



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 121 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 121 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)

Innhold

| | | | | | |
|----------|--|----|----------|---|----|
| 1 | Innledning | 5 | 3.5 | Økt kunnskap om betydningen av levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet | 32 |
| 1.1 | Bakgrunn | 5 | | | |
| 1.2 | Regjeringens innsatser | 7 | | | |
| 2 | Barn og unges psykiske helse – tall og utfordringer | 8 | 4 | Tidlig innsats | 35 |
| 2.1 | Psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge | 8 | 4.1 | Familiestøttende tiltak skal settes inn tidlig | 35 |
| 2.2 | Barn og unges bruk av helsetjenester | 9 | 4.1.1 | Utvikle familievern tjenesten | 36 |
| 2.3 | Utfordringsbildet | 10 | 4.2 | Barnehagen og skolen skal videreutvikle sin kompetanse til å se og handle tidlig | 36 |
| | | | 4.2.1 | Styrke det tverrfaglige samarbeidet i barnehage og skole | 38 |
| 3 | Fremme barn og unges psykiske helse, livskvalitet og opplevelse av mestring | 11 | 4.3 | Flere unge skal raskt komme over i utdanning, aktivitet og arbeid | 39 |
| 3.1 | Et samfunn som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet og reduserer sosiale forskjeller | 11 | 4.3.1 | Styrke utsatte barn og unges deltakelse i utdanning, aktivitet og arbeidsliv | 39 |
| 3.1.1 | Barn og unges psykiske helse og livskvalitet skal være tydelig i nasjonal, regional og lokal planlegging | 13 | 5 | Barn og unges behov for støtte og behandling | 43 |
| 3.1.2 | Styrke psykologkompetansen i kommunene for å bidra til helsefremmende arbeid til beste for alle barn og unge | 16 | 5.1 | Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenestene og ha innflytelse på tjenesteutvikling | 43 |
| 3.1.3 | Barn og unge skal ha like muligheter: innsats for barn og unge som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt | 17 | 5.1.1 | Bedre rutiner og systemer for barn og unges medvirkning | 44 |
| 3.1.4 | Frivillighet, kultur, fritid og idrett skal bidra til god psykisk helse og forebygge ensomhet og utenforskap | 20 | 5.2 | Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker | 45 |
| 3.2 | En familie og oppvekst hvor barn og unge opplever omsorg og trygghet | 22 | 5.2.1 | Tilgjengelig og nær støtte og hjelp | 45 |
| 3.3 | Et leke- og læringsmiljø som fremmer barn og unges livsmestring og god psykisk helse | 23 | 5.2.2 | Et sammenhengende tjenestetilbud | 49 |
| 3.3.1 | En barnehage som fremmer trygghet, deltakelse og sosial støtte gjennom lek og fellesskap ... | 25 | 5.2.3 | Et helhetlig tilbud for barn og unge som trenger mer hjelp og oppfølging | 51 |
| 3.3.2 | Skolen som arena for læring og livsmestring | 26 | 5.2.4 | Likeverdige tjenester og tilpasset hjelp | 57 |
| 3.4 | En trygg digital hverdag | 29 | 5.2.5 | Styrke innsatsen for barn og unge som er utsatt for forhold som gjør dem særlig sårbare for psykiske plager og lidelser | 61 |
| 3.4.1 | Kroppspress, selvbilde og psykisk helse | 30 | 5.3 | Barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester | 66 |
| 3.4.2 | Internettrelaterte overgrep og seksuell trakassering | 31 | 5.3.1 | Mer kunnskap om effekt av behandling og pasientopplevd kvalitet | 66 |

| | | | | |
|----------|--|-----------|--|-----------|
| 6 | Forskning, kunnskap og kompetanse | 68 | Forslag til vedtak om opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) | 73 |
| 6.1 | Økt kunnskap som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet | 68 | Litteraturliste | 74 |
| 6.2 | Styrket kompetanse og ledelse | 69 | Vedlegg | |
| 7 | Budsjettmessige konsekvenser av opptrappingsplanen og resultatoppfølging..... | 71 | 1 Tiltak i opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse | 81 |



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 121 S

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. juni 2019,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Innledning

Forord

Det er barn og unge selv som best kan si noe om hvordan hverdagen oppleves og hva de trenger for å ha best mulige forutsetninger for god livskvalitet og en god psykisk helse. Dette gjelder på alle arenaer hvor barn og unge befinner seg: i familien, i barnehagen og på skolen, på fritiden og i møte med kommunale tjenester, barnevern og psykisk helsevern.

Hvis vi ikke lytter til barn og unge selv, risikerer vi å lage et samfunn som ikke er tilpasset barn og unges behov, verken på de allmenne arenaene eller i møte med det offentlige. Da er det vanskelig å lykkes med å bygge et helsefremmende samfunn, og å forebygge og behandle psykiske plager og lidelser. Barn og unges medvirkning er derfor avgjørende når opptappingsplan for barn og unges psykiske helse skal utformes og iverksettes.

Det er myndighetenes mål å skape pasientens helsetjeneste. For å klare det må pasientene lyttes til. Når unge menneskers liv blir ekstra vanskelig, og de får behandling eller tjenester fra det offent-

lige, har det offentlige et særlig ansvar for å sørge for at deres stemmer blir hørt. I den sammenheng spiller barn og unges egne organisasjoner en viktig rolle. Organisasjonene sitter med unik innsikt i barn og unges erfaringer med det offentlige. De bidrar også til å sette barn og unge i stand til selv å medvirke – ikke bare i egen situasjon, men også på tjeneste- og systemnivå for alle de som vi representerer. Sørg for å bruke oss!

Adrian Wilhelm Kjølø Tollefsen
Generalsekretær
Mental Helse Ungdom

1.1 Bakgrunn

Regjeringen la i august 2017 frem en strategi for psykisk helse, i tråd med Stortingets vedtak nr. 108.54 (2016–2017) og dokument 8:43 S (2015–2016), Innst. 346 S (2015–2016). Strategien *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017–2022) var et forarbeid til en helhetlig

og forpliktende opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Stortinget har bestemt at opptappingsplanen skal omfatte individ og samfunn, og inneholde både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative tiltak.

Grunnlaget for god psykisk helse skapes i alle sektorer og i hele samfunnet. Det skapes i familier, i barnehager og skoler hvor barn og unge får den omsorgen og de utfordringene de trenger, på arenaer for høyere utdanning, arbeid og aktivitet der man kan finne mening og et fellesskap, og gjennom et samfunn som fremmer mestring og tilhørighet. Og det skapes når barn og unge høres og har innflytelse over områder som har betydning for deres eget liv, både i saker som direkte gjelder dem selv, og på ulike arenaer som fritid, skole og arbeidsliv. Å investere i barn og unges psykiske helse er lønnsomt både for den enkelte og for samfunnet. Ikke bare for at barn og unge skal ha det bra og fungere godt gjennom barndommen, men også for å legge et godt fundament for voksenlivet. Med opptappingsplan for barn og unges psykiske helse vil regjeringen arbeide for at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og at de som trenger det skal få et godt behandlingstilbud.

Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse er utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kulturdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet. Departementene har fått innspill fra barn og unge selv, fra organisasjoner, fagfolk, tjenestesteder og kompetansemiljøer i arbeidet med opptappingsplanen.

Kapittel 3 i denne planen handler om det helsefremmende og forebyggende fundamentet, og har fem hovedmål:

1. Et samfunn som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet og reduserer sosiale forskjeller
2. En familie og oppvekst hvor barn og unge opplever omsorg og trygghet
3. Et leke- og læringsmiljø som fremmer barn og unges livsmestring og god psykisk helse
4. En trygg digital hverdag
5. Økt kunnskap om betydningen av levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Kapittel 4 handler om den tidlige innsatsen når det oppstår bekymring for et barn, en ungdom eller for familien. Kapitlet har tre hovedmål:

1. Familiestøttende tiltak skal settes inn tidlig

2. Barnehagen og skolen skal videreutvikle sin kompetanse til å se og handle tidlig
3. Flere unge skal raskt komme over i utdanning, aktivitet og arbeid

Kapittel 5 handler om barn og unges behov for støtte og behandling, og har tre hovedmål:

1. Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenestene og ha innflytelse på tjenesteutvikling
2. Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker
3. Barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester

Kapittel 6 handler om behovet for forskning, kunnskap og kompetanse, og har to hovedmål:

1. Økt kunnskap som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet
2. Styrket kompetanse og ledelse

Definisjoner

Barn og unge omfatter her alle barn og unge mellom 0 og 25 år. Denne definisjonen er i tråd med det mange barne- og ungdomsorganisasjoner selv bruker, og inkluderer fasen hvor mange unge etablerer selvstendige liv i studietid og arbeidsliv.

Psykisk helse brukes i opptappingsplanen både for å omtale god psykisk helse, og som en samlebetegnelse for temaområdet og praksisfeltet for barn og unge med psykiske plager og lidelser. En slik sammensatt bruk går igjen både i nasjonale og internasjonale strategier og handlingsplaner.

Livskvalitet kan variere fra god til dårlig. God livskvalitet handler om å oppleve å ha det bra og fungere godt – gjennom glede og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, mestring, mening og autonomi.

Psykiske plager benyttes om tilstander som oppleves som belastende, men som ikke nødvendigvis i art eller omfang sammenfaller med etablerte diagnoser.

Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt.

Brukermedvirkning er måten man tradisjonelt omtaler medvirkning fra mennesker med erfaring fra ulike typer helsetjenester. Begrepet «bruker» er imidlertid for snevert i denne tverrsektorielle planen. Medvirkning handler om langt mer enn innflytelse over helsetjenester man mottar. I opptappingsplanen omtales derfor brukermedvirkning som barn og unges *medvirkning*.

1.2 Regjeringens innsatser

Denne opptappingsplanen bygger på regjeringens omfattende innsats for barn, unge og deres familier, og det er nødvendig å se den i sammenheng med igangsatte og tidligere planer, meldinger, strategier og innsatser. De viktigste er:

Meld. St. 26 (2014–2015) – Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
 Meld. St. 18 (2015–2016) – Friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet
 Meld. St. 19 (2015–2016) – Tid for lek og læring
 Meld. St. 24 (2015–2016) – Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter
 Meld. St. 28 (2015–2016) – Fag – Fordypning – Forståelse – En fornyelse av Kunnskapsløftet
 Meld. St. 30 (2015–2016) – Fra mottak til arbeidsliv – En effektiv integreringspolitikk
 Meld. St. 10 (2018–2019) – Frivilligheita – sterk, sjølvstendig, mangfoldig. Den statlege frivilligheitspolitikken
 Meld. St. 13 (2018–2019) – Muligheter for alle – Fordeling og sosial bærekraft
 Meld. St. 19 (2018–2019) – Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn
 Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplan for rusfeltet (2016–2020)
 Prop. 12 S (2016–2017) Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)
 Barn som lever i fattigdom – Regjeringens strategi (2015–2017)
 Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)
 Et samfunn for alle – Regjeringens strategi for likestilling av mennesker med funksjonsnedsettelse for perioden 2020 – 2030
 Handlingsplan for friluftsliv – Natur som kilde til helse og livskvalitet (2018)
 Handlingsplan for å bedre tilliten mellom etniske minoritetsmiljøer og barnevernet (2016–2021)
 Handlingsplan mot voldtekt (2019–2022)
 Integrering gjennom kunnskap – Regjeringens integreringsstrategi (2019–2022)
 Kompetanse for fremtidens barnehage – Revidert strategi for kompetanse og rekruttering (2018–2022)
 Kompetanseløft 2020 – Regjeringens plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvik-

ling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Mer kunnskap – bedre barnevern – Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024)
 Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
 Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)
 NOU 2017: 6 Offentlig støtte til barnefamiliene
 NOU 2017: 12 Svikt og svik – gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt
 Partnerskap mot mobbing (2016–2020)
 Program for folkehelsearbeid i kommunene (2017–2026)
 Regjeringens inkluderingsdugnad
 Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)
 Trygge foreldre – trygge barn, strategi for foreldrestøtte (2018–2021)
 Trygghet, mangfold og åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (2017–2020)
 #Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse (2016–2021)
 0–24-samarbeidet

Kommende dokumenter:
 Autismeutvalget (oppnevnt i 2018)
 Barne- og ungdomskulturmelding
 Ekspertgruppe om unge som etterlates i utlandet mot sin vilje
 Handlingsplan for forebygging av selvmord
 Handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse
 Handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunnlag av etnisitet og religion
 Nasjonal helse- og sykehusplan
 #Ungidag-utvalget (oppnevnt i 2018)
 Stortingsmelding om utviklingshemmedes rettigheter
 Stortingsmelding om tidlig innsats, inkluderende fellesskap i barnehager og skoler
 Strategi mot internettrelaterte overgrep
 Tvangslovutvalget (oppnevnt i 2016)

2 Barn og unges psykiske helse – tall og utfordringer

2.1 Psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge

De fleste barn og unge i Norge har god fysisk og psykisk helse. Vi vet foreløpig lite om opplevelsen av egen helse hos de aller yngste barna, men for unge på ungdomsskolen og i videregående skole har vi gjennom Ungdata-undersøkelsen etter hvert fått mye kunnskap. Ungdata-undersøkelsen samler regelmessig inn data om unges liv og helse, gjennom spørsmål om nære relasjoner, skole og utdanning, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk og vold.

Barn og unges psykiske helse etableres i tidlige leveår, og det gjør samspeilet mellom barn og foreldre særlig viktig. Den siste Ungdata-rapporten viser at vi i hovedsak har en veltilpasset, aktiv og hjemmekjær ungdomsgenerasjon. Unge oppgir at de trives og har gode relasjoner til sine foreldre og venner, og er fornøyde med skolen de går på og lokalmiljøet de bor i. De fleste barn og unge har en aktiv fritid der sosiale medier, dataspill, trening, organiserte fritidsaktiviteter, skolearbeid og samvær med venner preger hverdagen.¹

Samtidig slår Ungdata-rapporten fra 2018 fast at selv om mange trives og er fornøyd med eget liv og helse, er det også mange som opplever bekymringer i hverdagen. Færre enn før tror de kommer til å leve et godt og lykkelig liv. Andelen som opplever ensomhet er høy: 14,9 prosent av jentene og

7,2 prosent av guttene på videregående skole oppgir å være veldig mye plaget av ensomhet. Det er også en tendens til at færre trives på skolen enn for noen år siden. Mange opplever press i hverdagen om å gjøre det bra på skolen, i idrett og om å se bra ut eller ha en fin kropp. 6 prosent av guttene og 16 prosent av jentene sier at de ofte har hatt problemer med å takle presset. Ungdata-undersøkelsen fra Oslo i 2018 viser også at det er færre unge med innvandrerbakgrunn som uttrykker tilfredshet med livet sitt.

Andelen unge som rapporterer et høyt nivå av depressive symptomer i Ungdata-undersøkelsen fortsetter å øke både blant gutter og jenter, og er særlig uttalt i videregående skole. Også andelen som oppgir at de har fysiske plager som hodepine, kvalme, muskelsmerter og nakkesmerter, har økt. For jenter i videregående skole er det en lavere prosentandel som oppgir fysiske plager (24,6 prosent) enn andelen som oppgir depressive plager (29,3 prosent). Blant gutter i videregående skole er det flere som rapporterer om fysiske plager (11,8 prosent) enn psykiske plager (7,2 prosent).

