

Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi

■ ARNE HOLTE • Professor emeritus, Psykologisk institutt, UiO

Psykiske lidelser er landets dyreste sykdomsgruppe.

Universelle tiltak rettet mot hele befolkningen, spesielt barna, kan styrke befolkningens psykiske helse og redusere antall nye tilfeller av psykiske lidelser i fremtiden. Behandling og forebyggende tiltak rettet bare mot høyrisikogrupper, gjør ikke det.

Ingen sykdomsgruppe reduserer pasientenes livskvalitet mer enn psykiske lidelser (Ormel m.fl. 2008). Ingen sykdomsgruppe påfører landet større helsetap eller koster landet mer i uførhetstrygding. Få andre sykdommer leder til større tap av friske leveår (Folkehelseinstituttet, 2016).

Ingen sykdomsgruppe er heller dyrere for landet i kroner og øre. I alt koster psykiske lidelser Norge 185 milliarder kroner i året. Det er en tredel mer enn kostnadene for alle kreftsykdommene (128 mrd.) og en tredel mer enn kostnaden for alle hjerte-kar-lidelsene (126 mrd.). Bare 13 prosent av dette er helsetjenestekostnader. Resten er indirekte kostnader som tapt arbeidsfortjeneste og trygdekostnader (Helsedirektoratet, 2015).

Mange tror at de alvorligste lidelsene som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlige utviklingsforstyrrelser er det som koster landet mest. Det er feil. Det er de vanligste lidelsene, depresjon og angstlidelser, som belaster landet mest. Halvparten av sykdomsbyrden fra psykiske lidelser skyldes depresjon og angstlidelser (Folkehelseinstituttet, 2016; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). Hvordan kan det bli så dyrt?

● **TIDLIG DEBUTALDER** ► Rundt halvparten av vanlige psykiske lidelser som depresjon og angstlidelser og de fleste utviklingsforstyrrelser debutterer i barne- og ungdomsalderen (Kessler m.fl., 2005). Tidlig debut er forbundet med langvarige førsteepisoder og høye tilbakefallsrater (Fergusson, Boden & Horwood, 2007).

● **HØY UTBREDELSE.** ► Som somatisk sykdom, er psykisk sykdom vanlig. Rundt halvparten av oss vil få en diagnostiserbar psykisk lidelse eller et rusproblem minst én gang i løpet av livet, rundt hver tredje av oss i løpet av et år (Folkehelseinstituttet, 2014).

● **STERKT NEGATIV EFFEKT PÅ UTDANNING OG YRKESKARRIERE** ► Psykiske lidelser er en betydelig risikofaktor for frafall i videregående skole (NIFU, 2012) og påvirker sterkt senere utdanning og yrkeskarriere (Evensen m.fl., 2016). Frafall fra videregående øker sannsynligheten med 20 prosent for å ende opp som ung og ufør (de Ridder m.fl., 2012).

● **TAPT ARBEID OG UFØRHET** ► For hver person i Norge som blir uføretrygdet på grunn av en psykisk lidelse, taper Norge i gjennomsnitt 21 aktive arbeidsår. Det er nesten like mye som tapet av arbeidsår fra alle kreftsykdommer og hjerte-kar-lidelser til sammen (Knudsen m.fl., 2010).

● **INTERAKSJON MED SOMATISK SYKDOM** ► Psykiske vansker disponerer for og påvirker forløp og dødelighet av somatisk sykdom (Mykletun m.fl., 2009; Wahlbeck m.fl., 2011). Uførhetstrygding for somatisk lidelse kan predikeres ut fra grad av psykiske vansker (Mykletun m.fl., 2006; Mykletun & Øverland, 2006).

● **BEGRENSET EFFEKT AV BEHANDLING** ► Den spesifikke langtidseffekten av behandling av psykiske lidelser er relativt beskjeden. Det gjelder både psykologisk

og farmakologisk behandling (Cuijpers m.fl., 2014; Cipriani m.fl., 2009; Holte, 2015).

● **HØY TILBAKEFALLSRATE** ► Har man hatt én episode med depresjon, er sjansen 50 prosent for å få én til. Har man hatt to episoder, er sjansen 75 prosent. Har man hatt tre episoder, er sjansen 85–90 prosent. Særlig nedslående er tilbakefallsraten for barn og unge (Brent m.fl., 2015; Judd m.fl., 1998; Fergusson, Boden & Horwood, 2007).

