



Det helsevitenskapelige fakultet

Belastende livshendelser i barndommen og NEET-status

Hvilken effekt har belastende livshendelser i barndommen på fremtidig deltakelse i yrkeslivet? Er denne effekten ulik for kvinner og menn, og påvirkes den av kontakt med psykiatrisk helsevern?

Blix, Thea

Masteroppgave i medisin profesjonsstudium. MED-3950. Mai 2021

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Materiale og metode.....	3
2.1	Studiedesign	3
2.2	Utvalg	4
2.3	Utfallsvariabel	5
2.4	Uavhengige variabler	5
2.4.1	Belastende livshendelser	5
2.4.2	Psykiatrisk kontakt	6
2.4.3	Sosiodemografiske variabler	6
2.5	Dataanalyse	7
3	Resultater.....	7
3.1	Beskrivelse av utvalget.....	7
3.1.1	Belastende livshendelser	7
3.1.2	Psykiatrisk kontakt	7
3.1.3	Sosiodemografiske forhold.....	7
3.2	NEET og belastende livshendelser.....	8
3.3	NEET og psykiatrisk kontakt	9
3.4	NEET og sosiodemografiske forhold.....	9
3.5	Forklart varians (Nagelkerke, R^2)	10
4	Diskusjon.....	10
4.1	Hovedfunn	10
4.2	Metodiske styrker og begrensninger	11
4.3	Sammenlikning med tidligere funn	12
5	Konklusjon	13
6	Referanser.....	15
7	Tabeller.....	18

8 Vedlegg	1
Vedlegg 1	1
Vedlegg 2	2
Vedlegg 3	3
Vedlegg 4	4
Vedlegg 5	5

Tabelliste

Tabell 1 Distribusjon av alle variabler i studien etter kjønn og etnisitet.....	18
Tabell 2 Distribusjonstabell for belastende livshendelser, kontakt med psykisk helsevern og NEET-status	19
Tabell 3 Sosiodemografiske forhold blant de med NEET-status, sortert etter kjønn.....	19
Tabell 4 Multippel logistisk regresjon for NEET hos kvinner og menn, ujustert og justert for uavhengige variabler	20

Figurliste

Figur 1 Oversiktsfigur over forløpet av Ungdom og Helse i Nord (UNGT), inkludert registertilknytning. Figur hentet fra: Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705.....

Figur 2 Flytskjema for studien. *total populasjon; **UHNN deltakere; FD-trygd, Trygderegisteret; UHNN, Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge; UNGT, Ungdom og Helse i Nord; NPR, Norsk Pasientregister; NUDB, Nasjonal Utdanningsdatabase. Figur hentet fra: Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705

Forord

En trygg og stabil barndom danner grunnlaget for fremtiden. Den er med på å forme hvem man er, og hvilke valg man tar gjennom livet. Denne barndommen er i stor grad regulert av de voksne man har rundt seg. Ingen barn er i stand til å ta vare på seg selv, og er derfor fullstendig avhengig av en omsorgsperson som dekker deres grunnleggende behov. Naturlig nok er det mor og far som først og fremst tildeles rollen som omsorgspersoner for sitt barn, og det norske samfunn er sterkt forankret i denne grunnleggende tankegangen. Foreldres oppgave er å skape rammene rundt barnet for den trygge og stabile barndommen som gjør at barnet utvikler seg og har best mulig forutsetninger for å lykkes i livet etter hvert som barnet vokser opp. Man velger ikke sine foreldre, så hva skjer med de barna som blir født inn i et hjem hvor foreldrene ikke mestrer sine grunnleggende oppgaver?

Disse barna er grunnlaget for oppgaven min. Barn som lever i hjem hvor foreldrene ikke tar rollen som trygge og stabile omsorgspersoner. I hjem med fravær av beskyttende faktorer som bidrar til positiv utvikling, og med tilstedeværelse av risikofaktorer som bidrar til negativ utvikling. Dersom disse barna ikke oppdages tidlig, kan det få store konsekvenser blant annet for hjerneutvikling, som vi vet ikke er ferdig før 23-25-års alder (1). Alle påvirkninger et barn utsettes for før hjernen er ferdig utviklet, vil kunne gi permanente endringer i hjernens struktur. Dette inkluderer selvsagt nødvendige, viktige og positive endringer som er en naturlig del av det å utvikle seg og vokse opp. For noen inkluderer det dessverre også negative endringer som ikke burde inngå som en naturlig del av hjernens utvikling. Denne påvirkningen starter allerede før fødsel, og bestemmes i stor grad av hvem som blir dine foreldre.

Med denne oppgaven håper jeg på å bidra til søkelyset på barn som lever i dysfunksjonelle hjem, og hvorfor det er samfunnskritisk å legge inn ressurser i å oppdage disse barna tidlig, slik at man kan forebygge og unngå konsekvensene det får for barn og samfunn i voksenlivet.

Opgaven er en del av en større studie finansiert gjennom et samarbeid mellom Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø (UiT) Norges arktiske universitet og Folkehelseinstituttet.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Siv Kvernmo, professor ved Institutt for klinisk medisin (IKM) ved UiT og prosjektleder for Ungdom og Helse i Nord (UNGT), som har vist interesse for oppgaven min og introdusert meg for muligheten for å bruke data fra UNGT. Siv

Kvernmo har vært sentral i gjennomføring av denne oppgaven, og har bidratt med kompetanse og veiledning på en svært profesjonell måte.

A handwritten signature in black ink on a light grey rectangular background. The signature reads "Thea Blix" in a cursive, flowing script. The "T" is large and loops around the "h", and the "B" is also large and loops around the "l".

Thea Blix

1 Innledning

Å sikre barn og unge en trygg oppvekst er en grunnleggende faktor i barns utvikling, og en prioritert oppgave i samfunnet vårt (2). Likevel tyder undersøkelser på at alt for mange barn i dag opplever vold, overgrep og omsorgssvikt som en del av hverdagen. En rapport fra NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) i 2007 viser at mer enn 1 av 5 barn utsettes for mindre alvorlig vold fra foreldrene sine i løpet av oppveksten (3). Tall fra NKVTS (Norsk kunnskapssenter for vold og traumatisk stress) i 2014 tyder på at mer enn 1 av 5 norske kvinner og nesten 1 av 10 norske menn oppgir å ha blitt utsatt for en form for seksuelt overgrep før fylte 18 år (3). Samtidig anslås det fra SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) at mellom 50-150 000 barn lever med foreldre som er avhengige av rusmidler (4).

Belastende livshendelser er en stor og omfattende kategori, og vil alltid bestå av ulike hendelser for hvert individ. Det er stor variasjon i hvordan hver enkelt opplever og reagerer på ulike hendelser man møter gjennom livet. I barns oppvekst snakker man ofte om risiko- og beskyttelsesfaktorer, forhold rundt barnet som påvirker i negativ eller positiv grad. Tilstedeværelse eller fravær av disse er med på å påvirke i hvilken grad en hendelse oppleves som belastende.

Da Kaiser Permanente sin ACE-studie (Adverse Childhood Events) ble publisert i 1998, var forskning på belastende livshendelsers langsiktige konsekvenser godt kjent innenfor psykiatrien og sosiologien. At traumatiske eller belastende livshendelser også kunne knyttes til somatisk sykdom, var relativt ny kunnskap på dette tidspunktet. Studien var den første av sitt slag som så på forholdet mellom helserisikoatferd og sykdom i voksen alder, og bredden av eksponering for belastende hendelser i barndommen. Ettersom flere av USAs ledende dødsårsaker også da var knyttet til helseatferd og livsstilsfaktorer, ble studien viktig for at belastende eller traumatiske livshendelser skulle anerkjennes som årsaker til sykkelighet og dødelighet i voksenlivet (5).

NEET (Not in Education, Employment or Training) er et begrep som de to siste tiårene har fått økt oppmerksomhet både internasjonalt og i Norge. NEET refererer til unge voksne i alderen 18-25 år som har droppet ut av utdanning, opplæring eller arbeid (6), og vektlegges ofte når vi snakker om utenforskap blant unge. Begrepet er tidvis kritisert, blant annet fordi det ikke finnes en internasjonal standard for definisjon av NEET, samt for å kamuflere en

sårbarhet blant unge voksne som ikke nødvendigvis løses kun ved å redusere antallet NEET i samfunnet (7). Samtidig som man kan stille spørsmålstegn til bruken og vektleggingen av begrepet, regnes NEET for å være et viktig supplement til målet på arbeidsledighet (6). I 2019 lå andelen NEET i Norge på 10.7%, noe som tilsvarer om lag 110 000 under 30 år som var utenfor arbeid, utdanning og arbeidsrettede tiltak. Dette var vel og merke en nedgang fra fire år tidligere, hvor andelen lå på 12.2%. Mye tyder likevel på at andelen unge utenfor har økt betraktelig i 2020 grunnet koronapandemien (8).

Hovedbekymringene rundt et høyt antall unge voksne med NEET-status er tredelte: 1) Kostnadene ved sosiale velferdsordninger, 2) mangel på skatteinntekter ved at folk ikke er i arbeid og 3) folkehelseutfordringene som er knyttet til lav utdanning, lav inntekt og arbeidsledighet (9).