Det er grunn til å være oppmerksom på sosiale forskjeller i barn og unges psykiske helse og livskvalitet. I NOVA-rapporten *Sosiale forskjeller i unges liv*, oppgir unge fra familier med lav sosioøkonomisk status i større grad å være plaget av angst- og depressive symptomer. Forskjellene er tydeligere blant jenter enn gutter. Jenter fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir også å være mer plaget av magesmerter, kvalme, hjertebank og hodepine. Generelt oppgir unge med svak sosioøkonomisk bakgrunn at de er mindre fornøyde med seg selv og egen helse enn hva unge med sterkere sosioøkonomisk bakgrunn er.²

Etter en periode der stadig færre unge har vært involvert i regelbrudd og brukt illegale rusmidler, har det ifølge Ungdata-tallene vært en økning i ulike former for regelbrudd i perioden 2016 til 2018. Bruken av hasj eller marihuana har økt, og det har også vært en liten økning i andelen som har blitt skadet på grunn av vold. Tallene viser en klar sammenheng mellom psykiske van-

Boks 2.1 Barn- og ungebefolkningen

Ifølge SSB er 30 prosent av den norske befolkning under 25 år i 2019 – det vil si omkring 1,6 millioner personer. 18,4 prosent av barn og unge i alderen 0–19 år er innvandrere eller barn av innvandrere. Tre av fire barn under 18 år bodde sammen med begge foreldrene sine i 2018.

Kilde: SSB (2018d; 2019a; 2019b)

¹ Bakken (2018)

² Bakken mfl. (2016)

sker og ulike former for regelbrudd.³ De ungdommene som er mest plaget av psykiske problemer, er også de som i størst grad oppgir at de har vært involvert i regelbrudd.⁴

Psykiske lidelser står for over en firedel av den totale sykdomsbyrden⁵ i aldersgruppen 10 til 14 år. Dette øker til 30 prosent for aldersgruppen 15 til 19 år. I sen ungdomstid er angstlidelser den største årsaken til sykdomsbyrden, men også depressive lidelser får økt betydning gjennom ungdomstiden.⁶

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) fra 2018 viser at omtrent fire av ti studenter mener de har god livskvalitet. Andelen som oppgir å ha dårlig livskvalitet har økt noe siden 2014. Det har også vært en betydelig økning i andelen studenter som oppgir å ha psykiske plager. Mens hver femte student i 2014 oppga å ha symptomer som kan karakteriseres som alvorlige psykiske plager, har andelen steget til hver fjerde student i 2018. En av fem oppgir å ha skadet seg selv med vilje, og like mange sier at de har tenkt seriøst på å ta sitt eget liv. Nær én av tre studenter forteller at de ofte er ensomme.⁷

2.2 Barn og unges bruk av helsetjenester

Kostra-tall fra 2017 viser at 99 prosent av alle spedbarn er i kontakt med helsestasjonen i løpet av første leveår. I alt 98 prosent av barna har fullført helseundersøkelse ved helsestasjonen ved 2–3-års alder. Tilsvarende tall for fireåringene er 97 prosent, mens 90 prosent fikk gjennomført skolestartundersøkelsen.⁸

Tall fra SSB viser at om lag 64 prosent av norske barn og unge mellom 0 og 29 år har vært i kontakt med fastlegen i løpet av det siste året. I en studie fra Universitetet i Bergen kommer det fram at om lag 15 prosent av unge i alderen 13 til 17 år har fått diagnostisert psykiske helseproblemer hos fastlegen. I studien inngikk 123 516 unge i alderen 13 til 17 år.⁹

Ungdata-undersøkelsen fra 2018 inneholder også spørsmål om unges bruk av ulike helsetjenester. Tallene viser at 40 prosent av jentene

benytter seg av skolehelsetjenesten, mens bare 25 prosent av guttene gjør dette. I om lag 50 kommuner er det spurt om hvorfor unge har oppsøkt skolehelsetjenesten.¹⁰ 22 prosent av respondentene oppgir psykisk helse som årsak. Trivsel, vennskap og familiesituasjon er også vanlige grunner til å ha vært hos skolehelsetjenesten. Unge fra familier med lav sosioøkonomisk status oppgir oftere enn andre at de henvender seg til skolehelsetjenesten på grunn av problemer i familien.

Samme undersøkelse viser videre til at 9 prosent av ungdomsskoleelevene og 12 prosent av elevene i videregående skole oppgir å ha vært i kontakt med psykolog det siste året. Blant dem er det flere jenter enn gutter. Andelen unge som har vært hos psykiater og psykolog er noe høyere blant unge fra familier med lav sosioøkonomisk status.¹¹

I Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) oppgir 15 prosent av dem som har oppsøkt fastlege eller legevakt det siste året, at de har søkt hjelp for psykiske plager. Blant dem med flest og mest alvorlige symptomer på psykiske plager og lidelser (11 prosent av studentene), oppgir seks av ti at de ikke har søkt hjelp hos fastlege eller legevakt. Totalt svarer 10 prosent av studentene i undersøkelsen at de har benyttet psykolog/psykiater de siste tolv månedene.¹²

Ifølge Norsk pasientregister får om lag 5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen hvert år behandling i psykisk helsevern for barn og unge.¹³ I aldersgruppen 0–13 år er flertallet av dem som får behandling gutter, med en overvekt av gutter som får utredet en ADHD-diagnose eller ulike tilpasningsforstyrrelser. De siste fem årene har det vært en økning i andelen jenter i alderen 15–17 år som har fått en diagnose etter utredning i psykisk helsevern for barn og unge, fra 5 til 7 prosent. Hoveddelen av denne økningen kan knyttes til en økning i depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser.¹⁴ For gutter i samme aldersgruppe holder forekomsten seg mer stabil på 4 prosent. Tendensen er den samme når man ser på hvor mange barn og unge som har vært i kontakt med fastlege eller legevakt på grunn av psykiske lidelser eller problemer.

I 2017 fikk 3437 barn og unge mellom 0 og 25 år behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.¹⁵

³ Bakken (2018)

⁴ Bakken (2015)

⁵ Sykdomsbyrde defineres i form av helsetap og tapte leveår.

⁶ Folkehelseinstituttet (2014)

⁷ Knapstad (2018)

⁸ SSB (2018b)

⁹ Hetlevik, Bjørnå, Lundring og Gjesdal (2018)

¹⁰ Bakken (2018)

¹¹ Ibid

¹² Knapstad, Heradstveit og Sivertsen (2018)

¹³ Helsedirektoratet (2018a)

¹⁴ Reneflot mfl. (2018)

¹⁵ KUHR-databasen

2.3 Utfordringsbildet

Selv om flesteparten av dagens barn og unge har en god psykisk helse, er det urovekkende at flere selv rapporterer om psykiske plager og lidelser, negativt stress, kroppspress og ensomhet. Det er usikkert hvor mye som er en faktisk økning, og hvor mye som skyldes mer åpenhet og mindre stigma forbundet med psykiske helseplager.

Over 60 prosent av landets kommuner rapporterer at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Kommunene etterspør gode verktøy for å jobbe systematisk med å skape helsefremmende oppvekstmiljøer for alle barn og unge.¹⁶

Det trengs mer kunnskap om psykisk helse blant barn og unge og deres familier. Foresatte er de viktigste personene i barn og unges liv. Nettopp fordi familien spiller en så viktig rolle for barn og unges utvikling, øker også risikoen for psykiske vansker blant barn og unge dersom belastningene i familien er store og varer over tid. Kunnskap om tegn og signaler på risiko, og om hvor man skal henvende seg når man er bekymret for et barn, er viktig. I dag er det for mange barn og unge med psykiske plager og lidelser som ikke oppdages tidlig nok.¹⁷ I noen miljøer er det også knyttet skam og stigma til det å ha psykiske problemer.¹⁸

Digitale medier spiller en sentral rolle i hverdagen til barn og unge. Det er stort behov for å få mer kunnskap og tiltak for å fremme positive sider og forebygge negative sider ved bruk av sosiale medier.

Barn og unge gir tydelig beskjed om at hjelp og støtte ikke alltid er tilgjengelig nok. Det handler blant annet om åpningstider og tjenester som ikke er tilpasset barn og unges behov, men også om at det kan være vanskelig å finne frem til den støtten man trenger og at tjenestene ikke alltid har god kunnskap om ulike grupper av barn og

unge. Andre kvier seg for å oppsøke hjelp, eller klarer av andre grunner ikke å nyttiggjøre seg av hjelpetilbudet. I mange kommuner er det behov for en utbygging av tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser, og digitale tjenester bør i større grad kunne bidra til at innbyggere gis mulighet til å ta aktive valg rundt egen helse og eget helsetilbud. Barn og unge bør også i større grad involveres i utformingen av tilbudet.

Mange aktører og instanser møter og gir hjelp til barn og unge som har psykiske plager og lidelser. Barn og unge forteller at de møter fragmenterte tjenester som ikke snakker sammen og ikke evner å koordinere seg. Dette gjelder særlig barn og unge med sammensatte problemer med behov for langvarig oppfølging. Regelverket om individuell plan og koordinator, som er nedfelt i flere lovverk, gir en felles standard for koordineringsprosessen med vekt på samarbeid om barnets og den unges egne mål. Det er et forbedringspotensial i bedre bruk av disse verktøyene.

Det er for stor variasjon i henvisninger som blir avslått av spesialisthelsetjenesten. Ikke alle barn og unge skal behandles i spesialisthelsetjenesten, men dersom kommunen ikke har et relevant behandlingstilbud står disse barna og ungdommene uten gode tjenestetilbud. Hvorvidt kommunene har gode tilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser varierer.

Det er videre behov for sterkere medvirkning fra barn, unge og pårørende når det gjelder beslutninger som tas om behandling i psykisk helsevern. For eksempel innebærer tvang alvorlige inngrep i den enkeltes personlige integritet. Det er også behov for sterkere faglig ledelse innenfor psykisk helsevern. Det handler om leders evne til å sørge for at tjenesten kan tilby et nødvendig spekter av kunnskapsbaserte terapiformer, at behandlere har kompetanse på medvirkning og at de anvender oppdatert kunnskap i behandlingen. Det er for lite kunnskap om effekten av behandlingen som tilbys til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Kort sagt: Vi trenger å vite mer om hva som virker.

¹⁶ Riksrevisjonen (2015); Helgesen, Abebe og Schou (2017)

¹⁷ Helsedirektoratet (2018c)

¹⁸ Pileberg (2016)

3 Fremme barn og unges psykiske helse, livskvalitet og opplevelse av mestring

Psykisk og fysisk helse, livskvalitet, trivsel og mestring bygges gjennom hele livet. Regjeringen har bestemt at psykisk helse skal være en likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. For barn og unge betyr det blant annet at kunnskap om psykisk helse skal være like viktig som kunnskap om fysisk helse på alle de arenaer hvor de lever sine liv: i familien, barnehagen, skolen, på fritidsarenaer og i lokalmiljøer.

Familien er den viktigste arenaen for opplevelse av trygghet, omsorg og kjærlighet, men kan også være en arena for utrygghet og utsatthet. Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at 410 000 barn har én eller to foreldre med en psykisk lidelse og 90 000 barn har minst en forelder som misbruker alkohol.¹ Disse barna har selv økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Vi vet at barn og unge som utsettes for vold og overgrep kan få store fysiske og psykiske skader, som for en del kan fortsette langt inn i voksen alder.² Å støtte foreldre som trenger det og å forebygge vold og overgrep, er en viktig del av folkehelsearbeidet.

Utenfor familien er barnehager, skoler, fritidsarenaer og lokalmiljøer de viktigste helsefremmende arenaene for barn og unges psykiske helse. Men disse arenaene kan også være steder hvor barn og unge utsettes for mobbing, trakassering, utestenging og rasisme. Barnehager og skoler har gjennom lovverk og kompetent personale virkemidlene til å fremme god psykisk helse for barn og unge.

Sosiale medier kan være en arena som både fremmer og hemmer god psykisk helse og livskvalitet. En rapport fra NOVA viser at mange ungdommer opplever sosiale medier som avlastende og lystbetont, og at det å bruke sosiale medier i liten grad må forstås som en kilde til stress i seg selv. Samtidig kan sosiale medier fungere som en formidler av ulike typer press, spesielt press relatert til kropp og utseende, og forventninger om å være sosial og delta i de «riktige» sosiale aktivi-

tene.³ Barn og unge må ha kunnskap om og strategier for å mestre den digitale hverdagen.

Hvordan barn og unge lever har betydning for deres psykiske helse og livskvalitet. Det er økende bevissthet rundt hvilken betydning fysisk aktivitet, mat og måltider, søvnvaner, røyking, rusmidler og alkohol har for den psykiske helsen. Den kunnskapen vi har på området må spres, samtidig som vi må arbeide systematisk for å få mer kunnskap om betydningen av barn og unges levevaner for deres psykiske helse og livskvalitet.

Dette kapitlet har fem hovedmål:

1. Et samfunn som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet og reduserer sosiale forskjeller
2. En familie og oppvekst hvor barn og unge opplever omsorg og trygghet
3. Et leke- og læringsmiljø som fremmer barn og unges livsmestring og god psykisk helse
4. En trygg digital hverdag
5. Økt kunnskap om betydningen av levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

3.1 Et samfunn som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet og reduserer sosiale forskjeller

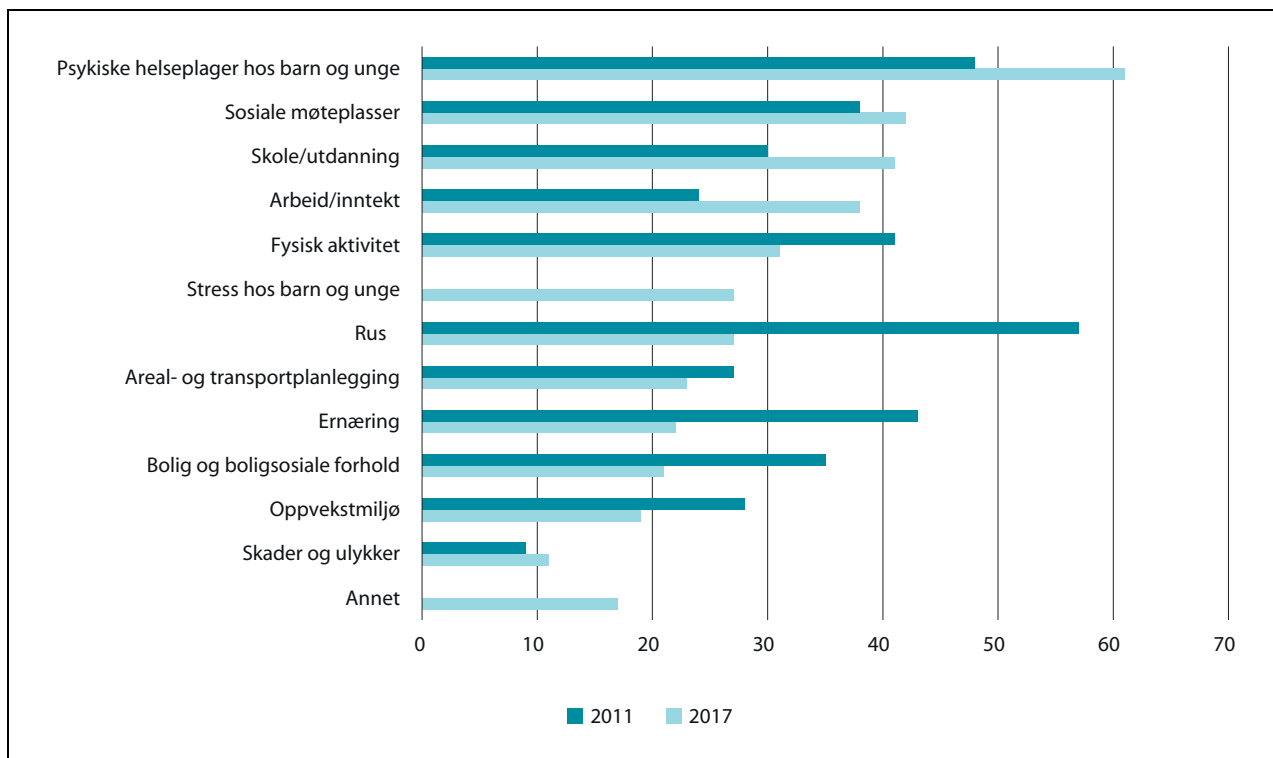
Et helsefremmende samfunn kjennetegnes av den enkeltes frihet til å gjøre egne valg, god sosial støtte, en høy forventet levealder med god helse og høy tillit til myndighetene.⁴ Norge er ifølge gjentatte FN-kåringer et av verdens beste land å bo i. Likevel er det samfunnsforhold i Norge som kan redusere barn og unges psykiske helse og livskvalitet: En høy andel barn og unge lever i familier med lav inntekt, mange unge fullfører ikke opplæring og utdanning og stadig flere unge rapporterer om psykiske plager, ensomhet og

¹ Torvik og Rognmo (2011)

² Aakvaag og Strøm (2019)

³ Eriksen mfl. (2017)

⁴ Helliwell mfl. (2017)



Figur 3.1 Hovedutfordringer i folkehelse- og forebyggingsarbeidet i 2011 og 2017. Prosent.