Behandling

Behandling er tiltak vi setter inn etter at folk er blitt syke (Mrazek & Haggerty, 1994). Gode kurative helsetjenester er bra for oss da. Men i rike land med godt utbygde helsetjenester bidrar ytterligere utbygging av behandlingsapparatet lite til å styrke folkehelsen eller redusere sykdomsbyrden (Marks m.fl., 2000). Hadde vi vært i stand til å tilby evidensbasert behandling til alle som har en psykisk lidelse – som vel er urealistisk – ville vi ikke kunne redusere samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser med mer enn en tredjedel (Andrews m.fl., 2004).

Forebygging

Den eneste måten å få bukt med samfunnsutfordringene fra psykiske lidelser, er gjennom bredt anlagt, systematisk gjennomført forebygging. Til tross for at psykiske lidelser er landets største helseutfordring, har vi aldri forsøkt dette. Det er ikke unikt for Norge. Få land har satset systematisk på å forebygge psykiske lidelser. Et unntak er Nederland, som har iverksatt brede tiltak for å forebygge depresjon. EUs Joint Action on Mental Health and Wellbeing anbefaler en rekke tiltak innen «Mental health in all

policies», «Mental health and work place», «Prevention of depression and suicide», «Mental health in schools» og «Mental health in the community» (European Union, 2016). Men gjennomføring er opp til det enkelte land.

I somatikken derimot, har vi lyktes stort. Levealderen har vært jevnt stigende. De store infeksjonssykdommene er utryddet. Spedbarnsdødeligheten, hjerte-kar-dødeligheten, hjerneslag-dødeligheten har gått kraftig ned. Dødeligheten fra flere kreftsykdommer kryper nedover. Tobakksrøykingen har nådd et bunn-nivå. Alkoholkonsumet blant unge går ned. På 1970-tallet døde rundt 450 i veitrafikken. I 2015 var tallet 125 til tross for kraftig økt veitrafikk. Mer enn 4 ganger så mange dør årlig av selvmord (Helsedirektoratet, 2010; www.fhi.no/selvmod). De positive resultatene i somatikken ble primært oppnådd med helsefremmende strategier rettet mot kosthold, fysisk aktivitet, tobakks- og alkoholkonsum, samt sikring av miljøet. Tiltakene var i stor grad rettet mot hele befolkningen, ikke bare de med høy risiko.

Begreper

Forebyggende tiltak er intervensjoner og initiativ som vi setter inn før folk blir «syke», og som reduserer raten av nye tilfeller av sykdom, enten ved at de tilfredsstillende diagnosekriterier eller ved at symptombelastning eller sosial funksjonssvikt («impairment») overskrider en definert terskelverdi (Mrazek & Haggerty, 1994). Det er to hovedtilnæringer til forebygging:

- *Helsefremmende tilnæringer* styrker robusthet («resilience»), trivsel og velvære og/eller positiv psykisk helse i betydningen evne til å regulere følelser, tenke fornuftig, koordinere sin adferd med andre og mestre sosiale utfordringer snarere enn å redusere symptomer og sykdom.
- *Sykdomsforebyggende tilnæringer* reduserer raten av nye tilfeller («insidens») av sykdom snarere enn å styrke psykisk helse og trivsel.

Helsefremmende tilnæringer kan ha sykdomsforebyggende effekter. F. eks. kan fostring av inkluderende sosiale nettverk antakelig redusere insidensen av psykisk sykdom. Effekten av helsefremmende tilnæringer på forebygging av sykdom kan også være ukjent. Utbygging av høykvalitetsbarnehager i Norge har positiv effekt på barns emosjonelle, kognitive og sosiale evner, men vi vet ikke om det forebygger depresjon i tjuefemårsalderen (Zachrisson

& Dearing, 2013). Derfor trenger vi også spesifikke sykdomsforebyggende tiltak som for eksempel kurs i psykososial belastningsmestring (Sælid m.fl., 2016a,b) og depresjonsmestring (Cuijpers m.fl., 2008).

