ECEC Under Three in Norway: Increased Volume, Yet Invisible. *International Journal of Early Childhood*, 42(2), 155–163. doi:10.1007/s13158-010-0013-7
- Greve, A., og Løndal, K. (2012). Læring for lek i barnehage og skolefritidsordning. *Nordisk barnehageforskning* [elektronisk ressurs], 5, 14-14.
- Greve, A. (2013). Play for learning and learning for play: Children's play in a toddler group. *Nordisk Barnehageforskning*, 6(0). doi:10.7577/nbf.440
- Gulbrandsen, L. og Eliassen, E. (2013). *Kvalitet i barnehager*. NOVA-rapport 1/2013. Oslo: NOVA.
- Hansen, M.N. & Mastekaasa, A. (2010). Utdanning – stabilitet og endring. I Frønes, I. & Kjølsvold, L. (red.), *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haug, P. (2014a). Kompetanse for spesialundervisning. *Bedre skole*, 2014(3):81–83.
- Haug, P. (2014b). Spesialundervisning i praksis. *Paideia*, 8/2014.
- Haugen, G.M.D., Elvegård, K. og Berg, B. (2012). *Tiltak for et godt og inkluderende oppvekstmiljø*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, Mangfold og inkludering.
- Hatfield, D.P., Chomitz, V.R., Chui, K.K.H., Sacheck, J.M., Brown, A.A. og Economos, C.D. (2017). Impact of a Community-Based Physical Activity Program on Fitness and Adiposity Among Overweight and Obese Children. *Health Promotion Practice*, 18(1), 75-83. doi:10.1177/1524839916642714.
- Havnes, T. og Mogstad, M. (2011). No Child Left Behind: Subsidized Child Care and Children's Long-Run Outcomes. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(2), 97–129. doi:10.1257/pol.3.2.97.
- Højjen-Sørensen, A., Kohl, K. Dahl, K. M., Skårhøj, A., Oldrup, H., Pejtersen, J. H. (2016). *Lige muligheter – Udsatte børn og unge., Afsluttende evaluering*. København: SFI. Det Nationale forskningscenter for velferd 16/20.
- Jalovaara, M. (2013). Socioeconomic resources and the dissolution of cohabitations and marriages. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*, 29(2), 167-193.
- Jensen, D.C., Pedersen, M., Pejtersen J.H. og Amilon, A. (2016). *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. København SFI – Det nasjonale forskningscenter for velferd 16/6.
- Kermit, P., Tharaldsteen, A.M., Haugen, G.M.D. og Wendelborg, C. (2014). *En av flokken? Inkludering og ungdom med sansetap – muligheter og begrensninger*. Rapport NTNU Samfunnsforskning.
- Larsen, H. og Seim, S. (2011). *Barnefattigdom i et rikt land: kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge* (vol. 2011 nr. 10). Oslo: Høgskolen i Oslo, Sosialforsk, avdeling for samfunnsfag.
- Markussen, E. og Seland, I. (2012). Å redusere bortvalg – bare skolenes ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011. *Rapport 6/2012*. Oslo: NIFU.
- Mogstad, M. og Rege, M. (2009). Betydningen av tidlig læring for å motvirke at fattigdom går i arv (s. 140–162). i *Barnefattigdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mykletun, A. og Knudsen, A.K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser: en analyse basert på FD-trygd *Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt: online)*, vol. 2009:4.
- Mykletun, A. og Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(11), 1491–1492.
- Myrvold, T., Kvinge, T., Helgesen, M., Vardheim, I., Zeiner, H., Møller, G., (2011). *Den*

vanskelige samhandlingen: evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet. NIBR-rapport, vol. 25/2011. Oslo: NIBR.

- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nooijen, C.F.J., Galanti, M.R., Engström, K., Möller, J. og Forsell, Y. (2017). Effectiveness of interventions on physical activity in overweight or obese children: a systematic review and meta-analysis including studies with objectively measured outcomes. *Obesity Reviews*, 18(2), 195–213. doi:10.1111/obr.12487.
- Nordahl, T. og Hausstätter, R.S. (2009): *Spesialundervisningens forutsetninger, innsatser og resultater. Situasjonen til elever med særskilte behov for opplæring i grunnskolen under kunnskapsløftet*. Høgskolen i Hedemark.
- Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V., & Reinboth, M. (2008). *Overvekt og fedme blant elever på 4. trinn i grunnskolen i Telemark fylke, Norge*. Nordisk tidsskrift for helseforskning 4 (2008) Nr. 4, S. 18-28.
- Pbert, L., Druker, S., Barton, B., Schneider, K.L., Olendzki, B., Gapinski, M.A. og Osganian, S. (2016). A School-Based Program for Overweight and Obese Adolescents: *A Randomized Controlled Trial*. *Journal of School Health*, 86(10), 699–708.
- Plan- og bygningsloven (lov om planlegging og byggesaksbehandling) av 27. juni 2008 nr. 71. (2015). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Rapport nr. 2/2009: Gjennomgang av spesialundervisningen, evaluering av kunnskapsløftet. Hamar: Høgskolen i Hedemark.
- Riksrevisjonen (2011). Riksrevisjonens undersøkelse av spesialundervisningen i grunnskolen. Dokument 3:7 (2010–2011).
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337-357.
- Schranz, N., Tomkinson, G., og Olds, T. (2013). What is the Effect of Resistance Training on the Strength, Body Composition and Psychosocial Status of Overweight and Obese Children and Adolescents? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 43(9), 893–907.
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stack, D. M., Serbin, L. A., Enns, L. N., Ruttle, P. L., & Barrieau, L. (2010). Parental effects on children's emotional development over time and across generations. *Infants & Young Children*, 23(1), 52-69.
- Thommesen, H., Solstad, A., Sandvin, J. T., Hutchinson, G. S., Tveraabak, M., Mathisen, R., . . . Ungdom i svevet, N. (2011). *Gi viljen mulighet! : sluttrapport Ungdom i svevet 2007-2010 (Vol. 12/2011)*. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Thoresen, S. og Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv (vol. 1/2014)*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tøssebro, J. (2014). Trender i utviklingshemmetes levekår og deltakelse (s. 52–[83]). Oslo:

Universitetsforl., cop. 2014Waldum-Grevbo, K.S. og Haugland, T. (2015). En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*(4), 352–360. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.55977.

- Wendelborg, C. (2016). Mobbing, krenkelses og arbeidsro i skolen: Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2015/16. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Wollscheid, S. (2010). *Språk, stimulans og læringslyst: tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring gjennom hele oppveksten: en kunnskapsoversikt. NOVA-rapport, vol. 12/2010*. Oslo: NOVA.
- Ødegård, G., Bakken, A. og Strandbu, Å. (2016). *Idrettsdeltakelse og trening blant ungdom i Oslo – barrierer, frafall og endringer over tid (2016/7)*. <http://www.sivilsamfunn.no/Ressurser/Publikasjoner/Rapporter/2016/2016-7>