Kilde: NIBR/NOVA 2017

stress i hverdagen. Noen barn og unge utsettes også for vold, overgrep og omsorgssvikt.

To rapporter de siste årene har vist at mange kommuner opplever utfordringer og mangler tiltak for å fremme god psykisk helse i sin befolkning:

Riksrevisjonens gjennomgang av folkehelsearbeidet i kommunene (2014–2015) viste at over halvparten av kommunene rapporterte at psykisk helse var blant deres største folkehelseutfordringer, mens bare 32 prosent oppga at dette var blant områdene der kommunen har iverksatt flest tiltak.⁵ Kommunene forklarte blant annet dette med at psykisk helse ikke har vært del av folkehelsearbeidet på samme måte som levevaner. De rapporterte både om manglende kunnskap om hva som virker, men også om mangel på tiltak og verktøy.

En nyere kartlegging utført av by- og regionsforskningsinstituttet NIBR viser tilsvarende resultater for arbeidet med barn og unge: Over 60 prosent av kommunene rapporterte i 2017 at psykiske helseplager hos barn og unge var deres fremste hovedutfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet.⁶ Andelen har økt fra under 50 prosent i 2011.

Regjeringen vil tydeliggjøre kommunenes ansvar for psykisk helse etter plan- og bygningsloven, i tillegg til folkehelseoven. Prosjekter eller tiltak som prøves ut og har dokumentert effekt, bør forankres i kommunenes planarbeid. Det er viktig for arbeidet med psykisk helse generelt og for barn og unges psykiske helse spesielt. Ifølge plan- og bygningsloven (§ 5-1) har kommunen et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirking fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge. Barn og unge vet selv best hvor skoen trykker.

Det er flere aktuelle verktøy som kan gi kommunene kunnskap til å møte utfordringene: Helse- og helsedirektoratets veivisere for lokalt folkehelsearbeid, Folkehelseinstituttets rapport om forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak for barn og unges psykiske helse og Helsedirektoratets veileder for kommunale frisklivssentraler. Også Helse- og helsedirektoratets veileder *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse* fra 2013, kan være et nyttig verktøy. Denne er en veileder til folkehelseoven § 5 og forskrift om oversikt over folkehelsen. Veilederen er nå under revisjon og utvidelse med bakgrunn i de erfaringer som er gjort fra 2012 og fram til i dag. Arbeidet med å revidere veilederen ferdigstilles i løpet av våren 2019.

⁵ Riksrevisjonen (2015)

⁶ Helgesen, Abebe og Schou (2017)

Hvert år lager Folkehelseinstituttet fylkes- og kommunehelseprofiler som gir oversikt over viktige folkehelseutfordringer i det enkelte fylke og i den enkelte kommune. Profilene gir nyttig informasjon som kan brukes i det lokale folkehelsearbeidet. Andre tiltak finnes blant de mange gode eksemplene fra kommuner som har bidratt til at barn og unge har fått en bedre hverdag. Gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene (Folkehelseprogrammet) skal det utvikles og evalueres nye tiltak som vil være viktige i det videre folkehelsearbeidet.

3.1.1 Barn og unges psykiske helse og livskvalitet skal være tydelig i nasjonal, regional og lokal planlegging

Psykisk helsefremmende arbeid hvor barn og unge står i sentrum kan ha mange og positive ringvirkninger både på kort og lang sikt. For barne- og ungebefolkningen vil det på kort sikt handle om å fremme forhold som gjør at de har det bra og trives, og som styrker evnen til å mestre motgang og de utfordringer livet byr på. På lengre sikt handler det om at det er lønnsomt å investere i barn og unges psykiske helse. Det kan spare samfunnet for store kostnader forbundet med frafall i skolen, svak deltakelse i arbeidslivet og økt risiko for psykiske plager og lidelser.⁷

Psykisk helse og livskvalitet som del av det systematiske folkehelsearbeidet er under utvikling både lokalt og nasjonalt. Tverrsektorielt samarbeid i kommunene, der også planavdelingen deltar i kommunens tjeneste- og virksomhetsplanlegging, gir ofte bedre utnyttelse av faglig kompetanse og bedre løsninger for å oppnå gode fysiske og sosiale oppvekstvilkår for barn og unge. Kommunereformen er også viktig i denne sammenhengen. En kommunestruktur som både sikrer gode fagmiljøer og legger til rette for god dialog og nærhet til innbyggerne, vil gjøre kommunene bedre rustet til å finne gode løsninger og sikre psykisk helsefremmende lokalsamfunn.

Barn og unges psykiske helse som satsingsområde må tydeliggjøres innenfor de rammene som gir muligheter. Kommunal- og moderniseringsdepartementet gir hvert fjerde år ut *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging* og hvert år tildelingsbrev til fylkesmenene. Begge dokumentene gir gode muligheter til å løfte fram psykisk helse generelt og psykisk helse blant barn og unge spesielt. Barn og unges

Boks 3.1 SMART oppvekst

SMART oppvekst i Re kommune fokuserer på gode løsninger for barn og unge. SMART handler om å utløse engasjement, pågangsmot, livsglede og håp. Det er utarbeidet verktøy, veiledere, videoer m.m.

S – styrkefokus
M – medvirkning
A – anerkjennelse
R – relasjoner
T – trening

Les mer: www.smartoppvekst.no

medvirkning må komme tydelig fram i disse dokumentene og prioriteres.

I tillegg har mange kommuner utviklet og tatt i bruk verktøy som kan benyttes i det lokale psykiske folkehelsearbeidet. Et eksempel er stiftelsen MOT, som bidrar med verktøy for å motvirke vold, kriminalitet, mobbing og psykiske plager. MOTs visjon er å styrke unge og bidra til et inkluderende fellesskap. MOT har inngått samarbeid med flere aktører i næringslivet og har inngått partnerskap med videregående skoler, ungdomsskoler og kommuner.

Godt over 20 prosent av barn og unge rapporterer om ensomhet og vanskeligheter med å finne venner. Tiltak for å forebygge ensomhet bør inngå i kommunenes planverk. Regjeringen vil derfor vurdere om ensomhet bør tas inn i folkehelseloven § 7. Dette ble også foreslått av Stortinget i et anmodningsvedtak da de behandlet et representantforslag om å bekjempe ensomhet (Dokument 8: 133 S (2017–2018)). Regjeringen har lagt fram en egen strategi mot ensomhet som del av Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*, med særskilte tiltak rettet mot blant annet barn og unge.

Helsedirektoratet har laget en veiviser om psykisk helse og livskvalitet til bruk i kommunene. Veiviseren skal videreutvikles gjennom erfaringer som gjøres i Folkehelseprogrammet om god praksis og lovende tiltak med særlig vekt på barn og unge. Veiviseren bør evalueres slik at man får kunnskap og forbedringspunkter for kommunene i deres planlegging og gjennomføring av det lokale folkehelsearbeidet.

⁷ Bellis mfl. (2017)

Lett tilgang til natur og naturopplevelser kan ha positiv virkning på psykisk helse og bidra til god livskvalitet.⁸ Enkelte studier tyder på at mennesker som lever i urbane områder med grøntarealer har mindre angst og depresjoner enn de som lever i tilsvarende områder uten grøntarealer. Et lokalmiljø med nærhet til natur og mulighet til fysisk aktivitet kan være viktig for å skape psykisk helsefremmende miljøer for barn og unge. Kontakt med dyr kan også være positivt for den fysiske og psykiske helsa. Det er viktig at samfunnsplanleggingen legger til rette for dette.

Godt integreringsarbeid er god folkehelsepolitikk. Regjeringen la i 2018 frem integreringsstrategien *Integrering gjennom kunnskap* (2019–2022). Formålet med strategien er økt deltakelse i arbeids- og samfunnsnivå blant innvandrere. Målgrupper er alle innvandrere og deres barn, herunder flyktninger, arbeidsinnvandrere og familie-gjenforente. Strategien gir tydelig retning for integreringsarbeidet fremover og viser bredden av tiltak som må til på tvers av sektorer. De fire innsatsområdene i strategien er: kvalifisering og utdanning, arbeid, hverdagsintegrering og retten til å leve frie liv. Innsatsområdene skal blant annet bidra til å bedre tilværelsen og fremme god psykisk helse hos barn og unge med innvandrerbakgrunn.

Utvikle tiltak for barn og unges psykiske helse:
Program for folkehelsearbeid i kommunene
(2017–2026) – (Folkehelseprogrammet)

Folkehelseprogrammet er en tiårig satsing. Programmet skal bidra til å utvikle kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid og består av flere deler. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe, og kommunene skal selv utvikle forslag til hvordan barn og unges psykiske helse og livskvalitet kan styrkes. Programmet skal bidra til å møte kommunens utfordringer gjennom utvikling av verktøy og tiltak som har vært lokalt forankret. Tiltakene skal evalueres, og programmet har en viktig rolle i arbeidet med å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Folkehelseinstituttet bidrar med støtte til evaluering.

Utviklingsarbeidet som skal skje i kommunene skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og forankres i kommunens planer etter plan- og bygningsloven. Arbeidet i kommunene skal skje innen rammen av systematikken i folkehelseloven. På sikt skal programmet derfor bidra til at

færre kommuner rapporterer om psykisk helse som deres største folkehelseutfordring. Programmet startet i 2017, og fra 2019 vil alle fylker få mulighet til å innlemmes i tilskuddsordningen som er en del av programmet. Det er bevilget 77 millioner kroner til Folkehelseprogrammet for 2019. I tillegg er det bevilget 3 millioner kroner slik at ett fylke kan vurdere og prøve ut hvordan arbeidet mot vold og overgrep kan utvikles og samkjøres med de andre nærliggende temaene i programmet. Ensomhet skal også synliggjøres i programmet.

I tilskuddsforvaltningen legger Helsedirektoratet vekt på at det foreligger en plan for medvirkning fra ungdom i programperioden, både lokalt og regionalt. Det skal også rapporteres i hvilken grad barn og unge har blitt involvert og har fått innflytelse i arbeidet – både i utvikling og gjennomføring av tiltak. Flere kompetansesentre, som de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBUR/RBUP), kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus), de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), bidrar med kompetansestøtte og kvalitetssikring overfor fylkeskommuner og kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på at tilskuddsmidlene i Folkehelseprogrammet innlemmes i rammetilskuddet til fylkeskommunene etter programperioden. For å sikre at fylkeskommunenes utviklingsarbeid på folkehelseområdet opprettholdes som en varig oppgave, vil Helse- og omsorgsdepartementet vurdere å tydeliggjøre fylkeskommunens oppgaver i folkehelseloven.

Følge med på utviklingen av barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Utviklingen av barn og unges psykiske helse og livskvalitet bør følges over tid, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Det er behov for regelmessige innsamlinger av data med god kvalitet. Det er også behov for en helhetlig presentasjon av disse som gjør det enkelt å bruke oversikten til å sette inn tiltak. I dag er det en rekke datakilder som hver for seg gir en viss oversikt over barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Ungdata-undersøkelsen i kommuner og fylkeskommuner startet i 2010 og gjennomføres av Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet, i samarbeid med kompetansesentrene på rusområdet (KoRus). Undersøkelsen er en viktig datakilde fordi den dekker mange områder av betydning for helse og oppvekstvilkår. NOVA utgir årlig en sam-

⁸ Alcock mfl. (2014)

let oversikt basert på nasjonale tall, slik at man kan følge utviklingen over tid. I 2017 ble det også gjennomført en pilotundersøkelse blant 10–12-åringer i Asker og Bærum (Ungdata junior). Flere kommuner ble inkludert i 2018. Det er foreslått at Ungdata junior blir del av Ungdata fra 2020.

Folkehelseprofiler for fylker og kommuner har enkelte indikatorer som omhandler barn og unges trivsel, skolegang og helse. Disse er i hovedsak hentet fra Ungdata, Elevundersøkelsen og KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjon). Data fra KUHR angir psykiske symptomer/lidelser for unge i alderen 15 til 29 år. Folkehelseprofilene inneholder også et folkehelsebarometer som viser tilstanden i det enkelte fylke og kommune, og hvordan fylket eller kommunen ligger an sammenliknet med landsgjennomsnittet. Kommunen kan på denne måten se om de har spesielle utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse, ensomhet og trivsel.

Folkehelseinstituttet har også sett på andre indikatorer som bør vurderes. Det kan være indikatorer knyttet til barnehage og skole, til familiestruktur og -relasjoner og til psykiske plager og lidelser, digital mobbing, trivsel og livskvalitet. Datakilder vil i hovedsak være SSB, Elevundersøkelsen og Ungdata, men også Nasjonalt pasientregister (NPR). En arbeidsgruppe har gjennomgått hvordan indikatorer om vold og overgrep kan inngå i folkehelseprofilene. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å starte arbeidet med å klargjøre data i 2019.

Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, SSB og NOVA utarbeidet anbefalinger for hvordan vi kan måle livskvalitet i befolkningen.⁹ Anbefalingen dekker aldersgruppen fra 16 år og oppover. Regjeringen vil komme tilbake til hvordan dette følges opp.

Det finnes ytterlige datakilder fra ulike studier i Norge, men vi har behov for en samlet presentasjon av barn og unges helse, livskvalitet og oppvekstvilkår som gjør det enkelt å følge med på utviklingen nasjonalt og lokalt. Det er også behov for å inkludere data som inneholder bakgrunnsvariabler som fødeland og botid i landet. Det bør vurderes om Folkehelse rapportens kapittel om barn og unges helse, miljø og oppvekstvilkår skal videreutvikles, slik at det gir en samlet oversikt basert på de viktigste indikatorene som kan hentes fra ulike datakilder.

⁹ Helsedirektoratet (2018d)

Forebygge vold og seksuelle overgrep

Barn og unge som utsettes for vold eller overgrep i oppveksten har økt risiko for å utvikle emosjonelle, kognitive og atferdsmessige vansker.¹⁰ De har også økt risiko for å bli utsatt for ny vold.¹¹ Selv om vi ikke har sikre tall på den reelle forekomsten av vold og overgrep blant barn og unge i Norge, tyder flere undersøkelser på at omfanget kan være betydelig.¹² Antallet anmeldelser av seksuelle overgrep mot barn og unge har økt markant de siste årene, spesielt nettrelaterede overgrep (se kapittel 3.4.2).