Vi vet at folkehelse henger sammen med utdanning, inntekt og arbeid. I Folkehelseinstituttets (FHI) rapport om helsetilstanden i Norge for 2018 fremgikk det betydelige sosioøkonomiske forskjeller i forventet levealder. For personer med høyskole- eller universitetsutdanning ble forventet levealder funnet å være 5-6 år høyere enn blant de med grunnskoleutdanning. For de som i tillegg var gift og begge hadde høy utdanning, var levealder 8-9 år lengre enn for ugifte med kort utdanning. Det ble også funnet at de sosiale helseforskjellene gjaldt for nesten alle sykdommer, skader og plager, inkludert kreft, hjerteinfarkt og psykiske lidelser (10).

Belastende hendelser i barndommen, som vold, overgrep og omsorgssvikt, får konsekvenser i form av psykisk og fysisk uhelse (11, 12). Dette er igjen faktorer som bidrar til utenforskap og sosioøkonomiske forskjeller. Forebygging og motvirkning av belastende hendelser og omsorgssvikt i barndommen anses derfor som en viktig brikke i utligningen av sosiale helseforskjeller.

Formålet med denne undersøkelsen har vært: 1) Kartlegge hvorvidt forekomst av belastende livshendelser er høyere hos unge voksne med NEET-status enn hos de uten. 2) Undersøke relasjonen mellom NEET-status og ulike typer belastende livshendelser. 3) I hvilken grad denne sammenhengen påvirkes av demografiske forhold som kjønn, bosted, etnisitet, foreldres SØS (sosioøkonomiske status) og hvem man bor sammen med, og 4) undersøke hvorvidt kontakt med psykiatrisk helsevern, enten i ungdomsårene eller i ung voksen alder, er assosiert med NEET-status.

2 Materiale og metode

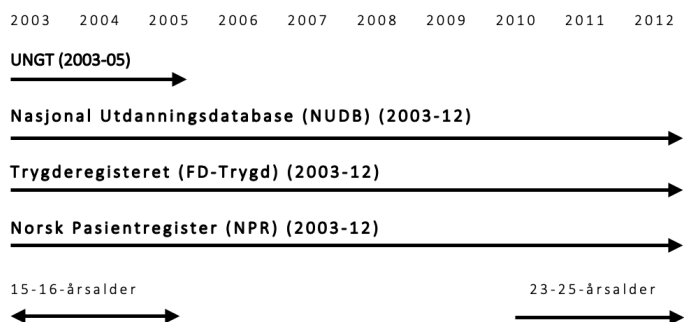
2.1 Studiedesign

I 2003-05 ble en omfattende spørreundersøkelse, Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge (UHNN), gjennomført blant 10.klassinger i de da tre nordligste fylker i Norge: Nordland, Troms og Finnmark. Spørreundersøkelsen tok opp sentrale tema i ungdommers liv, som psykisk og fysisk helse og sykdom, familie, venner, etnisitet, skole, nærmiljø, seksualitet, utdanning, fysisk aktivitet m.m. Dette ble gjort via spørreskjema, hvor ungdommene ble bedt om å fylle ut et hovedskjema, som var likt for seks fylker i Norge, samt et tilleggsskjema som var spesifikt for hvert fylke. I Nord-Norge tok tilleggsskjemaet opp forhold man ønsket å se på spesielt for nordnorsk ungdom, blant annet helse, miljø og kultur for samisk og ikke-samisk ungdom (13).

Alle tiendeklasser i alle ungdomsskoler i de tre nordligste norske fylkene (n=5887) ble invitert til å delta i denne undersøkelsen. Spørreskjemaene ble administrert i løpet av en to-timers periode i et klasserom som ble overvåket av prosjektmedarbeidere. Elever som ikke var til stede fylte ut spørreskjemaene sine på et senere tidspunkt. Den selvrapporterte undersøkelsen bestod av flere og ulike spørsmål. Spørreskjemaet var papirbasert og tilgjengelig både på samisk og på norsk (13).

Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge (UHNN) dannet grunnlaget for Ungdom og helse i Nord (UNGT), en langsgående undersøkelse som fulgte ungdommene fra 10. klasse og 8-10 år frem i tid. Ungdommene som deltok i UNGT samtykket til at data innhentet via spørreskjema i UHNN ble koblet til ulike registre, som inkluderte Norsk pasientregister (NPR), Trygderegisteret (FD-Trygd) og Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB) (13).

Registertilknytningen ble i 2014 utført av Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk sentralbyrå (SSB) for perioden 2003-2012. På denne måten fikk man tilgang til hver deltakers medisinske og sosiale velferdsytelser, arbeidsledighet og utdanningsprestasjoner opp til 23-25-årsalder (se figur 1). Opplysningene ble behandlet uten navn, fødselsnummer eller annen direkte gjenkjenningende informasjon (13).

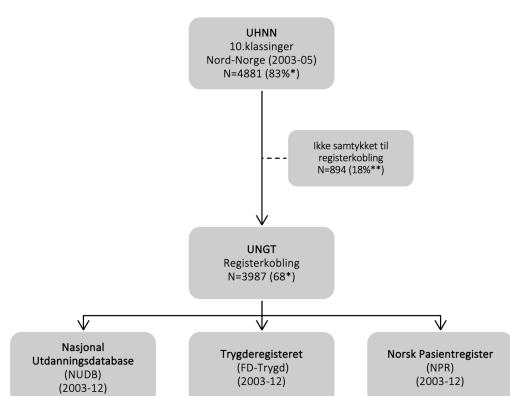


Figur 1 Oversiktsfigur over forløpet av Ungdom og Helse i Nord (UNGT), inkludert registertilknytning. Figur hentet fra: Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705

2.2 Utvalg

Deltakerne i Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge (UHNN) bestod av 4881 av den totale alderskohorten på 5877 (responsrate 83%) tiendeklassinger i ungdomsskolen (15-16 år) i Nord-Norge (13). For de tre fylkene observerte man følgende responsrate: Finnmark 71%, Troms 82% og Nordland 88%. Av disse var 50.1% kvinner og 49.9% menn. Av 4881 ungdommer rapporterte 450 om samisk etnisitet, omtrent 10% av utvalget (14).

Totalt 3987 ungdommer (68% av den totale alderskohorten) ga deres skriftlige samtykke til senere oppfølgingsstudier, inkludert kobling til registerdata (13). Disse utgjorde 50.1% menn, 49.9% kvinner og 9.2% av samisk etnisitet. Et flytskjema for studien er vist i figur 2.



Figur 2 Flytskjema for studien. *total populasjon; **UHNN deltakere; FD-trygd, Trygderegisteret; UHNN, Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge; UNGT, Ungdom og Helse i Nord; NPR, Norsk Pasientregister; NUDB, Nasjonal Utdanningsdatabase. Figur hentet fra: Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705

2.3 Utfallsvariabel

NEET er definert som deltakere som ikke hadde fullført videregående utdanning i løpet av studietiden og enten var registrert som 100% arbeidsledige i mer enn 1 år, eller mottok seks eller flere måneders sykepenger, eller mottok seks eller flere måneders økonomisk sosialhjelp under en 12-måneders periode, eller mottok arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd i løpet av hele studietiden. Definisjonen av NEET er hentet fra studien «Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study» (14) som baserer seg på det samme utvalget fra UNGT som brukes i denne oppgaven.

2.4 Uavhengige variabler

2.4.1 Belastende livshendelser

Spørsmål om ulike belastende livshendelser er basert på de data man har tilgjengelig fra UHNN, og valgt i tråd med tidligere studier gjort på samme utvalg fra UNGT (15), Helsedirektoratets «Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge» (12) og NKVTS' «Skjema for kartlegging av traumeerfaringer-barn» (16).

Ni belastende livshendelser ble kartlagt gjennom følgende spørsmål med svaralternativer (hver livshendelse er nummerert): «Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd»: 1) «Seksuelle overgrep», 2) Alvorlig sykdom eller skade hos deg selv, 3) Alvorlig sykdom eller skade hos noen som står deg nær» – (svaralternativ 1–3: Ja; Nei); 4) «Psykiske problemer hos foreldre/foresatte» og 5) «Rusproblemer hos foreldre/foresatte – («Nei, aldri», «Ja, av og til», «Flere ganger», «Svært ofte»). De som rapporterte minst «Ja, av og til» ble definert å ha forelder med psykiske eller rusproblemer. 6) Vold ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har du vært utsatt for vold (blitt slått, sparket eller lignende) de siste 12 mnd.?» – («Aldri», «Ja, bare av ungdom», «Ja, bare av voksne», «Ja, både av ungdom og voksne»). De som rapporterte «Ja» ble slått sammen til en variabel uavhengig av hvem som utøvde volden. 7) Suicid ble registrert gjennom spørsmålet «Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?». 8) Mobbing ble registrert gjennom spørsmålet «Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd mobbing på skolen/skoleveien?» («Aldri», «Av og til», «Omtrent en gang i uka», «Flere ganger i uka»). De som rapporterte minst «Omtrent en gang i uka» ble definert å ha blitt mobbet. 9) «Sykehusinnleggelse» ble registrert gjennom spørsmålet «Har du de siste 12 måneder selv brukt?» (her nevnes flere helsetjenester): «Sykehusinnleggelse» («Ingen ganger», «1–3 ganger», «4 ganger eller mer»). De som rapporterte minst «1–3 ganger» ble registrert som sykehusinnlagt.

2.4.2 Psykiatrisk kontakt

Kontakt med psykiatrisk helsevern som ungdom ble registrert gjennom spørsmålet «Har du de siste 12 måneder selv brukt?» (her nevnes flere helsetjenester) «Psykolog eller psykiater (privat eller poliklinikk)»: («Ingen ganger», «1–3 ganger», «4 ganger eller mer»). De som rapporterte minst «1–3 ganger» ble registrert som å ha brukt psykolog eller psykiater.