Det er vanlig å skille mellom tre typer psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Mrazek & Haggerty, 1994):

- *Indiserte tiltak* er rettet inn mot enkeltindivider som er i ferd med å utvikle en psykisk lidelse, men som ennå ikke har gjort det fullt ut, f.eks. å fange opp barn tidlig i barnehage og skole.
- *Selektive tiltak* retter seg inn mot grupper med forhøyet risiko, f.eks. barn av alvorlig psykisk syke foreldre, ungdom som vokser opp i asylmottak, voldsutsatte eller kvinner som kommer som flyktninger fra Syria.
- *Universelle tiltak* retter seg mot hele befolkningen eller deler av den, f.eks. alle barnehagebarn, alle ungdomsskoleelever, alle arbeidstakere, eller rett og slett alle, uavhengig av risiko.

Universelle tiltak forbindes gjerne med folkehelsestrategier. Indiserte og selektive tiltak betegnes gjerne som målgrupperettede («targeted») tiltak og forbindes med høyrisikogruppestrategier. Grensen mellom indiserte tiltak og tidlig intervensjon er ikke gitt og er nok av mer teoretisk (forskning) og byråkratisk interesse (betalingssatser) enn klinisk interesse, ettersom metodene som benyttes tidvis er beslektede.

Kommuneoverleger, kommunepsykologer, helsebyråkrater og andre med ansvar for forebyggende tiltak må kunne differensiere mellom når man skal satse på helsefremmende tiltak fremfor sykdomsforebyggende, og når man skal sette i verk universelle fremfor målgrupperettede.

Teori

Den britiske folkehelsepioneren Geoffrey Rose (1926–1993) sine resonnementer kan her være til hjelp her. Roses (1992) forebyggingssparadigme lyder slik:

«Hvis sykdomsrisikoen er utbredt, er virkemidler som reduserer risiko for hele befolkningen, mer effektive i å redusere sykdomsbyrde enn det høyrisikotilnæringer er, der virkemidlene er sikket inn mot bare de individene som har en betydelig forhøyet risiko for å få sykdommen».

Kort sagt, når noe er svært utbredt som angst og depresjon, bør vi prioritere universelle tiltak (Det betyr selvfølgelig ikke at vi ikke også kan tilby målgrupperettede tiltak).

Rose forklarer dette slik: «Jo mer sykdomsratene øker fortløpende med økende grad av å bli utsatt for risikofaktoren, desto mer vil de med bare litt hevet risiko bidra med sykdomstilfeller til den samlede sykdomsbyrde, sammenlignet med det mindre antallet individer som er utsatt for høy risiko vil gjøre». Kort sagt: Når noe er svært utbredt, bidrar de med lav og middels risiko med flere sykdomstilfeller enn de med høy risiko.

Dette fører til «forebyggingsparadokset» som Rose formulerte slik: «En liten endring av risikofordelingen i befolkningen som helhet kan gi større fordeler for befolkningen som helhet, men kan gi lite til de mange enkeltmenneskene i midten av fordelingen, og kan derfor komme til å virke mindre attraktivt for dem». Kort sagt: Det som er mest effektivt for hele befolkningen, gir relativt lite til hver enkelt av oss. For kommuneoverleger og kommunepsykologer er dette kanskje ikke noe problem. Men som politiker skal man være sterk om en vil bruke store ressurser på tiltak som gir relativt lite til hver enkelt velger.

Empiri

Hvordan vet vi at det er de universelle tiltakene som er mest lønnsomme? Innen somatisk helse finnes det solid støtte for dette. For eksempel konkluderte Mackenbach og medarbeidere etter gjennomgang av alle vellykkede forebyggende tiltak i Nederland over 40 år fra 1970–2010, at tre fjerdedel av effektene kunne tilskrives universelle forebyggende tiltak sammenlignet med tiltak rettet mot høyrisikogrupper (Mackenbach m.fl., 2012). Mackenbach og medarbeideres studie omfattet fysisk helse. Vi har ikke tilsvarende data for psykisk helse. Inntil vi eventuelt får data fra psykisk helse som motsier resultatene fra somatikken, må utgangshypotesen være at de samme mekanismene gjelder for psykisk som for fysisk helse.