Ifølge en forekomststudie om vold og overgrep mot barn og unge gjennomført blant 18–19-åringer, har 21 prosent av ungdom i Norge opplevd fysisk vold fra minst én forelder i løpet av oppveksten. For de fleste innebærer det at de én eller flere ganger har opplevd at foreldrene har lugget, kløpet, dyttet, ristet eller slått dem med flat hånd. Denne formen for vold forekommer med relativt tilfeldig fordeling i befolkningen, og det har vært en nedgang av slik vold de siste årene. Når det gjelder grovere former for vold, viser undersøkelsen at unge fra familier med dårlig råd, med ikke-vestlig bakgrunn og unge som har foreldre med alkoholproblemer, har større risiko for å være utsatt enn andre unge. Det har ikke vært noen nedgang i denne formen for vold.¹³

Flere foreldrestøttende tiltak for å forebygge vold i familien har vist seg effektive og kan derfor anses som viktige forebyggende tiltak overfor alle foreldre (se kapittel 4.1). Regjeringen prioriterer arbeidet mot vold og overgrep høyt, og følger opp tiltakene i *Opptrappingsplan mot vold og overgrep* (2017–2021). Regjeringen har blant annet prioritert styrking av det foreldrestøttende arbeidet i kommunene og en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Andre viktige tiltak er å øke barn og unges kunnskap om vold og overgrep, og om hva som er ulovlig å gjøre mot barn. En kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet viser at barn som får undervisning eller annen informasjon om vold og overgrep, bedre forstår at dette er feil og har lettere for å fortelle om selvopplevde overgrep. De mest effektive tiltakene synes å være de som er lengre og mer omfattende.¹⁴

¹⁰ Dube mfl. (2013)

¹¹ Aakvaag og Strøm (2019)

¹² Folkehelseinstituttet (2018b)

¹³ Mossige og Stefansen (2016)

¹⁴ Blaasvær og Baiju (2019)

Videre er det behov for å øke kompetansen om vold og overgrep blant ansatte i tjenester som møter barn og unge. Ansatte i barnehager og skoler må ha kunnskap om vold og overgrep, og kompetanse til å snakke med barn om slike vanskelige tema. De må også vite hvordan de skal handle eller henvise videre dersom de mistenker at noe er galt.

Sentralt i det forebyggende arbeidet mot vold og overgrep er også utviklingsarbeidet som skal gjennomføres i regi av Folkehelseprogrammet, og utvikling av indikatorer om vold og overgrep, slik at kommunene kan følge med på utviklingen i sin befolkning.

Regjeringen vil

- Tydeliggjøre psykisk helse i *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging* fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Tydeliggjøre forventninger til fylkesmennene om psykisk folkehelsearbeid for barn og unge
- Vurdere å tydeliggjøre psykisk helsefremmende arbeid i folkehelseloven
- Inkludere ensomhet i folkehelseloven § 7
- Gjennomføre og følge utviklingen av Folkehelseprogrammet (2017–2026), herunder tiltak for å forebygge vold og overgrep og synliggjøring av ensomhet
- Sikre at Helsedirektoratets *Veiviser for psykisk helse og livskvalitet* evalueres, videreutvikles og revideres, med spesiell vekt på barn og unge
- Videreutvikle folkehelseprofilene med flere indikatorer om barn og unges helse og trivsel, herunder indikatorer om vold og overgrep
- Planlegge for at Ungdata Junior skal inngå som del av den nasjonale Ungdata-undersøkelsen
- Vurdere å utarbeide og regelmessig utgi en samlet framstilling av barn og unges oppvekstvilkår, livskvalitet og helse, inkludert periodiske gjentakelser av SHoT-undersøkelsen
- Spre gode eksempler som MOT og SMART

3.1.2 Styrke psykologkompetansen i kommunene for å bidra til helsefremmende arbeid til beste for alle barn og unge

Mange kommuner har i dag ansatt psykologer, og Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse fra 1. januar 2020. Hittil i 2019 har 369 kommuner/bydeler mottatt tilskudd til 590 psykologstillinger. Rapportering til Helsedirektoratet viser at kommunene i 2018 i snitt benyttet 39 prosent av

stillingene til system- og samfunnsrettet arbeid, mens 18 prosent er rettet mot helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er fylkesvise forskjeller i rekrutteringen. Majoriteten av psykologer er ansatt i kommuner med 10 000 eller flere innbyggere.

Når lovkravet trer i kraft, er det viktig at kommunene benytter psykologkompetansen på best mulig måte, slik at de både kan delta i det samfunnsrettede og helsefremmede arbeidet som kan komme alle barn og unge til gode, og til tiltak rettet mot det enkelte barn og ungdom. Flere kommuner har eksempler på hvordan de har funnet løsninger som tilfredsstillende dette, og hvor psykologen samarbeider med for eksempel barnehager, rådmann, helsesjef og andre. En del kommuner har tverretatlige team eller tjenester som Familiens hus. Det bidrar til å se ulike lovhjemler og mandat i sammenheng, slik at barn og unge får helhetlig og god hjelp. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er revidert i forbindelse med krav om psykologkompetanse fra 2020. For å gi kommunene større frihet til også å bruke psykologkompetansen til befolkningsrettet, forebyggende arbeid etter helseregelverket, kan det være aktuelt å hjemle krav til psykologkompetanse i folkehelseloven, i tillegg til dagens hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. For kommunene innebærer ikke dette et økt krav til kompetanse, men at kommunene blir friere til å bruke sin psykologfaglige/samfunnspsykologfaglige kompetanse også inn i det systematiske folkehelsearbeidet.

Ved neste revisjon av folkehelseloven bør det derfor vurderes hvorvidt § 27 om samfunnsmedisinsk kompetanse bør utvides til at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk og psykolog-/samfunnspsykologfaglig kompetanse. Oppgaver som da kan ivaretas er samfunnsmedisinsk og samfunnspsykologisk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid (jf. §§ 4–7) og hastekompetanse på kommunenes vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig og

Boks 3.2 Hole kommune

I Hole kommune jobber psykologen både på individ-, gruppe- og systemnivå for at tilbudet skal komme flest mulig til gode. Psykologen jobber blant annet med kunnskapsformidling, veiledning og samarbeid med andre fagpersoner.

Les mer: www.hole.kommune.no

psykososial beredskap. Gjennom en slik lovfesting vil flere kommuner kunne utnytte psykologisk/samfunnspsykologisk kompetanse i sitt arbeid, og psykologen får en lovfestet mulighet til å bidra med psykologisk rådgivning i lokalt folkehelsearbeid. Sammen med blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vil psykologisk samfunnsrettet kompetanse være en ytterligere styrking av det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har revidert studieprogrammet for profesjonsstudiet med virkning fra høsten 2019. Helsefremmende og forebyggende arbeid vil få en bredere plass og bidra til å utdanne psykologer med kompetanse på samfunnsrettet arbeid. Utdanningen vil revideres igjen som del av prosjektet om *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene* (RETHOS). Retningslinjene er en del av et nytt styringssystem, og målet er at utdanningene selv, tjenestene og brukerne får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene.

Regjeringen vil

- Vurdere om krav til psykologfaglig/samfunnspsykologfaglig kompetanse skal forankres i folkehelse-loven (§ 27) på samme måte som krav til samfunnsmedisinsk kompetanse

3.1.3 Barn og unge skal ha like muligheter: innsats for barn og unge som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt

De fleste barn i Norge vokser opp i trygge familier med gode økonomiske kår. Samtidig er det familier som faller utenfor på grunn av dårlige levekår eller svak økonomi. Dette rammer barna. Fattigdom påvirker helse, utdanningsmuligheter og sosialt liv. Regjeringens førsteprioritet i den sosiale politikken er derfor å bekjempe fattigdom. Særlig gjelder det barnefamilier. I Granavolden-plattformen har regjeringen slått fast at barn som vokser opp i familier med vedvarende lav inntekt, må gis muligheter for utvikling og deltakelse. Trygg og god omsorg og gode barnehager og skoler er grunnleggende for å sikre like muligheter og gode levekår for alle. Barn som vokser opp i lavinntektsfamilier skal ha de samme mulighetene og den samme friheten til å skape sin egen fremtid som alle andre. De skal få omsorg, bo trygt, kunne etablere stabile vennskap i oppveksten, ha håp og føle seg verdifulle i samfunnet. Fra 1. mars 2019 økte barnetrygden til 1 054 kroner i måneden. Regjeringen går i Granavolden-

plattformen inn for å øke barnetrygden med 7 600 kroner fra 0 til og med fylte 6 år i løpet av perioden. I tillegg vil regjeringen sørge for at økningen i barnetrygd også kommer familier til gode som er avhengige av ytelse etter lov om sosiale tjenester og lov om bostøtte. Engangsstønaden er økt betydelig de siste årene og fra 1. januar 2019 ble den økt med 20 000 kroner til 83 140 kroner.

Tiltak som bidrar til at foreldrene kommer i arbeid bedrer barnas og familiens levekår og muligheter, både på kort og på lang sikt. Å hjelpe personer som står utenfor arbeidslivet og som trenger bistand for å få en jobb, er en sentral oppgave for NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomfører i perioden 2016–2019 en systematisk utprøving av en modell for helhetlig oppfølging av lavinntektsfamilier ved 29 NAV-kontorer. Målgruppen er barnefamilier som mottar økonomisk sosialhjelp. Tilskudd til tiltak mot fattigdom blant barn og barnefamilier som er i kontakt med NAV-kontoret styrkes med 10 millioner kroner i 2019. Se kapittel 4.3.1 for nærmere omtale av NAVs særskilte arbeid for unge.

Andelen og antallet barn som lever i risiko for fattigdom har økt de siste årene. Tall fra SSB viser at det i perioden 2015–2017 var 106 000 barn under 18 år som levde i familier med vedvarende lavinntekt. Dette utgjør 10,7 prosent av alle barn i denne aldersgruppen.

Etter 2012 er flertallet av barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt barn med innvandrerbakgrunn. I noen innvandrergupper er andelen lavinntektsfamilier stor, selv etter lang botid i Norge. Blant andre grupper minker andelen økonomisk utsatte barn med økt botid.¹⁵ Selv om det først og fremst er et økt innslag av barn med innvandrerbakgrunn som forklarer økningen i vedvarende lavinntekt blant barn de siste årene, har det etter 2011 også blitt flere barn uten innvandrerbakgrunn i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Mye av dette kan forklares med at flere barn i lavinntektsgruppen bare har én forsørger.

Regjeringen vil utarbeide en strategi for å øke barns muligheter. Arbeidet med utsatte barnefamilier skal styrkes. Det skal legges til rette for at alle barn får mulighet til å gå i barnehage og gjennomføre grunnskole og videregående opplæring, økt deltakelse og inkludering i fritid, kultur og idrett, et godt helsetilbud til alle og bedre tilgang til arbeidsliv for ungdom og foreldre. Regjeringen vil invitere frivilligheten, sosiale entreprenører og næringslivet til et tettere samarbeid om å redu-

¹⁵ SSB (2018a)

sere ulikheter i barns mulighet til deltakelse og utvikling. Målet er å stimulere til økt lokal aktivitet og deltakelse på en rekke viktige områder i barns oppvekst.

Kommunene har gjennom sitt ansvar for de sosiale tjenestene i arbeids- og velferdsforvaltningen en sentral rolle i å fremme sosial og økonomisk trygghet. Dette ansvaret omfatter forebyggende sosialt arbeid og individuelle tjenester som opplysning, råd og veiledning, økonomisk stønad, midlertidig botilbud, individuell plan og kvalifiseringsprogram.

Regjeringen vil videreføre redusert foreldrebetaling og gratis kjernetid i barnehage for barn av foreldre med lav inntekt. I budsjettet for 2019 er ordningen med gratis kjernetid utvidet til også å gjelde for toåringer fra familier med lav inntekt. Fra 1. august 2019 vil dermed 44 800 barn fra familier med inntekt under 548 500 kroner ha rett til gratis kjernetid 20 timer per uke. Tidligere var inntektsgrensen 450 000 kroner.

Regjeringen vil arbeide for sosial deltakelse for barn og unge, og støtte frivillige organisasjoner som driver med sosial inkludering i lokalsamfunnet. Regjeringen styrker innsatsen ytterligere i 2019. Et viktig tiltak er å styrke tilskuddsordningen *Støtte til oppfølgings- og løsfunksjoner for ungdom* med 20 millioner kroner i 2019. Gjennom denne ordningen kan kommunene ansette losere som følger opp unge i alderen 12–24 år. Tilbudet skal gis til unge som har utfordringer knyttet til omsorgssituasjonen hjemme, som har svakt sosialt nettverk, helseproblemer eller som har falt ut, eller står i fare for å falle ut av videregående skole. *Nasjonal tilskuddsordning for inkludering av barn i lavinntektsfamilier* er styrket med ytterligere 35 millioner kroner i 2019. Av disse går 5 millioner kroner til ferietiltak, henholdsvis 3 millioner kroner til tiltaket *Ferie for alle* i regi av Røde Kors og 2 millioner kroner til ferietiltak i regi av Den Norske Turistforening. 10 millioner kroner skal gå til et pilotprosjekt for å se på løsninger for å dekke individuelle utgifter til deltakelse i fritidsaktiviteter. Regjeringen vil videre innføre et fritidskort for alle barn i alderen 6–18 år. Kortet skal kunne dekke deltakeravgift for fritidsaktiviteter etter mønster fra ordningen på Island. Ordningen skal være ubyråkratisk, og det skal være mulig for kommunene å legge på en lokal andel. Regjeringen foreslår i revidert nasjonalbudsjett for 2019 å omdisponere 10 millioner kroner til utredning og pilotprosjekt knyttet til en fritidskortordning. Midlene vil blant annet gå til utprøving av fritidskort i to forsøkskommuner, i tillegg til utredning. Utredningen vil gi kunnskap

Boks 3.3 ALLEMED

ALLEMED er et verktøy spesielt utviklet for å inkludere alle barn og unge i fritidsaktiviteter, uavhengig av familiens økonomi. Verktøyet er utviklet av Nasjonal dugnad mot fattigdom og utenforskap blant barn og unge. Det er to typer ALLEMED-verktøy. Det ene verktøyet tar sikte på å øke frivillige lederes bevissthet og kunnskap om barn og unge fra familier med lav betalingsevne, og gi konkrete verktøy for å skape diskusjon og samtale om hva som kan gjøres for å få alle med. Det andre verktøyet er tilpasset kommunesektoren. Flere kommuner har allerede tatt i bruk verktøyet, som er gratis og kan lastes ned på www.allemed.no.

om hvordan en fritidskortordning kan skaleres opp.

Det er satt av 18 millioner kroner til inkludering i idrettslag for 2019, en økning på 2,5 millioner kroner fra 2018. Det er viktig å senke terskelen for barn og unges deltakelse i idrett og fysisk aktivitet. Målet med bevilgningen er å gi et bedre tilbud til barn og unge fra familier med lav betalingsevne, herunder familier med innvandrerbakgrunn.

I 2019 er det bevilget 2,8 millioner kroner til et nytt prosjekt i regi av Friluftsrådernes Landsforbund. Prosjektet skal kartlegge og videreutvikle vellykkede aktivitetstiltak innenfor friluftsliv for barn og unge. Regjeringen vil med dette få mer kunnskap om hvilke tiltak som virker best for denne gruppen, slik at enda flere barn og unge kan få oppleve friluftsliv som en kilde til god helse og livskvalitet.

Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) har utviklet en nettside om barnefattigdom i kommunene. Der kan kommunene finne tall for sin kommune, sammenlikne seg med andre kommuner og utvikle egne lokale tiltak mot fattigdom.

I 2018 lanserte Bufdir en veileder for tverrsektorielt arbeid for barn som lever i fattigdom. Veilederen skal gi kommunene kunnskap om hvordan arbeid mot barnefattigdom kan innrettes. Inkludering av fattigdomstematikk i kommunenes langsiktige planarbeid, samt helhetlig arbeid og oppfølging gjennom tverrsektorielt arbeid, står sentralt. I tillegg inneholder veilederen eksempler på arbeidsmetoder og tiltak som kan ha overføringsverdi og være til inspirasjon for flere kommuner.

Bedre boforhold blant barnefamilier med lavinntekt

Å eie egen bolig innebærer oftere en tryggere og mer stabil bosituasjon fordi man ikke risikerer at leiekontrakten blir sagt opp. Ofte betyr det også bedre boligstandard og bedre bomiljø for barn og unge. Den nasjonale strategien *Bolig for velferd* (2014–2020) gir retningen for arbeidet med boliger og oppfølgingstjenester for vanskeligstilte på boligmarkedet til og med 2020. Strategien skal sikre en mer koordinert bruk av statlige virkemidler, slik at de i større grad bidrar til at vanskeligstilte på boligmarkedet får en varig og stabil bosituasjon.