Kontakt med psykiatrisk helsevern i ung voksen alder ble registrert for de som var behandlet ved en psykiatrisk institusjon, enten via poliklinikk eller innleggelse, mellom 2008-2012. På dette tidspunktet var alle deltakerne over 18 år og gikk derfor under voksenpsykiatrien.

2.4.3 Sosiodemografiske variabler

Kjønn: mannlig kjønn brukes som referansegruppe

Bosted refererer til fylket ungdommen bodde i på ungdomsskolen. De da tre nordligste fylkene i Norge ble sammenlignet: Nordland, Troms og Finnmark, hvor Finnmark var det nordligste med lavest befolkningstall. Nordland var det sørligste fylket med høyest befolkningstall, og brukes som referansegruppe.

Samisk etnisitet ble målt ved en vurdering av foreldrenes etnisitet, samisk språkkompetanse hos foreldre, besteforeldre og deltakere, samt etnisk selvidentifisering. Deltakere som hadde en eller flere av disse tilhørighetene, ble klassifisert som å ha samisk etnisitet. Ikke-samisk etnisitet brukes som referansegruppe.

Foreldres sosioøkonomiske status (SØS) ble målt etter foreldrenes utdanningsnivå: Foreldrenes høyeste utdanning ble hentet fra SSBs utdanningsregister, registrert da deltakerne var i alderen 15–16 år. Utdanningsnivå ble kategorisert fra «grunnskole» (≤10. trinn), «videregående» (≤13. trinn), «lavere universitetsgrad» (opp til 5 år) til «høyere universitetsgrad» (5 år eller mer). Foreldres høyere universitetsgrad brukes som referansegruppe.

Hvilke omsorgspersoner ungdommene delte bolig med ble kartlagt gjennom spørsmålet «Hvem bor du sammen med nå?» og kategorisert til «Både mor og far», «Mor/far og stepforelder» og «Andre». «Både mor og far» brukes som referansegruppe.

2.5 Dataanalyse

Fordeling av utvalg ble kartlagt via krysstabell og Pearsons χ^2 -test for kategoriske data. Logistisk regresjon ble brukt til analyser av assosiasjoner mellom senere NEET-status og belastende livshendelser, sosiodemografiske variabler og kontakt med psykisk helsevern, fordelt på kjønn. Statistikkprogrammet SPSS versjon 27 ble brukt til alle analyser, og det statistiske signifikansnivået ble satt til 0.05. Nagelkerke (R^2) ble brukt som mål på forklart varians.

3 Resultater

3.1 Beskrivelse av utvalget

3.1.1 Belastende livshendelser

Det totale utvalget bestod av 3987 ungdommer. Av disse var 1991 kvinner og 1996 menn. For de belastende livshendelsene var det tre hendelser som forekom hyppigere enn andre i totalpopulasjonen av ungdommer: vold, alvorlig sykdom eller skade hos en nær person og suicid i familie, slekt eller nærmiljø (tabell 1). Det forekom en signifikant forskjell mellom kvinner og menn, hvorav kvinner i større grad enn menn hadde opplevd seksuelle overgrep, alvorlig sykdom eller skade hos en nær person, psykiske problemer hos foreldre og suicid i familie, slekt eller nærmiljø (tabell 1). Menn hadde i større grad enn kvinner opplevd vold (tabell 1).

3.1.2 Psykiatrisk kontakt

Totalt 6.1% av ungdommene hadde de siste 12 månedene vært i kontakt med psykiater eller psykolog, signifikant flere kvinner enn menn (tabell 1). I senere ung voksen alder ble 12.9% av ungdommene behandlet ved en psykiatrisk institusjon (poliklinikk eller innleggelse). Fremdeles utgjorde kvinner en signifikant høyere andel enn menn (tabell 1).

3.1.3 Sosiodemografiske forhold

Totalt 365 var av samisk etnisitet. Flertallet av ungdommene hadde bosted i Nordland fylke, deretter Troms og Finnmark (tabell 1). Hyppigst representert var de med foreldre med videregåendeutdannelse, deretter kort høyere utdanning og grunnskole, mens de med foreldre med lang høyere utdanning utgjorde den minste gruppen (tabell 1). De fleste ungdommene bodde sammen med begge foreldre, de som bodde med forelder og steforelder eller noen andre, utgjorde mindre grupper (tabell 1).

3.2 NEET og belastende livshendelser

Ungdommene med senere NEET-status utgjorde 741 (18.6%) av den totale populasjonen av 3987 ungdommer. NEET-status hos unge voksne var signifikant høyere blant kvinner enn blant menn (tabell 1).

Av ungdommene med senere NEET-status i ung voksen alder rapporterte 61.8% minimum én belastende livshendelse. Til sammenligning var det samme tallet 57.2% for ungdommene uten senere NEET-status. I gjennomsnitt hadde ungdommene med senere NEET-status opplevd flere hendelser (1.4) enn de uten senere NEET-status (1.0). Kvinner og menn med senere NEET-status hadde i gjennomsnitt opplevd like mange belastende livshendelser, henholdsvis 1.4 og 1.3. Fordelingen av de ulike belastende livshendelsene for de med og uten NEET-status, kan ses i tabell 2. Innenfor de fleste kategorier av de belastende livshendelsene utgjør de med senere NEET-status en større andel, sammenlignet med de uten NEET-status (tabell 2).

I de ujusterte regresjonsanalysene av assosiasjonen mellom de ulike belastende livshendelsene og senere NEET-status ble det for kvinner funnet en signifikant sammenheng mellom NEET og følgende belastende livshendelser: seksuelle overgrep, alvorlig sykdom eller skade hos seg selv, vold, sykehusinnleggelse, alvorlig sykdom eller skade hos noen som er nær, og suicid i familie, slekt eller nærmiljø (tabell 4).

For menn fant man i de ujusterte regresjonsanalysene en signifikant sammenheng mellom NEET og følgende belastende livshendelser: alvorlig sykdom eller skade hos seg selv, vold, sykehusinnleggelse, psykiske problemer hos foreldre, og suicid i familie, slekt eller nærmiljø (tabell 4).

Mobbing og rusproblemer hos foreldre viste ingen signifikant sammenheng med senere NEET-status for verken kvinner eller menn (tabell 4). For kvinner fant man heller ingen sammenheng med psykiske problemer hos foreldre, mens man for menn ikke fant noen sammenheng for seksuelle overgrep og alvorlig skade eller sykdom hos noen som er nær (tabell 4).

I de justerte regresjonsanalysene for kvinner ble to av de belastende livshendelsene funnet å være signifikante prediktorer for senere NEET-status; alvorlig sykdom eller skade hos seg selv, og vold. Dette var til forskjell fra menn, hvor sykehusinnleggelse og suicid i familie, slekt eller nærmiljø ble funnet å være signifikante prediktorer for senere NEET-status.

3.3 NEET og psykiatrisk kontakt

For ungdommene med senere NEET-status ble det funnet en signifikant forskjell i kontakt med psykisk helsevern, både i ungdomsalder og i ung voksen alder, sammenliknet med ungdommene uten senere NEET-status (tabell 2). I ungdomsalder hadde 11.4% av de med senere NEET-status vært i kontakt med psykiater eller psykolog de siste 12 månedene, sammenliknet med 4.9% av de uten senere NEET-status ($p < 0.001$). I ung voksen alder økte forskjellen ytterligere, og henholdsvis 31.7% av de med NEET-status og 8.6% av de uten NEET-status var til behandling ved psykiatrisk institusjon (poliklinikk eller innleggelse) ($p < 0.001$) (tabell 2).

I de ujusterte regresjonsanalysene fant man for begge kjønn en sammenheng mellom kontakt med psykisk helsevern, både som ungdom og som ung voksen, og senere NEET-status (tabell 4). I de justerte analysene fant man derimot en forskjell mellom kvinner og menn, i form av at sammenhengen mellom kontakt med psykisk helsevern som ungdom og NEET-status ikke var til stede for kvinner i signifikant grad. For menn ble kontakt med psykisk helsevern funnet å være en prediktor for senere NEET (tabell 4). For begge kjønn var imidlertid sammenhengen med senere NEET-status til stede for de som hadde kontakt med psykisk helsevern i ung voksen alder, også i de justerte regresjonsanalysene (tabell 4).

3.4 NEET og sosiodemografiske forhold

Det ble funnet etniske forskjeller både for kvinner og for menn. For samiske menn fant man enn signifikant høyere NEET-status enn for ikke-samiske menn (tabell 3). Det motsatte gjaldt for samiske kvinner, hvor man fant en lavere grad av NEET-status enn for ikke-samiske kvinner. For kvinner var denne forskjellen vel og merke ikke statistisk signifikant (tabell 3).

For fylkene Nordland, Troms og Finnmark kunne man se en geografisk forskjell blant unge menn. I Finnmark fylke fant man en høyere grad av NEET-status for menn, enn man fant for menn i de andre fylkene, Nordland og Troms (tabell 3). Denne geografiske forskjellen fant man ikke for kvinner (tabell 3). For menn fant man en sterk sammenheng mellom foreldres sosioøkonomiske status (SØS) og senere NEET-status, mens man for kvinner fant en sterk trend (tabell 3). Sammenliknet med de som bodde med begge foreldre, fant man for både kvinner og menn, høyere grad av NEET-status både for de som bodde med en forelder og en steforelder, og for de som bodde med noen andre (tabell 3).