Enkelte studier finnes likevel på psykisk helse. For eksempel fant Brugha og medarbeidere støtte for Roses hypotese (Brugha m.fl., 2011) innen psykisk helse. I et bredt anlagt prospektivt forsøk i Trent i Storbritannia kunne de vise at universelle tiltak mot depresjon blant 2300 nybakte mødre sparte rundt 50 prosent flere depresjoner blant dem som i utgangspunktet hadde lav risiko sammenlignet med dem med høy risiko.

Effektstudier av universelle tiltak på psykiske helse finnes også fra andre arenaer. For eksempel fant Zachrisson og Dearing (2013) i en stor prospektiv longitudi-



Det er de vanligste lidelsene, depresjon og angstlidelser, som belaster helsebudsjettet mest. Halvparten av sykdomsbyrden for psykiske lidelser skyldes depresjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

nell studie at høykvalitetsbarnehager beskytter barn fra lavinntektsfamilier mot angst og depresjon når familiens økonomi trues. Slik har høykvalitetsbarnehager ikke bare en forebyggende effekt, de virker også sosialt utjevne på psykisk helse. Fra skolen viser en stor oppsummering fra EUs DataPrev-prosjekt at universelle skolebaserte tiltak både kan styrke barnas positive psykisk helse og trivsel og forebygge angst, depresjon, adferdsproblemer og mobbing (Weare & Nind, 2011; Ttofi & Farrington, 2011). Tiltak på arbeidsplassen viser også lovende resultater. En meta-analyse viser positive effekter av universelle forebyggende tiltak mot depresjon. Mest effektive er de kognitiv-adferdsteoretiske tilnærminger (Tan m.fl., 2015). Også effekten av fysisk aktivitet er positiv, særlig på forebygging av depresjon (Schuch m.fl., 2016). Endelig har vi epidemiologiske indikasjoner på at middelhavskosthold kan beskytte mot depresjon, men her mangler enda stort anlagte, randomiserte, prospektive forsøk (Opie m.fl., 2015).

Felles for disse universelle tiltakene er at effektstørrelsene (hvor mye vi klarer å flytte den aktuelle befolkningen) er små, anslagsvis gjennomsnitt for angst og depresjon på tvers av arenaer, 0,2–0,3 standardavvik. Det er vesentlig mindre enn det man vanligvis oppnår i høyrisikogrupper (se f.eks. Weare & Nind, 2011). Årsaken er at

det initiale symptomnivået er lavere i allmenbefolkningen enn i høyrisikogrupper (Offord, m.fl., 1998). Sett fra et befolkningsperspektiv, er en liten effekt i hele befolkningen gjerne langt mer lønnsom enn en større effekt oppnådd i en relativt liten høyrisikogruppe der vi gjerne bare når noen få. For den enkelte i høyrisikogruppen som får tiltaket, vil det nok oppleves annerledes. Her ligger kommuneoverlegens, kommunepsykologens og kommunepolitikerens prioriteringsdilemma, gitt begrensede ressurser.

Strategi

Hva kan kommuneoverleger, kommunepsykologer og kommunepolitikere gjøre om de vil styrke befolkningens psykiske helse og forebygge vanlige psykiske lidelser? Basert på det vi vet, vil jeg anbefale følgende:

- **Prioriter befolkningsrettede tiltak!** Lytt til Geoffrey Rose, Johan Mackenbach og Terry Brugha; prioriter tiltak rettet mot dem med lav og middels risiko fremfor bare de få med høy risiko.
- **Sats på psykisk helsefremmende tiltak!** Lær av suksessen fra fysisk helse. Bygg kommunens mentale kapital; befolkningens trivsel, deres evne til å regulere følelser, tenke fornuftig, koordinere sin adferd med andre og møte sosiale ut-

fordringer (Jenkins m.fl., 2008; Holte, 2016).