Barn og unge i lavinntektsfamilier bor ofte dårligere og trangere enn andre, og de bor sjeldnere i en bolig som familien selv eier. Barnefamilier som bor i kommunale utleieboliger har ofte en dårligere bostandard og mer utrygge bomiljøer enn andre lavinntektsfamilier som bor i en bolig de selv eier. De mest utsatte barnefamiliene er familier med innvandrerbakgrunn og enslige forsørgere. En NOVA-rapport fra 2012 viste at familier med bakgrunn fra Somalia, Afghanistan og Irak er særlig utsatt.¹⁶

Regjeringen vil at så mange som mulig av de som ønsker det, skal kunne eie egen bolig. Startlån og tilskudd til etablering er, i tillegg til bostøtten, Husbankens viktigste økonomiske virkemidler for å bidra til dette. Husbanken har som oppgave å stimulere til flere leie-til-eie-overganger, spesielt blant barnefamilier. Det er kommunene som tildeler lån og tilskudd fra Husbanken til den enkelte bruker. Husbanken skal gjennom tilskudd og lån fremme god tilgang på egnede utleieboliger til vanskeligstilte på boligmarkedet. Barnefamilier og unge vanskeligstilte er en prioritert målgruppe, i tråd med prioriteringene i *Bolig for velferd* (2014–2020).

Flere bydeler i bykommuner opplever at det i enkelte områder er en konsentrasjon av innbyggere med store og sammensatte levekårsproblemer. Områdene preges ofte av dårlige bomiljø, trangboddhet, høy arbeidsledighet, høy andel barn og unge fra familier med lav betalingsevne, lav utdanning, høy andel innvandrere og mye kriminalitet. Mange opplever stor grad av utenforskap til skole, arbeids- og samfunnsliv.

I tillegg til å tilrettelegge for egnede boliger for vanskeligstilte barnefamilier, er det derfor sentralt å arbeide med bomiljøet. Bomiljø er også viktig for barnefamiliers preferanser for hvor de ønsker å bo. Nabolaget er en sentral del av oppvekst-

miljøet og har betydning for barn og unges utvikling.

Flere tiltak er styrket: bostøtteordningen for barnefamilier og andre store husstander, områdesatsing i byer og tilskudd til sosialt entreprenørskap. Som et ledd i bekjempelsen av barnefattigdom styrker regjeringen bostøtten for barnefamilier og andre store husstander med 60 millioner kroner i 2019. Regjeringen øker boutgiftstakene for husstander med to eller flere personer. Dette vil bety at om lag 21 000 husstander med barn, og om lag 2 600 andre husstander, gjennomsnittlig får om lag 2 700 kroner mer i årlig bostøtte.

Regjeringens integreringsstrategi, *Integrering gjennom kunnskap* (2019–2022), ble lagt frem i oktober 2018, og har et tiltak om å målrette innsatsen i boområder med levekårs- og integreringsutfordringer. Regjeringen har over lang tid sørget for bevilgninger til områderettet innsats mot byområder med særlige behov. Det er inngått samarbeid om egne områdesatsinger i Oslo (Groruddalen, indre Oslo øst og Oslo sør), Drammen, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Alle barn skal ha rett til lek og fritid: Fritids-erklæringen

Fritidserklæringen ble signert av regjeringen, frivillige organisasjoner og KS i juni 2016. Erklæringen bygger på FNs barnekonvensjon artikkel 31 om barns rett til lek og fritid. Målet er at alle barn skal ha muligheten til å delta jevnlig i minst én fritidsaktivitet – uavhengig av foreldrenes økonomiske og sosiale situasjon. Partene i Fritidserklæringen vil fremme betydningen av å satse på lokale lag og foreningers aktivitetstilbud som et viktig virkemiddel for sosial inkludering av barn og unge i lokalsamfunnet, og formidle gode ideer og lokale eksempler på hvordan kommuner og frivillighet kan samarbeide.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er sekretariat for arbeidet. De har etablert en samarbeidsgruppe som består av KS, organisasjonene som har signert, Ungdom og Fritid samt representanter fra Kulturdepartementet og Barne- og familiedepartementet. Fritidserklæringen forplikter alle partene som har underskrevet erklæringen, men de konkrete praktiske løsningene finnes i lokalsamfunn over hele Norge.

Sentrale statlige tilskuddsordninger som støtter opp om formålet i Fritidserklæringen er styrket. Blant disse er *nasjonal tilskuddsordning for inkludering av barn i lavinntektsfamilier, inkludering i idrettslag og tilskudd til lokale lag og*

¹⁶ Turner og Stefansen (2012)

foreninger som driver idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet for barn og unge.

Formålet med *Frifond* er å stimulere barn og unges aktivitet og deltakelse lokalt, og bedre rammebetingelsene til frivillige organisasjoners og gruppers medlemsbaserte virke lokalt. Ordningen utgjør om lag 200 millioner kroner.

Tilskudd til *lokale lag og foreninger* som driver idrett og fysisk aktivitet for barn og unge, er i 2019 på 367 millioner kroner, en økning med 203 millioner kroner fra 2013. Formålet er å styrke grunnlaget for frivillig, medlemsbasert idrettsaktivitet for barn og unge i alderen 6–19 år, med særlig vekt på jenter og barn og unge fra familier med lav betalingsevne.

18 millioner kroner er satt av til *inkludering i idrettslag* for 2019. Beløpet er 2,5 millioner kroner høyere enn tilskuddet for 2018. Å senke terskelen for barn og unges deltakelse i idrett og fysisk aktivitet er et viktig formål. Målet er særlig å gi et bedre tilbud til jenter og gutter fra familier med lav betalingsevne og familier med innvandrerbakgrunn.

I 2019 er det satt av 61,5 millioner kroner til friluftslivstiltak i regi av organisasjonene over Klima- og miljødepartementets budsjett, fordelt over to ulike tilskuddsordninger. Den ene er generell, mens den andre er rettet inn mot personer med innvandrerbakgrunn. Barn, unge og barnefamilier er prioritert i begge ordningene, med vekt på tiltak i nærmiljøet som er lite ressurskrevende og lett tilgjengelige. Begge ordningene gir dermed tilskudd til tiltak og aktiviteter som alle kan nyttiggjøre seg av, uavhengig av økonomisk evne og kompetanse i friluftsliv.

Regjeringen vil

- Tilrettelegge for at vanskeligstilte barnefamilier bor i egnet bolig i gode bomiljø
- Videreføre og styrke redusert foreldrebetaling og gratis kjernetid i barnehage for barn av foreldre med lav inntekt

3.1.4 Frivillighet, kultur, fritid og idrett skal bidra til god psykisk helse og forebygge ensomhet og utenforskap

Deltakelse i frivillige organisasjoner og fritidsaktiviteter gir tilgang til opplevelser, mestring, venner og sosial tilhørighet, og kan bidra til å redusere opplevelsen av ensomhet blant barn og unge. Fritidsaktiviteter kan gjøre det enklere å få venner og oppleve fellesskap med jevnaldrende.

Frivillighet bidrar til lokalt engasjement, fellesskap, integrering og kulturell og demokratisk bevissthet. Å legge til rette for deltakelse på ulike fritidsarenaer i lokalsamfunnet er av stor betydning for en god oppvekst og integrering. Det bidrar også til å forberede barn og unge til samfunnsdeltakelse på mer formelle arenaer senere i livet.

I Meld. St. 8 (2018–2019) *Kulturens kraft – Kulturpolitikk for fremtida*, er det varslet at det skal legges frem en barne- og ungdomskulturmelding som blant annet skal løfte fram barn og unge som målgruppe og aktive deltakere, og bidra til å heve statusen og kvaliteten på kultur som blir skapt og formidlet til barn og unge.

I 2018 var det om lag 130 landsdekkende barne- og ungdomsorganisasjoner med nærmere 450 000 betalende medlemmer under 26 år.¹⁷ Det er særlig blant de yngste at deltakelsen er høy. Idretten står i en særstilling, og det har særlig vært en kraftig vekst i barneidretten det siste tiåret. Deltakelsen i idretten er imidlertid synkende når barna blir tenåringer, og særlig reduseres aktiviteten i overgangen fra ungdomsskolen til videregående skole. Mens seks av ti elever i ungdomsskolen er med i et idrettslag, gjelder det bare fire av ti elever på videregående skole.¹⁸

Ungdata junior er en av flere studier som viser en sammenheng mellom foreldrenes bakgrunn og om barn og unge deltar i fritidsaktiviteter eller ikke.¹⁹ Barn med foreldre som har høy inntekt og høy utdanning deltar oftere i fritidsaktiviteter enn andre. Som gruppe deltar barn og unge med innvandrerbakgrunn i langt mindre grad i tradisjonelle fritidsaktiviteter. Særlig gjelder det for jenter med innvandrerbakgrunn. Barn og unge med nedsatt funksjonsevne deltar også i mindre grad enn sine jevnaldrende.²⁰

Ungdatasenteret ved OsloMet og Norges idrettshøgskole har inngått et langsiktig forskningssamarbeid for å studere unges idrettsdeltakelse. Målet er å få mer kunnskap om idrettens posisjon og status blant unge. For å få et bedre grep om hva idrett og trening betyr for unge, skal prosjektet belyse hvorfor unge driver med idrett. Det skal også undersøke idrettens posisjon i forhold til andre fritidsaktiviteter unge driver med. Gjennom Ungdata og kvalitative feltarbeidsstudier skal forskerne undersøke forhold som fremmer og hemmer unges idrettsdelta-

¹⁷ LNU (2018)

¹⁸ Bakken (2019)

¹⁹ Løvgren og Bakken (2017)

²⁰ Kissow og Klasson (2018)

kelse og treningsaktiviteter, og hva som ligger bak manglende deltakelse.

Det er et mål at alle som ønsker det skal få muligheten til å delta i idrettsaktivitet, uavhengig av funksjonsnivå. Regjeringen prioriterer derfor å tilrettelegge for idrett og fysisk aktivitet for personer med nedsatt funksjonsevne. For å kunne motta statlig tilskudd til bygging av kulturbygg og anlegg for idrett og fysisk aktivitet, er det en forutsetning at anlegget er universelt utformet. Et idrettsanlegg skal kunne brukes av alle, og alle skal ha adgang til samtlige aktivitetsflater, klubblokaler, møterom, publikums- og serviceområder.

I hovedfordelingen av spillemidler til idrett øremerkes tilskudd til idrettsutstyr for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette gjelder rekrutteringsutstyr som kjøpes inn av særforbund i Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité (NIF) og lånes ut til idrettsklubbene. Idrettsforbundet administrerer ordningen. Tilskudd gis til tiltak i regi av idrettslag i utsatte bydeler i Oslo, samt i randkommuner utenfor Oslo der en relativt stor andel av befolkningen har innvandrerbakgrunn.

Friluftsliv er for mange barn og unge en viktig kilde til fysisk aktivitet. For barn og unge som ikke trives med organiserte idretter, eller som faller fra når de blir tenåringer, kan friluftsliv ha stor verdi som aktivitetsform. Friluftsliv er velegnet til å motivere til fysisk aktivitet fordi det vanligvis er uten konkurranse og kan utøves av alle. Gjennom organisert eller uorganisert friluftsliv kan alle barn og unge finne en aktivitet som passer for dem på deres eget nivå. Det er derfor viktig å bevare naturområder for lek, rekreasjon og friluftsliv i nærheten av boligområder, og å støtte opp under friluftslivsorganisasjonenes arbeid.

Det er også viktig å legge til rette for åpne og tilgjengelige møteplasser hvor man kan drive med ulike aktiviteter sammen med jevnaldrende. Noen ungdommer oppsøker disse tilbudene fordi de ikke kan være hjemme, og fordi de trenger gode voksne å snakke med. Organisasjonen Ungdom og fritid har etterlyst både flere fritidsklubber og flere voksne ansatte som kan lytte til de unge.

Vi trenger de møteplassene som kan legge til rette for nær sagt hva som helst og som hører på ungdommen (...) 2 500 ungdomsarbeidere er ikke nok, vi trenger å stimulere til flere og ruste opp de 600 eksisterende kommunale ungdomskubbene.

Ungdom og fritid, innspillsmøte mai 2018

Boks 3.4 Med ungdom som ressurs

Med ungdom som ressurs (2018–2021) er et prosjekt igangsatt av Ungdom og fritid. Det skal utvikles et opplæringsprogram for ungdomsarbeidere på åpne møteplasser som fritidsklubber, ungdomshus og liknende. Programmet skal gi økt kunnskap til ungdomsarbeidere, med spesiell vekt på medvirkning. Prosjektet har fått midler fra Helsedirektoratet.

Les mer: www.ungdomogfritid.no

Det er en økende andel unge som sier de opplever ensomhet. Tall fra Ungdata i 2018 viser de høyeste tallene på opplevd ensomhet siden Ungdataundersøkelsen startet i 2010. 12,1 prosent av guttene og 27,4 prosent av jentene oppga at de hadde vært ganske eller veldig mye plaget av ensomhet. Godt over 20 prosent mener det er vanskelig å få venner. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) fra 2018 viste at tre av ti studenter opplever ensomhet, en økning fra 20 prosent i 2014.

Ved de fleste nybygg og rehabiliteringer av studentboliger er det nå vanlig å prioritere fellesarealer og kjøkken for felles aktiviteter. Oftest er planløsningen slik at alle hyblene har dør mot fellesrommet slik at studentene møter andre beboere. På den måten blir det ikke like lett å isolere seg, og medstudenter oppdager lettere at noen trenger hjelp og oppmuntring.

Regjeringen har lagt fram en ny strategi mot ensomhet som del av folkehelsemeldingen *Gode liv i eit trygt samfunn*. Strategien legger særlig vekt på tiltak rettet mot barn, unge og eldre ensomme, og omhandler blant annet hvordan møteplasser på tvers av generasjoner kan bidra til å fremme livskvalitet og forebygge ensomhet.

Legge til rette for møter mellom generasjoner

Møteplasser på tvers av generasjoner kan forebygge ensomhet og bidra til meningsfulle aktiviteter både for unge og eldre. En undersøkelse blant eldre i Oslo viste et ønske om flere møteplasser på tvers av generasjoner. Regjeringens kvalitetsreform for eldre, *Leve hele livet*, legger vekt på å etablere møteplasser på tvers av generasjoner til glede for både unge og eldre. Barn og unge kan være besøksvenner i eldreomsorgen, og eldre

Boks 3.5 Generasjon M

I Oslo og Akershus tilbyr *Generasjon M* besøkstjenester til sykehjem, omsorgsboliger og hjemmeboende eldre i Oslo og Akershus. I dag jobber 70 unge i alderen 14–20 år som M-venner. På denne måten etableres arbeidsplasser for unge, samtidig som det bidrar til økt aktivitetsnivå blant eldre. Gjennom ukentlige besøk og aktiviteter fyller Generasjon M generasjonskløften med mening, mestring og moro. Generasjon M ble kåret til årets sosiale entreprenør 2016.

Les mer: www.generasjonm.no

mennesker kan bidra i barnehager og skoler med måltidsservering, å lese eventyr, med leksehjelp og gjennom å formidle historie, kultur- og håndverkstradisjoner. Elever på ungdomstrinn og videregående skole kan også ha praksis i eldreomsorgen. I lokalmiljøet kan slike generasjonsmøter gjøres lettere ved at lokalisering og utforming av skoler, barnehager, omsorgsinstitusjoner, offentlige møteplasser og arrangementer gjør det lett å møtes på tvers av generasjonene. Gjennom iverksettingen av *Leve hele livet* og i *Program for et aldersvennlig Norge* skal regjeringen bidra til å fremme denne typen generasjonsmøter. Det er viktig med møteplasser som ikke krever medlemskap og som er gratis å bruke. I regjeringens *Handlingsplan for friluftsliv* fra 2018 oppfordres kommunene til å tilrettelegge egne områder for trening og aktivitet med hund. Hundeparker kan også legge til rette for møter på tvers av generasjoner.

I en bydel i Oslo har studenter flyttet inn i et seniorhus som er et bo- og aktivitetssenter for eldre. Der får de hybel til sterkt redusert pris, samtidig som de skal gjøre aktiviteter med de eldre beboerne.