I de ujusterte regresjonsanalysene av assosiasjonen mellom de sosiodemografiske variablene og senere NEET-status ble det for menn funnet å være en signifikant sammenheng mellom NEET og samisk etnisitet, men ikke for kvinner (tabell 4). For begge kjønn fant man en signifikant høyere risiko for senere NEET-status for ungdommer hvor foreldre hadde grunnskoleutdanning, sammenliknet med ungdommer hvor foreldre hadde lang høyere utdanning (tabell 4). For menn fant man en liknende assosiasjon for ungdommer hvor foreldre hadde videregåendeutdanning (tabell 4). Sammenliknet med ungdommer som bodde i hjem med begge foreldre, ble det for både kvinner og menn funnet en signifikant assosiasjon med senere NEET-status for de som bodde med en forelder og en steforelder, og for de som bodde med noen andre (tabell 4).

I de justerte regresjonsanalysene ble kun det å bo med en forelder og en steforelder funnet å være en signifikant prediktor for senere NEET-status hos kvinner (tabell 4). For menn ble det funnet flere sosiodemografiske prediktorer i de justerte regresjonsanalysene, henholdsvis bosted i Troms fylke, samisk etnisitet, foreldre med videregående- og grunnskoleutdanning, og det å bo sammen med noen andre (tabell 4).

3.5 Forklart varians (Nagelkerke, R^2)

For kvinner stod den justerte regresjonsmodellen (tabell 4) for 12.7% av den forklarte variansen, mens den for menn stod for 17.3%.

4 Diskusjon

Formålet med denne undersøkelsen har vært: 1) Kartlegge hvorvidt forekomst av belastende livshendelser er høyere hos unge voksne med NEET-status enn hos de uten. 2) Undersøke relasjonen mellom NEET-status og ulike typer belastende livshendelser. 3) I hvilken grad denne sammenhengen påvirkes av demografiske forhold som kjønn, bosted, etnisitet, foreldres SØS (sosioøkonomiske status) og hvem man bor sammen med, og 4) undersøke hvorvidt kontakt med psykiatrisk helsevern, enten i ungdomsårene eller i ung voksen alder, er assosiert med NEET-status.

4.1 Hovedfunn

I denne studien var forekomsten av NEET-status blant den totale ungdomspopulasjonen høy (18.6%), og signifikant høyere for kvinner enn for menn. Blant de unge voksne med NEET-status forekom belastende livshendelser i større grad enn blant unge voksne uten NEET-status. Til tross for dette var det få belastende livshendelser som ble funnet å være sterke

prediktorer for senere NEET-status. Det ble ikke funnet noen forskjell i antall hendelser for menn og kvinner, men det ble funnet ulike belastende livshendelser som prediktorer for senere NEET.

Det ble funnet en sterk sammenheng mellom kontakt med psykisk helsevern og NEET-status, både for kvinner og for menn. Det viste seg vel og merke å være en forskjell mellom kjønn. Signifikant flere NEET-kvinner enn -menn hadde vært i kontakt med psykisk helsevern, både som ungdom og i ung voksen alder. Vel og merke ble sammenhengen mellom NEET og kontakt med psykisk helsevern som ung voksen funnet å være sterkere for menn, og i motsetning til kvinner ble det også funnet en signifikant sammenheng mellom NEET og kontakt med psykisk helsevern som ungdom.

For de sosiodemografiske variablene fant man også forskjeller mellom kvinner og menn. NEET-status for menn synes i større grad å være påvirket av samtlige av de sosiodemografiske variablene, mens man for kvinner kun fant det å bo sammen med forelder og steforelder som signifikant prediktor for senere NEET.

4.2 Metodiske styrker og begrensninger

Studiens hovedstyrke er at det er en uselektert populasjonsbasert studie, med høy responsrate og jevn kjønnsfordeling. Koblingen til registerdata gir mulighet for å predikere senere forhold ut fra besvarelser langt bak i tid, noe som gjør at funn kan benyttes i eksempelvis forebyggende arbeid. Fordelingen av kjønn og etnisitet var lik i den opprinnelige spørreundersøkelsen i UHNN som den var i utvalget som sa ja til kobling til ulike registerdata i UNGT. Tidligere frafallsanalyser gjort i forbindelse med studier på samme datautvalg fra UNGT viser at de som sa nei til kobling til registerdata ikke skilte seg fra de som sa ja, verken for sosiodemografiske forhold eller mental helse, noe som styrker generaliserbarheten av undersøkelsen (14). Den opprinnelige spørreundersøkelsen i UHNN kartla et bredt omfang av sosiodemografiske variabler, som SØS, sosiokulturelle faktorer, daglig funksjon, familiære forhold, skoleprestasjoner, fysisk og mental helse, noe som gjør at man har kunnet kontrollere for ulike faktorer og se flere sammenhenger.

Ettersom UHNN var en selvrapportert tverrsnittsundersøkelse, kan man anta at svarene i undersøkelsen ble påvirket direkte og indirekte av andre og/eller flere forklarende faktorer enn de som er utforsket i denne studien. Det kan tenkes av ungdommenes svar ble påvirket av faktorer som var til stede på svartidspunktet, eksempelvis forhold i klasserommet, frykt for at

lærer eller noen andre skulle finne ut hva man hadde svart, eller tidspress for å bli ferdig før noen andre. At spørreskjemaet var papirbasert kan ha ført til at noen spørsmål ble oversett ved besvarelse, at ungdommene krysset av feil eller at det ble krysset av flere ganger hvor det kun skulle krysses av én gang.

NEET som begrep er en relativt smal gruppe, og bruken har noen begrensninger. Begrepet slik det er brukt i denne oppgaven utelukker eksempelvis alle som har fullført videregående, men likevel ikke er i utdanning, arbeid eller opplæring. Det fremstår heller ikke som det best egnede målet på konsekvenser av belastende livshendelser i barndommen. Til tross for dette er det å gå fra NEET til ikke-NEET et mål på unge voksnes deltakelse i samfunnet, noe vi vet har sine fordeler.

Tall for belastende livshendelser er basert på de data man har tilgjengelig fra UHNN. Denne undersøkelsen var en generalisert undersøkelse som hadde som mål å undersøke et bredt spekter av faktorer i ungdommers liv. Data er med andre ord ikke hentet inn spesifikt for denne problemstillingen, og mange av spørsmålene er stilt på en slik måte at de undersøker forhold for de siste 12 månedene. Dersom man skulle gått grundigere til verks hadde man ønsket å undersøke forhold gjennom hele oppveksten, da man vet at hendelser i alle barneårene kan få de samme konsekvensene.

4.3 Sammenlikning med tidligere funn

Tidligere studier gjort på samme datautvalg fra UNGT har vist liknende resultater. Blant annet fant Bania et.al. (17) at det var omtrent like mange kvinner og menn som ikke hadde fullført videregående skole, noe man også kan se igjen i den jevne kjønnsfordelingen for NEET-status i denne studien. De fant at raten av menn som ikke hadde fullført VGS var høyere i Finnmark enn i de andre fylkene (17), i likhet med den høyere NEET-raten blant menn i Finnmark som ble funnet i denne studien.

Noe overraskende var det at sammenhengen mellom de belastende livshendelsene og senere NEET-status ikke ble funnet å være sterkere. Utallige studier viser en sammenheng mellom overgrep og omsorgssvikt i barndommen, og helseproblemer i voksen alder (4, 18-23). Dube et.al. fant blant annet at risiko for depresjon, selvmordsforsøk, flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, røyking og alkoholisme økte gradert for hver belastende livshendelse deltakerne hadde vært utsatt for (18). Forskningslitteraturen på hva som er de viktigste betingelsene for god psykisk og fysisk helse blant barn og ungdom er omfattende. Det

foreligger likevel en relativt stor enighet rundt vanskelige oppvekstsvilkår, sosial avvisning eller mobbing fra jevnaldrende, akutte livshendelser og påkjenninger, og sosiale forhold i lokalsamfunnet som viktige risikofaktorer for fysisk og psykisk uhelse (10, 11, 12). Med psykisk og fysisk uhelse som hyppige årsaker til blant annet uførhet (24), skulle man tro at sammenhengen mellom belastende livshendelser og NEET-status ville være større i denne studien.

Noe av årsaken til den svake sammenhengen tenkes å være relatert til at data for de fleste belastende livshendelser er samlet inn for et tidsrom på 12 måneder, samt at NEET kun tar for seg utenforskap innenfor en relativt smal aldersgruppe. Studier viser at hendelser i tidlig i barndommen kan ha større effekt på hjerneutvikling enn hendelser senere i ungdomsalderen, blant annet fant Bremner et.al. at traumer i tidlige stadier av utvikling kan ha en effekt på IQ som man ikke ser hos pasienter som er utsatt for traumatisk stress i senere stadier av utvikling (23).

Det ble funnet store ulikheter mellom kvinner og menn. Menn synes i større grad en kvinner å påvirkes av faktorer i omgivelsene, noe også forskjellen i forklart varians tyder på. For kvinner fremstår det som at faktorer fra ungdomsårene ikke får like stor påvirkning i ung voksen alder som det har for menn. Bania et.al. fant liknende forskjeller mellom kvinner og menn for predikterer for ikke å fullføre videregående skole (17). Samtidig finnes det studier som viser at langsiktig effekt av blant annet seksuelle overgrep ikke er ulik for kvinner og menn (25). Kvinner rapporterte i større grad en menn de fleste former for belastende livshendelser, med unntak av vold. Andre studier viser også liknende funn for at menn i større grad en kvinner rapporterer om fysiske overgrep (18).