- **Velg tiltak utenfor helsetjenestene!** Behandlingsapparatet produserer ikke helse. De reparerer den. Helse produseres der folk lever livene sine, i livmoren, i familien, i barnehagen, på skolen, på arbeidsplassen, i kultur og idrett. Det er der vi må sette inn innsatsen (Marmot m.fl., 2010).
- **Investert i sped- og småbarn og deres familier!** Jo tidligere i livet vi investerer i psykisk helse, desto mer får vi igjen for pengene (Heckman, 2006). Livmoren, helsestasjonen, småbarnsfamilien og barnehagen er de viktigste «arenaene».
- **Prioriter det vi kan gjøre noe med!** I klinikken prioriterer vi gjerne det alvorligste og akutte foran det vanlige og langsiktige. Vi kan forebygge unødige negative konsekvenser av å leve med psykoser og alvorlige utviklings- og personlighetsforstyrrelser, men vi kan ikke hindre at de oppstår. Depresjon, angst og alkoholmisbruk, som skaper mest lidelse og er dyrest for kommunene, kan vi faktisk hindre at oppstår (Cuijpers m.fl., 2008; Skog 2001).
- **Sats på å endre kommunens nivå av psykisk helse!** Lær av alkoholforskningen. Den mest effektive måten å redusere antallet alkoholskader i kommunen er å redusere befolkningens nivå av alko-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLEURBOX

holinntak. Tilsvarende kan den meste effektive måten å redusere antallet psykiske lidelser være å redusere kommunens nivå av angst og depresjon. Vi mangler slike data fra psykisk helse. Utgangshypotesen må være at tilsvarende mekanisme gjelder for angst og depresjon som for alkoholmisbruk, inntil vi eventuelt får data som viser noe annet (Skog, 2001).

- **Prioriter tiltak ut fra kostnadseffektivitet!** Opptrappingsplanen for psykisk helse (OTP) (1999–2008) til 30 milliarder 1998-kroner ble gjennomført uten noen analyse før, under eller etter, av hvilke tiltak som var mest kostnadseffektive. Selv i verdens rikeste land må vi bry oss om det koster 1 krone å spare 100 kroner eller om de koster 100 kroner å spare 1 krone (NFR 2008/2015).
- **Krev at alle større offentlige investeringer i psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak skal ha et design og et budsjett til uavhengig vitenskapelig vurdering av om det lar seg gjennomføre, virker, lønner seg og om folk vil ha det.** Implementering, effekt, kostnadseffektivitet og brukertilfredshet er fire relativt uavhengige suksessfaktorer

ved forebygging. Vi kan ikke fortsette slik vi gjorde under OTP (se over) der vi «glemte» å undersøke om behandlingen ble bedre og om folk ble bedre (NFR, 2008/2015).

Alle helseministre blir til slutt sykehusministre, bare de sitter lenge nok

Skal vi få tatt ut de enorme ressursene som ligger i befolkningens psykiske helse og forebygge psykiske lidelser så det monner, kreves helt andre prioriteringer, arenaer og metoder enn det helsesektoren rår over. Full innsats får vi først når vi får en egen folkehelseminister som forstår hvilken ressurs god psykisk helse er for landet og hvilken enorm belastning psykiske lidelser representerer.

De sju psykiske helserettighetene

Hva skal en kommuneoverlege, kommunepsykolog, kommunepolitiker og en folkehelseminister legge vekt på for å finne ut om en familie, barnehage, skole, arbeidsplass eller kultur- eller idrettsorganisasjon er en psykisk helsefremmende arena? Skulle jeg syntetisere det vi i dag vet om

psykisk helsefremmende faktorer, ligger svaret i det jeg har kalt de sju psykiske helserettighetene (Holte, 2016). En arena er psykisk helsefremmende hvis den gir individet en følelse av:

- 1 **Identitet og selvrespekt:** følelse av at man er noe, at man er noe verdt.
- 2 **Mening i livet:** følelse av å være del av noe større enn en selv, at det er noen som trenger en.
- 3 **Mestring:** følelse av at man duger til noe, at det er noe man får til.
- 4 **Tilhørighet:** følelse av å høre til hos noen, høre hjemme et sted.
- 5 **Trygghet:** kunne føle, tenke og utfolde seg uten å være redd.
- 6 **Deltakelse:** følelse av at det spiller noen rolle for andre hva man gjør eller ikke gjør.
- 7 **Fellesskap:** at man har noen å dele tanker og følelser med, noen som kjenner en, bryr seg om en og vil passe på en når det trengs.

Institusjoner som leverer på disse sju verdiene, er psykisk helsefremmende. Institusjoner som ikke gjør det, er ikke psykisk helsefremmende. Så enkelt er det. Så vanskelig er det.