I 2018 bevilget Sykehjemsetaten i Oslo 2,6 millioner kroner til trivselstiltak ved langtidshjem og helsehus i Oslo. Et av kriteriene for tilskudd er at tiltaket skal stimulere til generasjonsmøter med barn og unge for samspill og etablering av sosiale nettverk på tvers av generasjoner.

Regjeringen vil

- Legge til rette for generasjonsmøter på lokale arenaer som sykehjem, omsorgsboliger, skoler

og friområder/parker, som del av ny strategi mot ensomhet

3.2 En familie og oppvekst hvor barn og unge opplever omsorg og trygghet

Både familie, barnehage og skole er sentrale arenaer for barn og unges helse og utvikling. Mens barnehage og skole er felles strukturer utenfor privatlivet, er familien en privat arena hvor virkemidlene må være annerledes enn på offentlige arenaer.

Foreldrene er som oftest de viktigste personene i barns liv. I familien skal barn få kjærlighet, trygghet til å være seg selv og støtte til å vokse og utforske verden på egen hånd. I familien legges grunnlaget for fremtidig samfunnsdeltakelse og overføring av verdier mellom generasjoner. Nettopp fordi familie spiller en så viktig rolle for barnets utvikling, øker også risikoen for psykiske vansker blant barn og unge dersom belastningene i familien er store og varer over tid.²¹ Å støtte opp om familien som institusjon er derfor av stor betydning for regjeringen.

I hverdagen, på ferie, gjennom småbarnsfaser og ungdomsfaser, møter alle foreldre dilemmaer, vanskeligheter og små og store kriser. Det er normalt å føle at man av og til ikke strekker til som forelder. For noen er situasjonen mer alvorlig. Familier med sammensatte problemer skal være trygge på at det sosiale sikkerhetsnettet fungerer og fanger opp utfordringer i tide. Godt foreldreskap starter i svangerskapet og må følges opp. Fødselsdepresjon rammer mellom 10 og 15 prosent, noe som igjen kan ha betydning for barnets psykiske og fysiske helse. En undersøkelse viste at det særlig er omsorgssvikt og psykisk vold som gir størst utslag for barn og unge, og som gir de høyeste nivåene av depresjon og angst når de voldsutsatte barna er blitt voksne.²² Prosjektet *Familieforsk* ved Folkehelseinstituttet samler i 2019 og 2020 inn data som skal bidra til bedre forståelse av hvordan forhold i og rundt familien henger sammen med barns utvikling og trivsel. På oppdrag fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet gjennomfører Folkehelseinstituttet en kunnskapsoppsummering om konsekvensene av ulik foreldrepraksis. Oppsummeringen forventes publisert høsten 2019.

²¹ Skogen mfl. (2018)

²² Myhre, Thoresen og Hjemdal mfl. (2015)

Regjeringen fremmet i 2018 en strategi for foreldrestøtte.²³ Strategien skal bidra til å forebygge at barn vokser opp under mangelfull eller skadelig omsorg, og at foreldre skal få hjelp til det de ikke mestrer. Kommunene er den viktigste aktøren i å gi støtte til foreldrene. Et mål med strategien er at tilbudet om foreldrestøtte skal bli mer likeverdig, og at alle kommuner skal tilby kvalitetssikret foreldrestøtte. Strategien har tiltak som både retter seg mot hele befolkningen og mot foreldre med behov for ekstra foreldrestøttende tiltak. Tiltak rettet mot foreldre med særlige behov omtales i kapittel 4.1.

Barn trenger støtte fra sine foreldre og omsorgspersoner for å kunne trives og delta aktivt i barnehage og skole. En slik støtte forutsetter at voksne har kjennskap til det norske samfunnet og hvordan barnehage og skole fungerer. Det er derfor viktig at foreldre med innvandrerbakgrunn har gode norskkunnskaper og kjennskap til det norske samfunnet, slik at de kan være den støtten som barna trenger. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom foreldre med innvandrerbakgrunn og barnehagen og skolen for eksempel gjennom hjemmebesøk og fadderordning. En Oslo-skole har innført egne foreldremøter på somali hvor foreldrene får informasjon om norsk skolesystem, barneoppdragelse og likestilling. Det er også viktig at minoritetspråklige barn får mulighet til å gå i barnehage. I 2017 gikk 80 prosent av minoritetspråklige 1–5 åringer i barnehage, mot 94 prosent av den øvrige barnegruppen i alderen ett til fem år. Forskjellen er større jo yngre barna er.²⁴

Barn og unge har en digital hverdag som foreldrene ofte har liten kjennskap til og kunnskap om, og det kan være behov for økt foreldreveiledning på dette området. På politiets nettsider ligger gode råd til hvordan foreldre kan følge med og bidra til at barn og unge ikke blir utsatt for seksuelle overgrep på nettet, eller avtaler fysiske møter med personer de har truffet på nettet.²⁵ Organisasjonen Barnevakten har skreddersydde opplegg for elever og foreldre om temaet digital dannelse og nettvett. Med 25 aktive foredragsholdere besøker Barnevakten årlig over 350 skoler og møter om lag 50 000 elever og foreldre i barne- og ungdomsskoler i Norge.

Foreldrenes digitale hverdag kan også være en utfordring. De siste årene har det vært økt oppmerksomhet om hvilken betydning omsorgsper-

soners skjermbruk har for samspillet med barna. Enkelte studier viser til en negativ innvirkning på tidlig tilknytning.²⁶ Jordmødre og helse-sykepleiere har blitt mer oppmerksomme på denne utfordringen og informerer foreldre og omsorgspersoner om betydningen av tilstedeværelse og kontakt fra barnet er nyfødt.²⁷ I Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale faglige retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten omtales betydningen av samspill som uttrykk for kommunikasjonen mellom barnet og foreldrene. Samspillet mellom foreldre og barn er av avgjørende betydning for barnets fysiske, psykiske, intellektuelle og psykososiale utvikling. Utstrakt bruk av digitale verktøy, som for eksempel smarttelefon, kan forstyrre samspillet og bidra til at barnets behov ikke blir fanget opp. Det bør innhentes mer kunnskap om betydningen av foreldrenes bruk av digitale medier og hvordan det påvirker samspillet og tilknytningen til barnet.

Regjeringen vil

- Øke og spre kunnskapen om sosialt samspill mellom foreldre og barn, herunder betydningen av foreldres skjermbruk på tilknytning og psykisk helse

3.3 Et leke- og læringsmiljø som fremmer barn og unges livsmestring og god psykisk helse

Et godt leke- og læringsmiljø omfatter både det fysiske og det psykososiale miljøet. Viktige kjenne-tegn ved et godt psykososialt miljø er inkluderende vennskap, trygge voksne, forebygging av sosial ekskludering og krenkelsers som diskriminering, trakassering, vold og mobbing. Barnehagen skal fremme et inkluderende og stimulerende miljø hvor alle barn skal oppleve å bli sett og kan delta i lek. Miljøet skal støtte opp om barns lyst til å leke, utforske, lære og mestre.

I barnehageloven § 3 omtales også barns rett til medvirkning: Barn i barnehagen har rett til å gi uttrykk for sitt syn på barnehagens daglige virksomhet, de skal jevnlig få mulighet til aktiv deltakelse i planlegging og vurdering av barnehagens virksomhet og deres synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med alder og modenhet.

På samme måte skal et godt inkluderende læringsmiljø i skolen både fremme elevenes læring

²³ Barne- og familiedepartementet (2018)

²⁴ SSB (2018c)

²⁵ Politiet (2018)

²⁶ Myruski mfl. (2018); Kildare og Middlemiss (2017)

²⁷ Hansen mfl. (2017)

og legge grunnlaget for at elevene kan bli trygge, kreative og selvstendige. Opplæringsloven slår fast at skolen aktivt og systematisk skal arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø. Også skoleelever skal medvirke i egen skolehverdag. Det slås fast i kapittel 9a i opplæringsloven om elevenes skolemiljø at «Skolen skal sørge for at involverte elever blir høyrde. Kva som er best for elevene, skal vere eit grunnleggjande omsyn i skolen sitt arbeid». Flere kompetansemål i fagenes læreplaner omtaler barn og unges medvirkning.²⁸

Forebygge mobbing, ekskludering og trakassering i barnehagen og skolen

Mobbing, sosial ekskludering og krenkelser skjer både i barnehage og skole. Ny rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver trådte i kraft 1. august 2017. Der understrekes det at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon og være en arena hvor fysisk og psykisk helse skal fremmes. Barnehagen skal bidra til barnas trivsel, livsglede, mestring og følelse av likeverd, samtidig som barnehagen skal forebygge krenkelser, mobbing, diskriminering, vold og overgrep. I rammeplanen står det eksplisitt at dersom et barn opplever krenkelser eller mobbing, må barnehagen håndtere, stoppe og følge opp dette. Personalet skal ha et bevisst forhold til at barn kan være utsatt for omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep, og vite hvordan dette kan forebygges og oppdages. Rammeplanen sier også at personalet skal bidra til at barna utvikler et bevisst forhold til retten til å bestemme over egen kropp og respekt for andres grenser.

Forskning om mobbing i barnehagen viser at 8–12 prosent av barnehagebarna opplever mobbing, noen både av barn og av voksne.²⁹ Tidligere studier viser at flere av elevene som faller fra i videregående opplæring har vært utsatt for mobbing allerede i barnehagen.³⁰

I elevundersøkelsen fra 2018 svarte 6,1 prosent av elevene at de mobbes på skolen 2–3 ganger i måneden eller oftere.³¹ Forskning viser at barn og unge med særlige behov er mer utsatt for mobbing. Blant annet har barn og unge med atferdsvansker eller sosiale og emosjonelle vansker høyere risiko for dette.³² I Hørselshemmedes Lands-

forbunds mobbeundersøkelse svarer mer enn hver fjerde hørselshemmede elev (28 prosent) at de blir mobbet flere ganger i måneden. Analyser av Ungdata-undersøkelsen viser at mobbing er mer utbredt blant unge med lav sosioøkonomisk bakgrunn. Unge i denne gruppen er ikke bare oftere utsatt for mobbing – de deltar også oftere selv i plaging og utfrysning av andre.³³

Antirasistisk senter ga i 2017 ut en rapport om opplevd rasisme blant ungdom.³⁴ Rapporten viser at svært mange ungdommer har hatt opplevelser med rasisme på skolen. Av 247 respondenter hvor én eller begge foreldrene er født i et annet land enn Norge, oppgir 24 prosent at de har opplevd rasisme, diskriminering eller urettferdig behandling regelmessig (2–3 ganger i måneden eller oftere) mens de gikk på barneskolen. 25,6 prosent har opplevd det samme mens de gikk på ungdomsskolen.

Opplevelse av rasisme og diskriminering har innvirkning på den psykiske helsen. En kunnskapsoppsummering fra NOVA om etnisk diskriminering av barn og unge i Norge, viser at rasisme og diskriminering kan ha betydelige negative konsekvenser, blant annet kan det gi symptomer på angst og depresjon.³⁵

Regjeringen har lansert nye tiltak mot mobbing i barnehage og skole. Tiltakene omfatter lovendringer, kompetanseheving, støtte og veiledning til barn og unge som utsettes for mobbing og andre krenkelser, og til deres familier.³⁶ Hovedsatsingen for å styrke de voksnes kompetanse til å forebygge, avdekke og håndtere mobbing i både barnehager og skoler, er en kompetansepakke som nå brukes av mer enn 800 skoler og barnehager over hele landet, sammen med sine respektive kommuner. Kompetansepakken inneholder ulike tiltak, fra svært omfattende skolering med eksterne veiledere for kommuner med store mobbeutfordringer i barnehager og skoler, til nettbaserte tilbud for kommuner som selv er i stand til å håndtere disse utfordringene. Innsats mot digital mobbing er en del av alle satsingsområdene.

Regjeringen har, sammen med 13 organisasjoner, forpliktet seg til et langsiktig samarbeid mot mobbing gjennom *Partnerskap mot mobbing*. Partnerskapet ble etablert i 2016 og forplikter til både

²⁸ Eksempel fra Læreplan i samfunnsfag (Samfunnskunnskap). Kompetansemål etter 10. årssteget: gje døme på kva samarbeid, medverknad og demokrati inneber nasjonalt, lokalt, i organisasjonar og i skolen.

²⁹ Lund mfl. (2015); Bratterud mfl. (2012)

³⁰ Lund (2014)

³¹ Wendelborg (2019)

³² Øksendal (2016)

³³ Bakken, Frøyland og Sletten (2016)

³⁴ Antirasistisk senter (2017)

³⁵ Seeberg (2011)

³⁶ Opplæringslova: § 9 A-3. Nulltoleranse og systematisk arbeid. (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (LOV-1998-07-17-61)

Boks 3.6 Benjaminprisen

Mobbing, trakassering og vold henger tett sammen. Benjaminprisen deles ut hvert år i forbindelse med den internasjonale minnedagen for Holocaust og går til en skole som arbeider aktivt mot rasisme og diskriminering. Prisen er oppkalt etter Benjamin Hermansen, som 15 år gammel ble drept av erklærte nyanazister i 2001. Prisen er på 250 000 kroner, et diplom og en byste som er en miniatyr av minnesmerket over Benjamin Hermansen. Kunnskapsministeren deler ut prisen på vinner-skolen.

Les mer: www.benjaminprisen.no

felles tiltak og tiltak i den enkelte organisasjon. Partnerne skal blant annet bidra til å utvikle kompetanse lokalt om virkemidler for å forebygge, avdekke og håndtere mobbing og krenkelser, spre informasjon og bygge lokale nettverk. Høsten 2018 ble en nasjonal ordning med mobbeombud etablert for alle barn og elever i barnehage og grunnskole i alle fylker. Den nye ordningen skal sikre at mobbeombudene får arbeide uavhengig av skoleeier. Ombudene skal også bidra til et godt samarbeid med eksisterende elev- og lærlingombud om skolemiljø i videregående opplæring. Ordningen er frivillig for fylkeskommunene, men samtlige ønsker å delta. Den vil bli finansiert som et spleiselag mellom staten og fylkeskommunene. Oppfølging av barn og unge som utsettes for mobbing omtales nærmere i kapittel 5.2.5.

Mobbing skjer også på digitale arenaer. Medietilsynets Barn- og medierundersøkelse avdekker at hele 28 prosent av 9–18-åringene i undersøkelsen har opplevd at noen har vært slemme med dem eller mobbet dem på nett, spill eller mobil.³⁷ Tiltak mot digital mobbing er utviklet både for å forebygge negative psykososiale konsekvenser av å oppleve digital mobbing, samt å hindre eller redusere forekomsten av digital mobbing.³⁸ Innholdet i tiltakene varierer imidlertid mye og målgruppene er ulike (barne- og ungdomsskole og videregående skole). Folkehelseinstituttet har utgitt en rapport som gir en systematisk oversikt over evalueringer av eksisterende

tiltak rettet mot digital mobbing. Det er også gjort en vurdering av kvaliteten på studiene.³⁹

3.3.1 En barnehage som fremmer trygghet, deltakelse og sosial støtte gjennom lek og fellesskap

Å møte barns behov for omsorg, trygghet og anerkjennelse, og å sikre at barna får ta del i og medvirke i fellesskapet, er viktige verdier som skal gjenspeiles i barnehagen. En god barndom som er preget av trivsel, vennskap og lek, er grunnleggende for videre utvikling. Barnehagens ansatte skal bidra til at alle barn føler seg sett og anerkjent for den man er, og bidra til å synliggjøre den enkeltes plass og verdi i fellesskapet. I barnehager med god kvalitet har ansatte kunnskap om barnegruppens og enkeltbarns trivsel og utvikling, slik at de kan gi alle barn et tilrettelagt tilbud i tråd med barnehage-loven og rammeplanen.