Forekomsten av NEET-status blant den totale ungdomspopulasjonen var høy (18.6%), høyere enn i resten av Norge og andre land som er medlem av OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) (6, 17, 26). Bania et.al. fant liknende høy rate for unge som ikke fullførte videregående skole (17).

5 Konklusjon

Forekomsten av belastende livshendelser er høyere hos unge voksne med NEET-status enn hos de uten. Det ble likevel ikke funnet en klar og tydelig relasjon mellom belastende livshendelser og NEET-status, men relasjonen synes å være påvirket av demografiske forhold, særlig for menn. Kontakt med psykiatrisk helsevern er assosiert med NEET-status, både for

de som har vært hos psykiater eller psykolog som ungdom, og for de som er behandlet ved en psykiatrisk institusjon i ung voksen alder. Funnene i denne studien viser at det kreves videre forskning på kjønnsforskjeller i hvordan ulike hendelser påvirker i barndommen, og at det er behov for tall som dateres lengre tilbake i tid. Studien støtter også opp om kunnskap som tilsier at forebyggende arbeid er viktig, særlig rettet mot utdanning, inntekt og psykisk og fysisk helse. Unge voksnes deltakelse i fremtidig arbeidsliv påvirkes av forhold hos foreldre. En god oppvekst varer i flere generasjoner, og deltakelse i arbeidsliv fremmer god folkehelse og motvirker psykisk og fysisk uhelse.

6 Referanser

1. Tran V. Hjernens utvikling. [Internett]. Oslo: Norsk Helseinformatikk NHI; 24. april 2019 [Oppdatert 24. april 2019; hentet 03. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/kroppen-var/fosterets-utvikling-embryologi/hjernens-utvikling/>
2. Mossige S., Stefansen K. Vold og overgrep mot barn og unge. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA; 2007. NOVA-rapport 20/07.
3. Thoresen S., Hjemdal OK. Vold og voldtekt i Norge. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress NKVTS; 2014. NKVTS-rapport 01/14.
4. Rossow I., Moan IS., Natvig H. Nære pårørende av alkoholmisbrukere. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning SIRUS; 2009. SIRUS-rapport 09/09.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. Am J Prev Med. 1998;14(4):246-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
6. Bø TP, Vigran Å. Ungdom som verken er i arbeid eller utdanning. Oslo: Statistisk sentralbyrå SSB; 2014. SSB-rapport 37/14
7. Elder S. What does NEETs mean and why is the concept so easily misinterpreted? Genève: Youth Employment Programme; 2015. Rapport 01/15.
8. Fedoryshyn N. Færre unge utenfor i fjor [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå SSB; 3. september 2020 [Oppdatert 3. september 2020; hentet 24. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/faerre-unge-utenfor-i-fjor>
9. Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Hvilke faktorer kan føre til manglende arbeidslivsdeltakelse og utenforskap blant unge? [Internett]. Trondheim: NTNU Medisin og helse; 24. mai 2019 [Oppdatert 24. mai 2019; hentet 22. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://blog.medisin.ntnu.no/hvilke-faktorer-kan-fore-til-manglende-arbeidslivsdeltakelse-og-utenforskap-blant-unge/>
10. Helsedirektoratet. Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2748
11. Skogen JC, Smith ORF, Aarø LE, Siqveland J, Øverland S. Forebygging blant barn og unge. Oslo: Folkehelseinstituttet FHI; 2018. Rapport 2018.
12. Helsedirektoratet. Kunnskapsgrunnlag – metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. IS-2696

13. Universitetet i Tromsø UiT. Ungdom og helse i Nord (UNGT) [Internett].
Publiseringsdato ikke tilgjengelig [oppdatert (ikke tilgjengelig); hentet 02.02.21].
Tilgjengelig fra:
https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/sub?p_document_id=340946&sub_id=491829
14. Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705
15. Reigstad B, Kvernmo S. ADHD – eller noe annet? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2015;52(4):302-11.
16. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress NKVTS. KATES del 1 [Internett]. Publiseringsdato ikke tilgjengelig [oppdatert (ikke tilgjengelig); hentet 02.02.21]. Tilgjengelig fra: <https://www.nkvts.no/content/uploads/2021/03/KATES-Barn-6-18-ar.pdf>
17. [Bania EV, Lydersen S, Kvernmo S](#). Non-completion of upper secondary school among female and male young adults in an Arctic sociocultural context; the NAAHS study. *BMC Public Health*. 2016;16:960. [Doi:](#) 10.1186/s12889-016-3644-2
18. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Am J Prev Med*. 2003;37:268-77. [Doi:](#) 10.1016/S0091-7435(03)00123-3
19. Kalmakis KA. Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *JAANP*. 2015;27:457-465. [Doi:](#) 10.1002/2327-6924.12215
20. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *ACAD*. 2003;42:3. [Doi:](#) 10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72
21. Finkelhor D, Hotelling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl*. 1990;14(1):19-28. doi: 10.1016/0145-2134(90)90077-7.
22. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*. 1993 Jan;113(1):164-80. doi: 10.1037/0033-2909.113.1.164.
23. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Capelli S, Delaney R, McCarthy G, Charney DS. Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. *Psychiatry Res*. 1995 Nov 29;59(1-2):97-107. doi: 10.1016/0165-1781(95)02800-5.

24. Arbeids- og velferdsstaten. 1 av 3 uføretrygdede har en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse [Internett]. Publisert 16. oktober 2020 [oppdatert 16. okt 2020; hentet 24. mai 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/nyheter/1-av-3-uforetrygdede-har-en-psykisk-lidelse-eller-atferdsforstyrrelse>
25. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med. 2005 Jun;28(5):430-8. doi: 10.1016/j.amepre.2005.01.015.
26. Organization for economic OECD. OECD (2021), Youth not in employment, education or training (NEET) (indicator) [Internett]. Publisert (ikke tilgjengelig) [Oppdatert: ikke tilgjengelig. Hentet 01.mai 2021]. doi: 10.1787/72d1033a-en. Tilgjengelig fra: <https://data.oecd.org/youthinac/youth-not-in-employment-education-or-training-neet.htm>

7 Tabeller

Tabell 1 Distribusjon av alle variabler i studien etter kjønn og etnisitet

Variabler	Kvinner N=1991		Menn N=1996		Total N=3987		Effekt av kjønn
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	χ^2/p
<u>Avhengig variabel</u>							
NEET-status	417	(20.9)	324	(16.2)	741	(18.6)	14.32 ^{p<0.001}
<u>Uavhengige variabler</u>							
<i>Belastende livshendelser:</i>							
Seksuelle overgrep	139	(7.1)	41	(2.1)	180	(4.6)	55.10 ^{p<0.001}
Selv alvorlig sykdom/skade	153	(7.8)	150	(7.6)	303	(7.7)	0.008 ^{p=0.93}
Vold	269	(13.7)	437	(22.4)	706	(18.0)	50.10 ^{p<0.001}
Mobbing	59	(3.0)	64	(3.3)	123	(3.1)	0.15 ^{p=0.71}
Sykehusinnleggelse	170	(8.6)	150	(7.6)	320	(8.1)	1.19 ^{p=0.28}
Nær person alvorlig sykdom/skade	771	(39.2)	564	(28.7)	1335	(34.0)	47.36 ^{p<0.001}
Forelder psykiske problemer	229	(11.7)	120	(6.1)	349	(8.9)	36.40 ^{p<0.001}
Forelder rusproblemer	96	(4.9)	75	(3.8)	171	(4.4)	2.37 ^{p=0.12}
Suicid familie, slekt eller nærmiljø	588	(30.3)	447	(23.7)	1035	(27.0)	21.37 ^{p<0.001}
<i>Kontakt psykisk helsevern:</i>							
Som ungdom	167	(8.5)	73	(3.7)	240	(6.1)	38.18 ^{p<0.001}
Som ung voksen	303	(15.2)	210	(10.5)	513	(12.9)	19.20 ^{p<0.001}
<i>Sosiodemografiske:</i>							
Samisk	187	(10.2)	178	(9.8)	365	(10.0)	0.11 ^{p=0.75}
Bosted							
Nordland	1033	(51.9)	1071	(53.7)	2104	(52.8)	1.83 ^{p=0.40}
Troms	674	(33.9)	636	(31.9)	1310	(32.9)	
Finnmark	284	(14.3)	289	(14.5)	573	(14.4)	
Foreldres SØS							
Lang høyere	158	(8.0)	179	(9.0)	337	(8.5)	5.29 ^{p=0.15}
Kort høyere	630	(31.7)	655	(33.0)	1285	(32.3)	
Videregående	949	(47.8)	943	(47.5)	1892	(47.6)	
Grunnskole	250	(12.6)	210	(10.6)	460	(11.6)	
Bor sammen med							
Begge foreldre	1250	(63.3)	1265	(64.3)	2515	(63.8)	3.29 ^{p=0.19}
Forelder og steforelder	256	(13.0)	218	(11.1)	474	(12.0)	
Andre	470	(23.8)	483	(24.6)	953	(24.2)	

Tabell 2 Distribusjonstabell for belastende livshendelser, kontakt med psykisk helsevern og NEET-status