LITTERATUR

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526–533.
- Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Porta, G., Lynch, F.L., Iyengar, S., Garber, J. (2015). Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents – A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 1110–8.
- Brugha, T.S., Morrell, C.J., Slade, P., & Walters, S.J. (2011). Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine*, 41, 739–748.
- Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., Geddes, J.R., Higgins, J.P., Churchill, R., ... & Tansella, M. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373, 746–758.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the Onset of Depressive Disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272–1280.
- De Ridder, K.A., Pape, K., Johnsen, R., Westin, S., Holmen, T.L., & Bjørnsgaard, J.H. (2012). School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 995–1000.
- European Union (2016). Joint Action on Mental Health and Wellbeing Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools, published January 2016.
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O., & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons. *European Sociological Review*. doi: 10.1093/esr/jcw001.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191, 335–42.
- Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet (2016). Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013 Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Rapport 2016:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Heckman, J.J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*, 312, 1900–1902.
- HelseDirektoratet (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: HelseDirektoratet.
- HelseDirektoratet (2015). Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren. Oslo: HelseDirektoratet.
- Holte, A. (2015). NRK feilinformerer om behandling hos psykolog. *Psykologisk.no*, 3. nov.
- Holte, A. (2016). <https://www.youtube.com/watch?v=gO9sBCqRgps>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy.
- Jenkins, R. mfl. (2008). Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental health: Future challenges. London: The Government Office for Science.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., ... & Rice, J.A. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55, 694–700.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62, 593–602.
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Aakvaag, H.F., Harvey, S.B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of psychosomatic research*, 69, 59–67.
- Mackenbach, J.P., Lingsma, H.F., van Ravesteyn, N.T., & Kamphuis, C.B.M. (2012). The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970–2010. *The European Journal of Public Health*, 23, 909–915.
- Marks, D.F., Murray, M.P., Evans, B., Estacio, E.V. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Broadfoot, C.B.P., Cumberlege, J., Diamond, I., Gilmore, I., Meacher, C.H.M., & Mulgan, G. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. London: Strategic review of health inequalities in England post-2010.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (red.). (1994). *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser En analyse basert på FD-trygd. Rapport 2009:4. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mykletun, A. & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den norske legeforening*, Nr. 11, 2006; 126: 1491–2.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathiesen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet. Rapport 2009: 8.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Øverland, S., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality. *British Journal of Psychiatry*, 195, 118–125.
- Mykletun, A., Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126, 1491–2.
- Mykletun, A., Øverland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aaro, L.E., Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1412–8.
- NIFU (2012). Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011. NIFU-rapport 6–2012.
- NFR (2008/2015). http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836
- Offord, D.R., Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Jensen, P.S., & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 686–694.
- Opie, R.S., O'Neil, A., Itsiopoulos, C., & Jacka, F.N. (2015). The impact of whole-of-diet interventions on depression and anxiety: a systematic review of randomised controlled trials. *Public health nutrition*, 18, 2074–2093.
- Ormel, J., et al., Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*, 2008. 192(5): p. 368–75.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford Medical Publications). Oxford: Oxford University Press.
- Skog, O.J. (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96, 35–47.
- Sælid GA, Czajkowski N, Holte A, Tams K, Aarø LE. (2016a) Coping With Strain (CWS) course – its effects on depressive symptoms: A four year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. I trykk. DOI: 10.1111/sjop.122.
- Sælid GA, Czajkowski N, Holte A, Tams K, Aarø LE. (2016b) Positive mental health effects of the Coping With Strain (CWS) course on employees: A four-year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*. I trykk.
- Schuch et al. (2016). Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 61, 1–11
- Wahlbeck, K., et al. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*, 199, 453–8.
- Tan, L., Wang, M.J., Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., & Harvey, S.B. (2014). Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC medicine*, 12, 74.
- Ttofi, M.M. & Farrington, D.P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *J Exp Criminol* 7, 27–56.
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health promotion international*, 26 (suppl 1), i29–i69.
- www.fhi.no/selvmoord.
- Zachrisson, H.D. & Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*, 86, 425–440.

■ ARNE.HOLTE@FHI.NO