Barnehagen kan ha viktige forebyggende effekter på barns utvikling. Forutsetningen er at barnehagen har god kvalitet. Forskningsprosjektet GoBaN (Gode barnehager for barn i Norge) har synliggjort at kvaliteten i norske barnehager ikke er så god som mange har trodd, og at det er store kvalitetsforskjeller mellom barnehagene.⁴⁰

Internasjonal forskning skiller ofte mellom *strukturell kvalitet* (bygninger, plass, uteområdet, tilgjengelig pedagogisk materiale, personalets utdanning m.m.) og *prosesskvalitet* (kvaliteten i relasjoner og mellommenneskelige prosesser i barnehagen). Prosesskvalitet regnes som særlig viktig, men har til nå vært lite undersøkt i Norge. Nå gjennomføres imidlertid flere forskningsprosjekter som vil gi ny kunnskap om prosesskvaliteten i barnehagen. Ved Folkehelseinstituttet ble det i 2018 igangsatt en studie som del av Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa Kinder). Studien går over fire år og skal se på hvordan barnehager kan fremme god psykisk helse og livskvalitet hos barn. Målet er at kunnskapen fra studien skal brukes til å styrke det helsefremmende potensialet i norske barnehager. Selv om det ikke er utarbeidet nasjonale systemer for hvordan ny kunnskap tas i bruk, er det tydelige føringer i forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver. Barnehagen skal være en lærende orga-

³⁹ Ulriksen og Knapstad (2016)

⁴⁰ GoBaN (Gode barnehager for barn i Norge) er Norges største forskningsprosjektet innen barnehagefeltet og undersøker hvordan norske barnehager påvirker barnegebarn, hva som karakteriserer en god barnehage og hvilke faktorer som påvirker barnas trivsel, måloppnåelse og utvikling.

³⁷ Medietilsynet (2018)

³⁸ Utdanningsdirektoratet (2017)

nisasjon som oppdaterer seg, og planleggingen av det pedagogiske arbeidet skal baseres på kunnskap om barns trivsel og utvikling.

Et av satsingsområdene i *Regjeringens kompetansestrategi for barnehagene (2018–2022)*, er at personalet skal få økt kompetanse i å fremme et godt og inkluderende leke- og læringsmiljø. Barnehagens arbeid med å forebygge, avdekke, stoppe og følge opp mobbing er spesifikt nevnt som et mulig tema for kompetanseutvikling. Barns rettigheter og hva som kjennetegner et inkluderende, likestilt og helsefremmende barnehagemiljø inngår også i rammeplan for barnehagelærerutdanning fastsatt av Kunnskapsdepartementet 4. juni 2012.

1. august 2018 trådte ny norm for pedagogisk bemanning i barnehagen i kraft. Det innebærer at barnehagen skal ha en forsvarlig pedagogisk bemanning, med minst én pedagogisk leder per sju barn under tre år og én pedagogisk leder per 14 barn over tre år. Ett barn til utløser krav om en ny fulltidsstilling som pedagogisk leder. Fra samme dato trådte også en ny bemanningsnorm i kraft. Bemanningsnormen stiller krav om minimum én ansatt per tre barn under tre år og én ansatt per seks barn over tre år. Både skjerpet pedagognorm og innføring av bemanningsnorm skal sikre at det pedagogiske tilbudet i barnehagen blir styrket og at det er nok voksne til å gi barna trygg og god omsorg.

Dagens barnehagelov har ikke regler som direkte regulerer det psykososiale miljøet eller det fysiske barnehagemiljøet. I et anmodningsvedtak fra Stortinget i 2016 bes regjeringen fremme forslag om egen lovhjemmel om et trygt omsorgs- og læringsmiljø i barnehagen. Regjeringen vil igangsette et lovarbeid om dette.

Regjeringen vil

- Følge opp ny forskrift om rammeplan for barnehagenes innhold og oppgaver
- Sette i gang et lovarbeid om et trygt og godt barnehagemiljø
- Følge opp ny bemanningsnorm og skjerpet pedagognorm i barnehagen
- Ta i bruk kunnskap fra MoBa Kinder, GoBaN, SOL-studien, Stavanger-prosjektet og bidra til at kunnskap fra andre studier om kvalitet i barnehagene blir tatt i bruk
- Følge utviklingen med fylkesvise og regionale mobbeombud

3.3.2 Skolen som arena for læring og livsmestring

Alle barn og elever har rett til et godt og inkluderende læringsmiljø uten mobbing. Med læringsmiljø menes kulturelle, relasjonelle og fysiske forhold på skolen som har betydning for elevenes læring, helse og trivsel. Opplæringsloven har regler som tydelig lovfester enhver elevs rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring. Det er også lovfestet at skolene skal ha nulltoleranse mot krenkelser som mobbing, vold, diskriminering og trakassering. Høsten 2017 ble det innført nye regler om skolemiljø som stiller strenge krav til skoler og skoleeiere, blant annet gjennom innføring av en aktivitetsplikt. Det nye regelverket skal legge til rette for at elevene får hjelp enklere og raskere. Loven slår nå fast at alle som arbeider i skolen har plikt til å følge med, gripe inn og varsle hvis de får mistanke om eller kjennskap til at en elev ikke har et trygt og godt skolemiljø. Skolen har også plikt til å undersøke og sette inn egnede tiltak som sørger for at eleven får det trygt og godt på skolen. Regelverksendringene skal evalueres i 2019.

Kunnskapsdepartementet satte i 2017 i gang arbeidet med å fornye alle fagene i grunnskolen og fellesfagene i videregående opplæring. Fagfornyelsen skal gjøre skolens innhold mer tilpasset den kompetansen barn og unge trenger i fremtiden. Fagene skal få mer relevant innhold, tydeligere prioriteringer og sammenhengen mellom fagene skal bli bedre. Gjennom fagfornyelsen skal det også innføres tre tverrfaglige temaer. Ett av disse temaene er folkehelse og livsmestring. Aktuelle områder innenfor dette temaet kan være fysisk og psykisk helse, levevaner, seksualitet og kjønn, rusmidler, mediebruk, forbruk og personlig økonomi. Læreplangrupper har konkretisert innholdet i læreplanene. Planene sendes på høring våren 2019 og fastsettes høsten 2019. De nye læreplanene skal tas i bruk høsten 2020.

Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner (LNU) har samlet innspill fra barn og unge og fagpersoner om behov, innhold og løsninger for livsmestring i skolen. I rapporten *Livsmestring i skolen. For flere små og store seiere i hverdagen*, kommer de med flere anbefalinger om hva som skal til for å øke mestringskompetanse, og hvordan dette konkret kan se ut som del av skolehverdagen.

Enkelte skoler har på eget initiativ satt psykisk helse og livsmestring på dagsorden. Høsten 2017 fikk niendeklassinger ved en skole i Trondheim livsmestring som eget tema på timeplanen. Øst-

fold har, som det første fylket i landet, satt livsmestring og psykisk helse på timeplanen i alle videregående skoler gjennom tiltaket *Tankekraft – et livsmestringsprogram*. Østfold har fått midler fra Folkehelseprogrammet til å prøve ut tiltaket, og alle lærerne i fylket kurses i arbeid med psykisk helse som tema i skolen. Tiltaket får også støtte fra Extrastiftelsen og skal evalueres av Folkehelseinstituttet.

Nasjonale retningslinjer for lærerutdanningene, utarbeidet av Universitets- og høyskolerådet Lærerutdanning, stiller krav til hvilke tverrfaglige temaer som skal inngå i institusjonenes programplaner. Her er psykisk helse ett av temaene. I *Nasjonale retningslinjer for grunnskolelærerutdanningen 5.–10. trinn* heter det for eksempel:

Lærerutdanningen skal sikre at studenten får den nødvendig ferdighet, kunnskap og kompetanse som en lærer må ha for å skape et trygt psykososialt skolemiljø og forebygge og håndtere krenkelser, mobbing, trakassering og diskriminering. Utdanningen må gi studenten kunnskap og kompetanse til å møte ulike likestillingsutfordringer i skolen. Studenten skal kunne ivareta et normkritisk perspektiv og ha øye for elevenes psykiske helse og psykososiale risikofaktorer i skolehverdagen. På bakgrunn av faglige vurderinger skal studenten raskt kunne iverksette nødvendige tiltak og kunne etablere samarbeid med relevante faginstanser. Studenten skal også ha kunnskap om og kunne identifisere tegn på vold eller seksuelle overgrep og kjenne til hvordan nødvendige tiltak skal iverksettes.

I skolen kom det høsten 2018 en norm for lærertetthet, flere lærerspesialister og en plikt for raskt å tilby intensiv opplæring for elever på 1.–4. trinn som blir hengende etter i lesing, skriving eller regning.

Prosjektet *Et lag rundt eleven* ble igangsatt skoleåret 2017/2018, og handler om hvordan bruk av flerfaglig kompetanse i skolen kan bidra til å styrke skolens generelle lærings- og arbeidsmiljø.⁴¹ Kunnskapsdepartementet har satt i gang en evaluering som skal gi ny kunnskap om hvordan det er hensiktsmessig å bruke flerfaglig kompetanse i skolen. Dette kan handle om økt tverrfaglig samarbeid mellom aktører i og rundt skolen, styrking av utvalgte ressurser eller kombinasjoner av dette. Evalueringen skal undersøke hvilken effekt utvalgte tiltak har for læringsmiljø og

Boks 3.7 Psykisk helse på timeplanen

Skoler i Østfold har satt psykisk helse på timeplanen. Tema for undervisningen skal være:

- hvordan tanker og følelser oppstår
- tankerydding
- å styre følelsene med handlinger
- hvordan tankene påvirker kontakten med andre
- hva du selv kan gjøre når det blir vanskelig

Les mer: www.ostfoldfk.no

læringsutbytte. Innsatsen skal særlig komme elever på 5.–7. trinn til gode. Delfunn blir publisert som fagartikler og vitenskapelige artikler, og sluttrapportene leveres i juni 2020.

Stoltenberg-utvalget ble nedsatt for å bygge et nyansert og balansert kunnskapsgrunnlag om hvorfor kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner oppstår. Den overordnede utfordringen som utvalget har utredet er det faktum at gutter er overrepresentert på flere negative statistikker, for eksempel frafall og svake skoleprestasjoner. I utredningen som ble levert 4. februar 2019 (NOU 2019: 3 *Nye sjanser – bedre læring – Kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*), foreslås en rekke tiltak.

Redusere stress og press og øke livsmestring i skolen

Ungdata og flere andre studier viser at det har vært en økning i psykiske plager de siste årene, særlig blant unge jenter. I en rapport fra 2017 har NOVA undersøkt hva som ligger bak unges selvrapporterte psykiske plager, og har sett på skolepress, kroppspress og sosiale medier. Utgangspunktet er fokusgruppeintervjuer med 29 ungdommer på 10. klassetrinn i Oslo, og data fra spørreundersøkelsen Ung i Oslo 2015. Undersøkelsen peker blant annet på en tydelig sammenheng mellom skolestress og psykiske plager som depressive symptomer. Den viser også at langt flere jenter enn gutter opplever skolerelatert press. Ungdommene som deltok i fokusgruppeintervjuene opplevde at det var en meningsammenheng mellom psykisk helse, stress og krav fra skolen. Ifølge ungdommene handlet presset både om vedvarende prestasjonspress i hverdagen, og mer langsiktig press knyttet til utdanning og karriere. Resultatene fra studien kan imidlertid ikke si noe

⁴¹ Utdanningsdirektoratet (2017 b)

om hvorvidt det er en årsakssammenheng mellom skolestress og psykiske problemer, og kan heller ikke generaliseres til unge fra hele landet. Studien konkluderer med at det er behov for mer forskning om hvorfor skolen oppleves å skape mye press og hva man kan gjøre med det.

Kunnskapsdepartementet bestilte i 2017 en systematisk kunnskapsoversikt om årsaker til skolestress. Stress i skolen skyldes ifølge kunnskapsoversikten en opplevd ubalanse mellom krav og forventninger på den ene siden og støtte fra skolen på den andre siden. Det handler både om forventninger elevene har til seg selv, og forventninger fra skolen, lærerne, foreldrene og samfunnet hvor de skal få en jobb og lykkes. Kunnskapsoversikten har fire konkrete råd til hva skolen kan gjøre for å motvirke stress: 1) engasjerende undervisning, 2) godt læringsmiljø, 3) jevn arbeidsbelastning, 4) unngå utvikling av «stresskultur» på skolen.⁴²

Lekser er ikke pålagt eller regulert fra nasjonalt hold, men norsk skole har tradisjon for at elevene forbereder seg eller øver og repeterer på oppgaver hjemme. Rådene fra kunnskapsoversikten viser at det er behov for koordinering og bevissthet rundt elevenes totale belastning på skolen. Flere skoler har prøvd ut tiltak knyttet til leksefri eller mindre lekser og prøver for å redusere skolestress blant elevene. I Moss skal to barneskoler og en ungdomsskole teste å være leksefri neste skoleår. Også Tønsberg kommune har satt stress og psykiske problemer på dagsorden og vil innføre en standard for hvor mye lekser elevene skal ha. I tillegg skal ingen elever ha mer enn to prøver eller store innleveringer i løpet av en uke. Prosjektet varer ut 2019 og skal deretter evalueres.

Vi trenger skoler som inkluderer alle, hvor man møtes med varme, trygghet og forståelse.

Forandringsfabrikken, innspillmøte med barne- og ungdomsorganisasjoner, 2. mai 2018

Barn og unge trenger å høre at det ikke er unormalt å slite med å mestre livet hele tiden og godta dette.

Kristiansand ungdomsråd, innspillmøte med barne- og ungdomsorganisasjoner, 2. mai 2018

På innspillmøter har barn og unge etterlyst mer kunnskap om psykisk helse i skolen og hvordan de kan mestre livet. Programmene under tilskuddsordningen *Psykisk helse i skolen* har pågått over flere år. Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av kommuner og skolers implementering og

bruk av psykisk helse-programmene i skolen. Målet er å sikre kunnskap om i hvilken grad kommuner og skoler benytter programmene i tilskuddsordningen og i hvilken grad programmene inngår i kommunenes systematiske og helhetlige arbeid for barn og unges psykiske helse. Evalueringen skal også kartlegge spredningen av programmene som inngår i tilskuddsordningen på kommune- og skolenivå, og vurdere hvordan stat og frivillig sektor mer systematisk kan støtte kommunene i arbeidet med psykisk helse hos elevene utover å implementere skoleprogrammene. Helse- og omsorgsdepartementet vil, på bakgrunn av evalueringsrapporten, vurdere videre oppfølging.

Psykologistudenter ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har utviklet et nytt undervisningsopplegg om psykisk helse i skolen: Psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU). Opplegget drives og videreutvikles av frivillige studenter ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Psykologistudentene besøker klasser i ungdomsskolen og holder undervisning om psykisk helse. Med et tretimers opplegg går de sammen med elevene gjennom viktige temaer. Hensikten med undervisningsopplegget er å styrke ungdommens psykiske helse. Samtidig får psykologistudentene viktig trening i forebyggende arbeid og kunnskap om psykisk helse hos ungdom. Dette kan gi et godt grunnlag for senere arbeid som psykologer i kommunene.