	NEET N=741		Ikke-NEET N=3246		Effekt av NEET-status
	N	(%)	N	(%)	χ^2/P
Belastende livshendelser					
Seksuelle overgrep	51	(7.0)	129	(4.0)	11.40 ^{p<0.001}
Selv alvorlig sykdom/skade	81	(11.1)	222	(6.9)	14.11 ^{p<0.001}
Vold	172	(23.8)	534	(16.8)	19.11 ^{p<0.001}
Mobbing	32	(4.4)	91	(2.8)	4.27 ^{p=0.39}
Sykehusinnleggelse	86	(11.8)	234	(7.3)	15.32 ^{p<0.001}
Nær person alvorlig sykdom/skade	275	(37.7)	1060	(33.1)	5.25 ^{p=0.022}
Foreldre psykiske problemer	85	(11.9)	264	(8.3)	8.82 ^{p=0.003}
Foreldre rusproblemer	43	(6.0)	128	(4.0)	4.94 ^{p=0.026}
Selv mord familie, slekt eller nærmiljø	236	(34.0)	799	(25.5)	20.18 ^{p<0.001}
Kontakt psykisk helsevern					
Som ungdom	83	(11.4)	157	(4.9)	42.39 ^{p<0.001}
Som ung voksen	235	(31.7)	278	(8.6)	286.31 ^{p<0.001}

Tabell 3 Sosiodemografiske forhold blant de med NEET-status, sortert etter kjønn

	Kvinner - NEET (N=417)		Menn - NEET (N=324)	
	N	(%)	N	(%)
Sosiodemografiske variabler:				
Etnisitet				
Samisk	31	(16.6)	41	(23.0)
Ikke-samisk	343	(20.8)	249	(15.2)
Statistisk diff.		1.62 ^{p=0.20}		6.69 ^{p=0.010}
Bosted				
Nordland	216	(20.9)	157	(14.7)
Troms	148	(22.0)	108	(17.0)
Finnmark	53	(18.7)	59	(20.4)
Statistisk diff.		1.31 ^{p=0.52}		5.93 ^{p=0.052}
Foreldres sosioøkonomiske status				
Lang høyere	27	(17.1)	15	(8.4)
Kort høyere	119	(18.9)	98	(15.0)
Videregående	204	(21.5)	160	(17.0)
Grunnskole	66	(26.4)	50	(23.8)
Statistisk diff.		7.70 ^{p=0.053}		18.11 ^{p<0.001}
Bor sammen med				
Begge	229	(18.3)	161	(12.7)
Forelder + steforelder	64	(25.0)	42	(19.3)
Andre	120	(25.5)	114	(23.6)
Statistisk diff.		13.74 ^{p=0.001}		32.36 ^{p<0.001}

Tabell 4 Multipel logistisk regresjon for NEET hos kvinner og menn, ujustert og justert for uavhengige variabler

	Kvinner - NEET		Menn - NEET	
	Ujustert	Justert	Ujustert	Justert
	OR (95% KI)	OR (95% KI)	OR (95% KI)	OR (95% KI)
<u>Belastende livshendelser</u>				
Seksuelle overgrep	1.59 (1.08-2.33)*		1.94 (0.96-3.92)	
Selv alvorlig sykdom/skade	1.72 (1.19-2.47)**	1.58 (1.02-2.46)*	1.65 (1.10-2.45)*	
Vold	1.88 (1.41-2.50)***	1.44 (1.02-2.02)*	1.45 (1.11-1.91)**	
Mobbing	1.44 (0.80-2.58)		1.76 (0.99-3.14)	
Sykehusinnleggelse	1.75 (1.24-2.48)***		1.59 (1.06-2.37)*	1.84 (1-14-2.95)*
Nær person alvorlig sykdom/skade	1.25 (1.00-1.56)*		1.09 (0.84-1.41)	
Forelder psykiske problemer	1.15 (0.83-1.60)		2.10 (1.38-3.20)***	
Forelder rusproblemer	1.37 (0.86-2.19)		1.69 (0.98-2.91)	
Suicid familie, slekt eller nærmiljø	1.31 (1.04-1.66)*		1.71 (1.31-2.24)***	1.70 (1.25-2.31)***
<u>Kontakt psykisk helsevern</u>				
Som ungdom	2.05 (1.46-2.89)***		3.23 (1.98-5.28)***	2.23 (1.26-3.98)**
Som ung voksen	4.30 (3.32-5.58)***	4.68 (3.49-6.29)***	5.75 (4.24-7.81)***	5.20 (3.64-7.43)***
<u>Sosiodemografiske variabler</u>				
Bosted				
Nordland	1.0 (ref.)		1.0 (ref.)	
Troms	1.06 (0.84-1.35)		1.19 (0.91-1.56)	1.41 (1.03-1.94)*
Finnmark	0.87 (0.62-1.21)		1.49 (1.07-2.08)*	
Etnisitet				
Samisk	0.76 (0.50-1.13)		1.67 (1.15-2.42)**	1.62 (1.05-2.51)*
Foreldres SØS				
Lang høyere utdanning	1.0 (ref.)		1.0 (ref.)	
Kort høyere utdanning	1.13 (0.71-1.79)		1.92 (1.09-3.40)*	
Videregående	1.33 (0.85-2.07)		2.23 (1.28-3.89)**	1.93 (1.05-3.56)*
Grunnskole	1.74 (1.06-2.87)*		3.42 (1.84-6.33)***	2.93 (1.47-5.81)**
Bor sammen med				
Begge foreldre	1.0 (ref.)		1.0 (ref.)	
Forelder og steforelder	1.49 (1.08-2.04)*	1.44 (1.01-2.05)*	1.64 (1.13-2.38)*	
Andre	1.53 (1.19-1.97)***		2.12 (1.62-2.77)***	2.13 (1.56-2.91)***

$p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, OR Odds ratio, KI konfidensintervall.

8 Vedlegg

Vedlegg 1

<p>Referanse: Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. Am J Prev Med. 1998;14(4):246-7. doi: https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8</p>			<p>Studiedesign: Retrospektiv studie</p>	
			<p>Grade - kvalitet</p>	<p>Middels</p>
<p>Formål</p>	<p>Materiale og metode</p>	<p>Resultater</p>	<p>Diskusjon/kommentarer</p>	
<p>Undersøke sammenhengen mellom misbruk i barndommen og voksnes helserisikoatferd og sykdom</p>	<p>Et spørreskjema om uønskede barndomsopplevelser ble sendt til 13 494 voksne som hadde fullført en standardisert medisinsk evaluering (i perioden august-november 1995 og januar-mars 1996) ved Kaiser Permanentes helsevurderingsklinikk i San Diego, USA; 9508 (70.5%) svarte. Av de 9508 som svarte ble 51 (0.5%) ekskludert grunnet manglende informasjon om rase, 34 (0.4%) grunnet manglende informasjon om utdanning. Det ble også ekskludert ved manglende informasjon om følgende belastende hendelser i barndommen: rusmisbruk i hjemmet (1.3%), psykisk sykdom i hjemmet (1.9%), vold mot mor (1.6%), husholdningsmedlem i fengsel (0.1%), psykisk misbruk i barndommen (1.1%), fysisk misbruk (0.5%) og seksuell misbruk (7.9%). Etter eksklusjon satt de igjen med 59.7% av det opprinnelige utvalget på 13 494. Gjennomsnittsalder 56.1 år (deltakere fra 19-92 år); 51 % kvinner; 79.4% hvit rase. 43% hadde gjennomført universitet- eller høyskole, kun 6.0% hadde ikke fullført videregående.</p>	<p>Mer enn halvparten av deltakerne rapporterte minimum en belastende livshendelse, og en fjerdedel rapporterte 2 eller flere. Det ble funnet en gradert sammenheng mellom antall kategorier av barndomseksponering og hver av de voksne helserisikoatferdene og sykdommene som ble studert.</p> <p>Sammenlignet med de som ikke hadde opplevd belastende livshendelser hadde personer som hadde opplevd fire eller flere kategorier av belastende livshendelser 4-12 ganger økt helserisiko for alkoholisme, narkotikamisbruk, depresjon og selvmordsforsøk; 2-4 ganger økning i røyking, dårlig selv-rapportert helse, 50 eller flere seksualpartnere og seksuelt overførbare sykdommer; og 1.4-1.6 ganger økt fysisk inaktivitet og alvorlig overvekt.</p> <p>Antallet belastende livshendelser i barndommen viste en gradert sammenheng med tilstedeværelsen av sykdommer som voksen, inkludert iskemisk hjertesykdom, kreft, kronisk lungesykdom, skjelettbrudd og leversykdom. De syv kategoriene av belastende livshendelser var sterkt assosiert med hverandre, og personer med flere kategorier av belastende livshendelser hadde sannsynligvis flere helserisikofaktorer senere i livet.</p>	<p>Formålet for studien var klart formulert. Retrospektiv studie.</p> <p>Sjekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias): Ja, deltakere var individer som hadde fullført en standardisert medisinsk evaluering ved samme helseorganisasjon i en viss periode. Deltakere som ikke oppga rase, utdanning, ikke svarte på enkelte spørsmål om ugunstige barndomsopplevelser. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?: Ja, det var få eksklusjonskriterier (svarprosent (70%) etter eksklusjon 59,7%). Det kan likevel diskuteres om det er stor forskjell på de som svarte på undersøkelsen og de som ikke svarte. Er det utført frafallsanalyser? Ja, det ble funnet at gruppene var like på kjønn og utdanning, men at de som svarte var eldre enn de som ikke svarte. Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? Ja Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Ja, funn i studien viser at estimater av utbredelse va barndomseksponering var lik nasjonale estimater fra representative undersøkelser. Indikasjon på sammenlignbarhet med totalpopulasjonen av amerikanske voksne. Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? På studiets tidspunkt var det ingen annen beskrevet forskning på dette forholdet, men studien peker likevel på flere artikler som peker på liknende funn. Hva betyr resultatene for endring av praksis? Studien gjør det tydelig at det er behov for videre forskning og opplæring for å forstå hvordan sosiale, emosjonelle og medisinske problemer henger sammen gjennom hele livetiden.</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: den første studien som ser på forholdet mellom barndomseksponeringer og helserisikoatferd og sykdom i voksen alder Svakhet: selvrapportering, retrospektiv, personer med helserisikoatferd kan være mer eller mindre sannsynlig å oppsøke helseklinikk eller rapportere ugunstige barndomshendelser, under eller-overrapportering ved utfylling av medisinsk spørreskjema, andre mediatorer for forholdet mellom barndomseksponeringer og helsestatus som voksen enn de risikofaktorer som ble undersøkt.</p>	
<p>Konklusjon</p>	<p>Det ble funnet en gradert sammenheng mellom bredden av eksponering for misbruk eller dysfunksjon i husholdningen i barndommen, og flere risikofaktorer for mange av de ledende dødsårsakene hos voksne.</p>			
<p>Land</p>	<p>USA</p>			
<p>År datainnsamling</p>	<p>August-november 1995 og januar-mars 1996.</p>			
	<p>Logistisk regresjon ble brukt for å justere for effekten av demografiske faktorer på assosiasjonen mellom antallet kategorier av belastende livshendelser og risikofaktorer for ledende dødsårsaker i voksenlivet.</p>			

Vedlegg 2

Referanse: Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. <i>BMJ Open</i> 2019;9:e023705. doi:10.1136/bmjopen-2018-023705			Studiedesign: Longitudinell studie
			Grade - kvalitet
			Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å undersøke utbredelsen og prediktorene for ikke engasjert i utdanning, sysselsetting eller opplæring (NEET) i en flerkulturell ung voksen befolkning i Nord-Norge.</p>	<p>Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge (UNGT) ble gjennomført fra januar 2003 til januar 2005. Alle tiendeklassinger i alle ungdomsskoler i de tre nordligste fylkene (n=5887) ble invitert til på delta. Spørreskjemaene ble administrert i en to timers periode i klasserommet monitorert av prosjektmedarbeidere: elever som ikke var tilstede deltok senere. Det selvrapporterte skjemaet bestod av flere og ulike spørsmål. Det var papirbasert og tilgjengelig på samisk og norsk.</p> <p>Data fra NAAHS ble koblet til Trygderegisteret og Nasjonal utdanningsdatabase for perioden 2003-2012. På denne måten fikk man tilgang til hver deltakers medisinske og sosiale velferdstjenester, arbeidsledighet og utdanning opp til 23-25 års alder.</p> <p>Deltakerne bestod av 4881 av den totale alderskohorten på 5877 deltakere (responsrate 83%). Fordeling på fylker: Finnmark 71%, Troms 82% og Nordland 88%. Kvinner 50.1% og menn 49.9%. Samisk etnisitet 10%.</p> <p>Totalt 3987 (68%) ga sitt skriftlige samtykke til senere oppfølging. Seks studenter ble ekskludert fra studien grunnet manglende informasjon om videregående, noe som ga et utvalg på 3981 studenter.</p>	<p>NEET-status i ung voksen alder var betydelig høyere blant kvinner (20.9%) enn blant menn (16.2%). Etniske forskjeller viste seg som NEET blant samiske menn var signifikant høyere enn blant ikke-samiske menn, henholdsvis 23.0% og 15.2%. Samiske kvinner opplevde NEET-status i lavere grad (16.6%) enn ikke-samiske kvinner (20.8%). Blant kvinner var ungdoms jevnaldrende problemer (justert OR = 1.09) og hyperaktivitetsproblemer (justert OR = 1.10) assosiert med senere NEET-status. Ungdomsproblemer (justert OR = 1,23), oppførselsproblemer (justert OR = 1,17) og muskel- og skjelettproblemer (justert OR = 1,15) hos mannlige ungdommer var assosiert med senere NEET-status, mens emosjonelle problemer blant menn forutsa signifikant mindre senere NEET-status (justert OR = 0,88). Det ble funnet at lavere utdanning hos foreldre var signifikant assosiert med å være NEET-senere hos unge voksne (kvinner: justert OR = 2,11, menn: justert OR = 3,22).</p>	<p>Formålet for studien var klart formulert.</p> <p>Sjekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?: Ja, deltakere var ungdommer i 10.klasse fra alle ungdomsskoler i de tre nordligste fylker i Norge. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?: Ja, alle ungdommene i 10. klasse i de tre nordligste fylker i Norge ble invitert til å delta. Kun 6 deltakere ble ekskludert grunnet manglende informasjon om senere videregåendeutdannelse. Er det utført frøfallanalyser?: Ja Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? Ja Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Ja, funn i studien viser at estimater av utbredelse av barndomseksponering var lik nasjonale estimater fra representative undersøkelser. Indikasjon på sammenlignbarhet med totalpopulasjonen av amerikanske voksne. Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Den første studien som utforsker prediksjon av muskuloskeletale smerter og mentale helseproblemer hos ungdom, opp mot NEET-status i ung voksen alder i et representativt samisk og ikke-samisk arktisk utvalg. Funn av NEET-status stemmer over ens med tall fra OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Tall blant samiske kvinner skilte seg fra andre studier som har vist dårligere helse og høyere NEET-status. Til forskjell fra denne studien som viste bedre helse og lavere NEET enn blant ikke-samisk kvinner. Funn om sammenheng mellom lavere utdanning hos foreldre og ungdomsproblemer, og NEET-status, samsvarer med annen litteratur. Hva betyr resultatene for endring av praksis? Studien poengterer at det må legges vekt på å støtte unge mennesker som sliter med psykiske og fysiske helseproblemer for å unngå senere NEET. Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: kobling av en uselektert populasjonsbasert studie med høy responsrate til registerdata, jevn kjønnsfordeling, høy svarrate, samisk ungdom var representert likt i undersøkelsen og i deltakerne som sa ja til oppfølging, utvalget skilte seg ikke sosiodemografisk eller for mental helse fra de som sa nei til oppfølging, spørreskjemaene tok opp et bredt utvalg av prediktorene. Svakhet: reliabilitet og validitet av SDQ-skjema, kun tilgang til tverrsnittsdata og man kan anta at disse dataene påvirkes av flere eller andre forklarende faktorer enn de som er vurdert i studien, lav forklart varians, spørreskjema besvart i skoletiden i et klasserom (cluster-effekt), NEET som begrep er diskutert og har begrensninger.</p>
Konklusjon			
For å adressere frikobling av utdanning og arbeid, må det legges særlig vekt på å støtte unge mennesker som sliter med psykiske og fysiske helseproblemer.			
Land			
Norge			
År datainnsamling			
2003-2005			

Vedlegg 3

Referanse: Reigstad B, Kvernmo S. ADHD – eller noe annet? Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2015;52(4):302-11.			Studiedesign: Tverrsnittsstudie	
			Grade - kvalitet	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
<p>(1) Kartlegge hvorvidt forekomst av belastende livshendelser er høyere hos unge med alvorlige ADHD-symptomer enn hos unge uten tilsvarende ADHD-symptomer. (2) Undersøke relasjonen mellom alvorlige ADHD symptomer og ulike typer belastende livshendelser, og (3) i hvilken grad denne sammenhengen påvirkes av demografiske forhold som kjønn, familieøkonomi, skilsmisse og bruk av helsetjenester. (4) Undersøke hvorvidt komorbiditet er assosiert med økt forekomst av belastende livshendelser hos unge med alvorlige ADHD-symptomer.</p>	<p>Ungdomshelseundersøkelsen ble gjennomført blant 15–16-åringene i Nordland, Troms og Finnmark. Alle elever (5877) som gikk i 10. klasse i Nord-Norge ble invitert til å delta og de som samtykket ble bedt om å fylle ut to spørreskjemaer i skoletiden. I alt 4881 ungdommer samtykket til bruk av data fra undersøkelsen hvorav 50,1 % gutter og 49,9 % jenter. Svarprosenten var 88 i Nordland, 82 i Troms og 71 i Finnmark. Spørreskjemaet i denne studien omfattet bl.a. en rekke tema om fysisk helse, levekår, livshendelser, og sosiodemografiske forhold samt Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) som mål på psykisk helse (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). SDQ har en foreldre-, lærer- og ungdomsversjon. I denne undersøkelsen har kun de unge fylt ut skjemaet SDQ-selvrappport (SDQ-S).</p> <p>Følgende 12 belastende livshendelser ble kartlagt: Seksuelle overgrep, alvorlig sykdom/skade hos seg selv, alvorlig sykdom/skade hos noen som er nær, psykiske problemer foreldre, rusproblemer foreldre, vold (av ungdom eller voksne), suicid i nærmiljø, mobbing, sykehusinnleggelse.</p>	<p>Totalt for hele ungdomspopulasjonen hadde gutter færre ADHD-symptomer enn jenter målt med SDQ, mean skåre = 4,03 vs. 4,30, $t(4819) = -4,32$, $p < 0,001$. Gruppen med ADHD-skårer i klinisk område ($n = 241$) utgjorde 5,1 % av ungdomspopulasjonen hvorav 3,4 % var gutter ($n = 81$) og 6,7 % var jenter ($n = 160$) (OR 2,02, 95 % CI = 1,53 – 2,65, $p < 0,001$). Unge med ADHD-skårer i klinisk område hadde en høy grad av komorbiditet målt med SDQ. Halvparten (50,4 %) hadde også en SDQ atferdsproblemskåre i klinisk område mot 2 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 50,90, 95 % CI = 36,61 – 70,76, $p < 0,001$), og vel halvparten (52,9 %) hadde også en SDQ emosjonell symptomskåre i klinisk område mot 3,9 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 27,73, 95 % CI = 20,64 – 37,24, $p < 0,001$).</p>	<p>Formålet for studien var klart formulert.</p> <p>Sjekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?: Ja, deltakere var ungdommer i 10.klasse fra alle ungdomsskoler i de tre nordligste fylker i Norge. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?: Ja, alle ungdommene i 10. klasse i de tre nordligste fylker i Norge ble invitert til å delta. I alt 4881 samtykket til bruk av data. Er det utført frafallsanalyser?: Ja Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser?: Ja Tror du på resultatene?: Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen?: Ja Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Det ble blant annet funnet lavere forekomst av vold og rusproblemer hos foreldre enn andre store norske undersøkelser. Litt andre funn for kjønn og ADHD enn andre studier på BUP-pasienter.</p> <p>Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: representativt utvalg av en hel ungdomspopulasjon med et betydelig antall unge med ADHD-skårer i klinisk område, anonymisert spørreskjema, Svakhet: definisjon av klinisk ADHD baserer seg kun på SDQ skårer fra ungdommene selv (falske positive), belastende livshendelser kun for siste 12 mnd.</p>	
Konklusjon				
<p>For klinikere er det viktig å innhente informasjon om belastende livshendelser da slike ofte ikke er omtalt i henvisningene. Det er likeledes viktig å vurdere grad av traumatisering ved slike hendelser med tanke på en mulig PTSD-diagnose i tillegg til eller i stedet for en ADHD-diagnose. Feil diagnose kan ha alvorlige konsekvenser både i forhold til medikamentell og psykoterapeutisk behandling, og for hvordan både den unge selv og andre forstår problemene.</p>				
Land	Norge			
År datainnsamling	2003-2005			

Vedlegg 4

Referanse: Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. <i>Am J Prev Med.</i> 2003;37:268-77. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00123-3		Studiedesign: Retrospektiv	
		Grade - kvalitet	Middels
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke forholdet mellom antall uønskede barndomsopplevelser (ACE-score) og seks helseproblemer blant fire påfølgende fødselsgrupper som dateres tilbake til 1900, for å vurdere styrke og konsistens av disse forholdene i møte med sekulære påvirkninger fra det 20. århundre som har ført til endret helseatferd og -forhold.	<i>Et spørreskjema om uønskede barndomsopplevelser ble sendt til 13 494 voksne som hadde fullført en standardisert medisinsk evaluering (i perioden august-november 1995 og januar-mars 1996) ved Kaiser Permanentes helsevurderingsklinikk i San Diego, USA; 9508 (70.5%) svarte. Av de 9508 som svarte ble 51 (0.5%) ekskludert grunnet manglende informasjon om rase, 34 (0.4%) grunnet manglende informasjon om utdanning. Det ble også ekskludert ved manglende informasjon om følgende belastende hendelser i barndommen: rusmisbruk i hjemmet (1.3%), psykisk sykdom i hjemmet (1.9%), vold mot mor (1.6%), husholdningsmedlem i fengsel (0.1%), psykisk misbruk i barndommen (1.1%), fysisk misbruk (0.5%) og seksuell misbruk (7.9%). Etter eksklusjon satt de igjen med 59.7% av det opprinnelige utvalget på 13 494. Gjennomsnittsalder 56.1 år (deltakere fra 19-92 år); 51 % kvinner; 79.4% hvit rase. 43% hadde gjennomført universitet- eller høyskole, kun 6.0% hadde ikke fullført videregående.</i> <i>Det ble studert syv kategorier av belastende livshendelser: psykologisk, fysisk eller seksuelt misbruk; vold mot mor; medlemmer i husstanden som misbraker rus, er psykisk syk eller suicidal, eller vært fengslet. Antall belastende livshendelser ble deretter sammenlignet med mål på voksen risikoatferd, helsestatus og sykdom.</i>	ACE-poengsummen økte risikoen for hvert helseproblem på en konsistent, sterk og gradert måte over fire fødselskohorter ($P < 0.05$). For hver enhetsøkning i ACE-poengsummen (område: 0–8), ble de justerte oddsforholdene (ORs) for deprimert affekt, STD og flere seksualpartnere økt innenfor et smalt område (ORs: 1,2-1,3 per enhetsøkning) for hver av fødselskullene; økningen i risiko for selvmordsforsøk var sterkere, men også i et smalt område (ORs: 1.5-1.7).	Formålet for studien var klart formulert. Retrospektiv studie. Sjekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias): Ja, deltakere var individer som hadde fullført en standardisert medisinsk evaluering ved samme helseorganisasjon i en viss periode. Deltakere som ikke oppga rase, utdanning, ikke svarte på enkelte spørsmål om ugunstige barndomsopplevelser. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?: Ja, det var få eksklusjonskriterier (svarprosent (70%) etter eksklusjon 59,7%). Det kan likevel diskuteres om det er stor forskjell på de som svarte på undersøkelsen og de som ikke svarte. Er det utført frafallsanalyser? Ja, det ble funnet at gruppene var like på kjønn og utdanning, men at de som svarte var eldre enn de som ikke svarte. Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? Ja Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Ja, funn i studien samsvarer med funn i generelle befolkningsundersøkelser. Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Studien nevner opptil flere andre studier som rapporterer om liknende funn/funn som styrker resultatene. Hva betyr resultatene for endring av praksis? Studien gir grunnlag for videre forskning på både primær og sekundær prevensjon av belastende livshendelser. Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: den første studien som ser på forholdet mellom barndomsseksponeringer og helsestatus og sykdom i voksen alder Svakhet: selvrapportering, retrospektiv, underrapportering, at helseproblemer oppstod før belastende hendelser,
Konklusjon			
Å vokse opp med ACE øker risikoen for mange helseatferd og resultater for fødselsgrupper fra det 20. århundre, noe som tyder på at effekten av ACEs på risikoen for ulike helseproblemer ikke påvirkes av sosiale eller verdslige endringer.			
Land	USA		
År datainnsamling	Logistisk regresjon ble brukt for å justere for effekten av demografiske faktorer på assosiasjonen mellom antallet kategorier av belastende livshendelser og risikofaktorer for ledende dødsårsaker i voksenlivet.		
August 1995 – mars 1996 og juni – oktober 1997			

Vedlegg 5

Referanse: Bremner JD, Randall P, Scott TM, Capelli S, Delaney R, McCarthy G, Charney DS. Deficits in short-term memory in adult survivors of childhood abuse. <i>Psychiatry Res.</i> 1995 Nov 29;59(1-2):97-107. doi: 10.1016/0165-1781(95)02800-5.			Studiedesign: Retrospektiv	
			Grade - kvalitet	Lav
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer	
Undersøke korttidsminnefunksjonen hos voksne overlevende etter barndomsmissbruk.	Voksne overlevende etter alvorlige fysiske og seksuelle overgrep i barndommen (n = 21), som definert av spesifikke kriterier avledet fra Early Trauma Inventory (ETI), som presenterte for psykiatrisk behandling, ble sammenlignet med friske personer (n = 20) matchet for flere variabler. inkludert alder, alkoholmisbruk og utdannelse. Alle fag ble vurdert med Wechsler Memory Scale (WMS) Logical (verbal memory) og Figural (visual memory) komponenter, Verbal and Visual Selective Reminding Tests (SRT), og Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R).	Voksne overlevende etter misbruk i barndommen hadde signifikant lavere score på WMS Logical-komponenten for øyeblikkelig og forsinket tilbakekalling sammenlignet med normale personer, uten forskjell i visuelt minne, målt av WMS eller SRT, eller IQ, målt av WAIS- R. Underskudd i verbalt minne, målt av WMS, var assosiert med alvorlighetsgraden av misbruk, målt ved en sammensatt score på ETI.	Formålet for studien var klart formulert.	
Konklusjon			Sjekkliste: Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias): Ja. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?: Ja, deltakere som hadde vært til psykiatrisk behandling ble sammenlignet med friske personer. Er det utført frafallsanalyser? Nei. Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? Ja Tror du på resultatene? Ja Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Nei. Svært liten gruppe som er undersøkt og resultater kan kun til en viss grad overføres til den spesifikke gruppen undersøkt. Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? Studien peker på økende litteratur som støtter opp om funn. Hva betyr resultatene for endring av praksis? Studien viser langvarig svekkelse av akademisk ytelse, som ser ut til å være assosiert med misbruk av barn, understreker omfanget av barnemishandling som et stort folkehelseproblem.	
Fysiske og seksuelle overgrep i barndommen er forbundet med langvarige underskudd i verbalt korttidsminne. Disse funnene av spesifikke underskudd i verbalt (og ikke visuelt) minne, uten endring i IQ, ligner på mønsteret med underskudd som tidligere funnet hos pasienter med kamrelatert PTSD.			Hva diskuterer forfatterne som: Styrke: økende litteratur som støtter funn, blant annet dyrestudier. Svakhet: funn kan ha andre forklaringer som eksempelvis at lav IQ er assosiert med overgrep og at IQ heller kan ses på som en risikofaktor for overgrep enn et utfall av overgrep.	
Land	USA			
År datainnsamling	Årstall ikke oppgitt. Publisert i 1995.			