Prosjektet *Skolen som arena for barn og unges psykiske helse* har sett på hvordan skolen kan være en psykisk helsefremmende arena. Målet har vært å få mer kunnskap om hvordan skoler og kommunale tjenester kan styrke barn og unges psykiske helse. Forskerne har fulgt skoler i fire kommuner og gitt innspill til skolenes lærings- og endringsprosesser underveis. De konkluderer med at arbeid med barn og unges psykiske helse med fordel kan inngå i et helhetlig skoleutviklingsarbeid. Prosjektet viste at skolenes forståelse av begrepet psykisk helse endret seg over tid. Fra å snakke om psykisk uhelse, gikk skolene over til å snakke om skolen som forebyggende arena for barn og unges psykiske helse. Deltaelse i prosjektet hadde også en positiv effekt på samarbeidet mellom lærere og andre faggrupper. Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Fysisk aktivitet i skolen kan være viktig for å fremme både læring, fysisk og psykisk helse. Norges idrettshøgskole har gjennomført en studie om utprøving av økt fysisk aktivitet for elever på ungdomstrinnet som ser på effekten av økt fysisk aktivitet på læring, læringsmiljø, fysisk og psykisk

⁴² Lillejord, Børte, Ruud og Morgan (2017)

helse. Det viste seg at elevene som fikk bevege seg mer, også lærte bedre. I tillegg førte det til mer trivsel, bedre læringsmiljø og at mange kom i bedre fysisk form. Studien er oppfølging av et tiltak i folkehelsemeldingen *Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014–2015)).⁴³

Skolefritidsordningen og Aktivitetsskolen (SFO/AKS)

Barn skal få omsorg og tilsyn, og ha mulighet for leke-, kultur- og fritidsaktiviteter tilpasset barnas og foreldrenes behov. Opplæringsloven § 13-7 pålegger alle kommuner å ha et tilbud om skolefritidsordning (SFO) før og etter skoletid for 1.–4. trinn, og for barn med særskilte behov på 1.–7. trinn. Opplæringsloven kapittel 9a, *Elevane sitt skolemiljø*, omhandler både det fysiske og det psykososiale skolemiljøet til elevene, og tydeliggjør også elevenes rett til medvirkning. Kravene til skolemiljøet gjelder også for skolefritidsordningen. I tillegg til opplæringsloven, gjelder forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler for skolefritidsordningen. Opplæringsloven stiller krav til medvirkning for foreldre og barn i saker som angår deres skolemiljø. Dette gjelder også for SFO. Uavhengig av rammer, ressurser og aktivitetstilbud, er utøvelsen av voksenrollen kanskje den viktigste kvalitetsfaktoren for barnas og foreldres opplevelse av SFO. Voksenrollen handler om hvordan SFO-ansatte forholder seg til barna, men også om hvordan de SFO-ansatte forholder seg til hverandre, til foreldrene og til skolepersonalet. Innholdet i SFO bør planlegges og organiseres, slik at det gis mulighet for barns medvirkning.

Fysisk lek utgjør en betydelig del av barnas SFO-tid, og er viktig for barnas læring. I den frie leken oppnår barna høyere puls, mer utholdenhet og større kroppslige utfordringer enn ved voksenstyrt aktivitet.⁴⁴ Mange kommuner har fysisk aktivitet som et satsingsområde i SFO. Evalueringen av prosjektet *Helhetlig skoledag* viser at deltakerne i forsøket vurderer fysisk aktivitet som positivt for barnas konsentrasjon, ro og orden.⁴⁵ Fysisk aktivitet er også et område der mange skoler samarbeider med eksempelvis lokale idrettslag og idrettslinjen på videregående skole.

Måltider i skole- og SFO-hverdagen er viktig for utvikling av et sunt kosthold og en god helse. Nordiske erfaringer viser at det å tilby sunn mat og hindre tilgang til usunn mat kan være et virkemiddel for å endre kostholdet til barna. Disse erfa-

ringene tilsier at det også er viktig hvordan man legger opp måltidet. Måltidet kan brukes som en arena for læring og etablering av gode sosiale samspill. Både Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer for mat og måltider i skolen* (2015) og regjeringens *Nasjonale handlingsplan for bedre kosthold* (2017–2021) understreker betydningen av mat og måltids glede både i skolen og SFO/AKS.

NTNU Samfunnsforskning har gjennomført en nasjonal evaluering av skolefritidsordningene. Rapporten blir del av kunnskapsgrunnlaget for stortingsmeldingen om tidlig innsats og inkluderende fellesskap, som skal legges fram høsten 2019.

Regjeringen vil

- Følge opp forskningsbasert evaluering av programmene *Psykisk helse i skolen*
- Vurdere om tilskudd til psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU) skal videreføres
- Videreføre tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk
- Innføre folkehelse og livsmestring som ett av tre tverrfaglige temaer i læreplanverket, i tråd med føringene i Meld. St. 28 (2015–2016) *Fag – Fordypning – Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet* og overordnet del av læreplanverket

3.4 En trygg digital hverdag

Digitale medier spiller en sentral rolle i hverdagen til barn og unge, og mediebruken er i stadig endring. Nye og andre medier kommer til, de sosiale rammene rundt bruken endres, og tidsbruken har økt kraftig. Ni av ti barn og unge i alderen 9–18 år oppgir at de bruker ett eller flere sosiale medier.⁴⁶

De nye medievanene gir nye muligheter for utvikling og læring, men også nye utfordringer. Digitale medier kan bidra til økt selvtilit, sosial kapital og sosial støtte, være kilder til hjelp og informasjon og gi muligheten til å åpne seg for andre. Blant de negative sidene kan være økt kroppspress, sosial isolasjon, opplevelse av ensomhet, økt sammenlikning med andre, økt eksponering for skadelig og støtende innhold, økt sannsynlighet for å bli mobbet på nett og økt risiko for å bli utnyttet (grooming). Det er behov for å finne ut mer om årsaksammenhenger knyt-

⁴³ Kolle m.fl. (2019)

⁴⁴ Utdanningsdirektoratet (2015)

⁴⁵ Ramboll Management Consulting (2013)

⁴⁶ Medietilsynet (2018)

tet til barn og unges mediebruk for å kunne fremme mer målrettede tiltak.

I Medietilsynets Barn- og medier-undersøkelse svarer 95 prosent av barn og unge mellom 9 og 18 år at de har sin egen smarttelefon. Økningen har særlig vært stor blant 9–11-åringer: Mens 67 prosent i denne aldersgruppen hadde sin egen smarttelefon i 2014, er andelen i 2018 på 87 prosent. 49 prosent oppgir at de hadde brukt telefonen sin i to timer eller mer dagen i forveien. 45 prosent mener de bruker for mye tid på mobilen.⁴⁷

Bruk av internett kan være en kilde til konflikt og uenighet mellom foreldre og barn. 20 prosent av 9–16-åringer svarer at de er uenige med foreldrene om hva de skal få lov til å gjøre på internett, mens 55 prosent rapporterer om uenighet knyttet til tidsbruk.⁴⁸ Medietilsynets undersøkelse fra 2018 viser at nesten halvparten av norske 9–18-åringer foretrekker sosiale medier som kilde til nyheter. Snapchat og Instagram er de to mest populære sosiale mediene.

Regjeringen vil følge opp et anmodningsvedtak fra Stortinget om å utarbeide nasjonale retningslinjer for barnehage- og skoleeiere, slik at de tar i bruk løsninger som skjuler alvorlig skadelig innhold på nettbrett, PC og andre digitale enheter som deles ut til, eller er tilgjengelige for barna (anmodningsvedtak nr. 592 og Dokument 8:124 S (2017–2018)). Utdanningsdirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide de nasjonale retningslinjene. Målsettingen med retningslinjene er at barnehage- og skoleeier iverksetter egnede tiltak for å forhindre at de yngste barna blir utsatt for alvorlig skadelig innhold. Utdanningsdirektoratet skal også vurdere om det er nødvendig med veiledning rettet mot barn og unge på høyere skoletrinn. I denne sammenheng kan det også vises til at et av tiltakene i *Opptappingsplan mot vold og overgrep* (Prop. 12 S (2016–2017)) er å gjøre barnehager og skoler bedre i stand til å informere barn og foreldre om nettvett og internettrelaterte overgrep. Justis- og beredskapsdepartementet leder arbeidet med en egen strategi mot internettrelaterte overgrep.

3.4.1 Kroppspress, selvbilde og psykisk helse

Mange unge rapporterer om økt kroppspress og dårlig selvbilde i møte med en sminket virkelighet på sosiale medier. Kroppspress bidrar trolig til dårlig selvbilde og psykiske plager, men det er

Boks 3.8 Skjønnhetstyranniet

Norske Kvinners Sanitetsforening har oppmerksomhet på skjønnhetstyranniet som en helseutfordring, gjennom kampanjene *Lei av å bli lurt* om retusjering, og *#Jeglikerdeg*, hvor foreldre og andre voksne oppmuntres til å bry seg om barnas forhold til kropp og kroppspress. Målet er å styrke foreldre og foresatte slik at de blir mer bevisste på at de er viktige rollemodeller, og gi råd som gjør at voksne kan forebygge kroppspress hos barn og unge.

Les mer: www.sanitetskvinnene.no

relativt få norske studier som kan si noe sikkert om årsakssammenhenger. I rapporten *Stress og press blant ungdom*, har Velferdsforskningsinstituttet NOVA undersøkt sammenhenger mellom psykiske helseplager og skolepress, kroppspress og sosiale medier.⁴⁹ Rapporten viser en relativt sterk sammenheng mellom kroppspress og depressive plager blant jenter, men en noe svakere sammenheng blant gutter. Forskere har påpekt at det mangler kunnskap om gutter og deres forhold til psykisk helse og kropp, og at det kan være behov for andre tilnærminger når man skal undersøke hvordan gutter snakker om og opplever egen selvtillit og eget selvbilde.⁵⁰

Negativt kroppsbilde kan bidra til ulike spiseforstyrrelser, undervekt og fedme. Flere internasjonale studier viser til sammenhenger mellom kroppspress og dårlig selvbilde blant barn og unge. En gjennomgang av 20 studier viste at bruk av sosiale medier har sammenheng med dårlig selvbilde og spiseforstyrrelser, både blant gutter og jenter.⁵¹ Gjennomgangen konkluderer med at selv om det å begrense tiden på sosiale medier kanskje ville være det beste, er det neppe gjennomførbart. Forskerne anbefaler heller å øke unges kunnskap og bevissthet om de mulige konsekvensene av å bruke sosiale medier. Det er viktig å vurdere hvordan myndighetenes informasjons- og kommunikasjonsarbeid om kosthold og fysisk aktivitet kan utformes for å unngå at det bidrar til økt kroppspress.

Regjeringen har i Granavolden-plattformen sagt at det skal gjennomføres tiltak for å motvirke

⁴⁷ Ibid

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ Eriksen mfl. (2017)

⁵⁰ NRK (2018)

⁵¹ Holland og Tiggemann (2016)

Boks 3.9 «Influensere»

Med påvirkere eller influensere menes gjerne enkeltpersoner som har stor påvirkningskraft i sosiale medier. Mange påvirkere, blant annet bloggere, instagrammere og youtubere innen mote, helse og livsstil, brukes i innholdsmarkedsføring og får betalt for å vise fram eller omtale visse merkevarer på en personlig og positiv måte. På denne måten kan de påvirke forbrukernes holdninger og beslutninger.

usunt kroppspress og for å fremme et positivt selvbilde og selvtilit hos barn og unge. For å øke barn og unges bevissthet omkring reklame, har Barne- og familiedepartementet i samarbeid med Mediekompasset, Forbrukerrådet, Forbrukertilsynet og SIFO utarbeidet et arbeidshefte om reklame til bruk i skolen. Heftet beskriver både hvor reklamen finnes, hvordan den påvirker, og hvilke virkemidler og kanaler reklamebransjen benytter seg av. Siden høsten 2016 er det sendt ut over 60 000 hefter, og det er fortsatt stor etterspørsel. Utviklingen innenfor sosiale medier og reklame går raskt. Barne- og familiedepartementet vurderer derfor om heftet bør revideres. Medietilsynet har utgitt rapporter og veiledningsmateriell for foreldre og barn og unge, blant annet brosjyren *Det er så mye foreldre ikke forstår*, som er rettet mot foreldre med barn mellom 7 og 12 år.

Barne- og familieministeren og eldre- og folkehelseministeren arrangerte i juni 2018 et rundebordsmøte der bloggere, andre påvirkere/influensere, nettverk og annonsører ble invitert for å finne gode tiltak for å motvirke kroppspress. Etter møtet har Medietilsynet utarbeidet en skisse til etiske retningslinjer rettet mot bloggere/påvirkere, nettverk og annonsører. Forbrukertilsynet har bidratt som en faglig ressurs. Tilsynet har fått i oppdrag å prioritere tilsynsoppgaver med markedsføring rettet mot barn og unge som bidrar til uønsket kroppspress. På bakgrunn av skissen har Barne- og familiedepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vært i dialog med aktørene, slik at de kan ferdigstille endelige etiske retningslinjer. Å opprette et faglig utvalg for influensermarkedsføring, etter modell av matbransjens faglige utvalg, er blant foreslåtte tiltak som det arbeides videre med.

Regjeringen følger også opp en rekke anmodningsvedtak fra Stortinget (vedtak 839, og 850–853 (2017–2018)), om å gjennomgå og fremme

forslag som gjelder regulering av tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner, sikre et forsterket tilsyn med usunn reklame som retter seg mot barn og unge, utrede innstramming i reguleringen av kommersiell markedsføring av kosmetisk kirurgi, og vurdere å foreslå endringer i markedsføringsloven.

Regjeringen vil

- Utarbeide nasjonale retningslinjer for barnehage- og skoleeiere om bruk av løsninger som skjuler alvorlig skadelig innhold på nettbrett, PC og lignende digitale enheter som barn og unge bruker i barnehagen og på skolen
- Legge til rette for det videre arbeidet med etiske retningslinjer for påvirkere, nettverk og annonsører
- Sikre et forsterket tilsyn med usunn reklame rettet mot barn og unge
- Gjennomgå og vurdere endringer i regelverket for tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner
- Gjennomgå og vurdere innstramminger i reguleringen av kommersiell markedsføring av kosmetisk kirurgi
- Foreslå endringer i markedsføringsloven § 2 for å presisere at annonsører skal sørge for at reklamen ikke viser et urealistisk eller usunt skjønnhetsideal
- Foreslå endringer i markedsføringsloven § 21 for å motvirke kroppspress mot barn og unge

3.4.2 Internettrelaterte overgrep og seksuell trakassering

Barn og unge kan bli utsatt for seksuelle krenkelser og handlinger gjennom egen nett- og mobilbruk. Seksuelle krenkelser på nett kan ta ulike former, fra språklig sjikane til alvorlige seksuelle overgrep. Det er viktig å skille mellom seksuell atferd mellom likeverdige i ungdomstiden, og seksuelle handlinger der en voksen krenker barnet.⁵²

Medietilsynets undersøkelse fra 2018 om barn og unges nettbruk viser at 26 prosent av jentene og 10 prosent av guttene i alderen 13–18 år hadde fått seksuelle kommentarer som de opplevde som sårende, ubehagelige eller truende.⁵³ Totalt 13 prosent i alderen 13–18 år hadde sendt nakenbilder av seg selv. 37 prosent av jentene som hadde sendt nakenbilder sier at de har følt seg presset til å sende bildene, mens kun 11 prosent av guttene sier det samme.

⁵² Redd barna (2018)

⁵³ Medietilsynet (2018)

Politiet oppgir at saksomfanget knyttet til ulovlig deling av overgrepsmateriale, intime bilder og filmer har økt. Det er stort behov for å utvikle forebyggende tiltak og mer effektiv etterforskning av denne kriminaliteten.

I Prop. 12 S (2016–2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep* (2017–2021), vises det til at mange voldsformer i dag har en digital dimensjon. Dette kan handle om:

- eksponering for et seksualisert språk eller å få tilsendt bilder med et seksualisert eller voldelig innhold
- trakasserende og grove meldinger på nett
- trusler eller tvang via meldinger om spredning av bilder og filmer
- overvåking og kontroll via mobiltelefon eller sosiale medier
- salg/bytte av seksuelle handlinger
- å bli presset til å ta bilder eller filme seksuelle handlinger med seg selv eller andre

Teknologi skaper nye utfordringer med hensyn til å forebygge og bekjempe spredning av overgrepsmateriale av barn via nettsider og fildelings-tjenester, samt spredning av materiale hvor barn eksponerer seg selv og hvor dette knyttes til utpressing og tvang.

I oppfølgingen av opptrappingsplan mot vold og overgrep skal det utarbeides en egen strategi mot internettrelaterte overgrep. Arbeidet er forankret i det interdepartementale samarbeidet mot vold og overgrep. Justis- og beredskapsdepartementet koordinerer arbeidet med strategien.

Institutt for medier og kommunikasjon ved Universitetet i Oslo har fått i oppdrag å vurdere å etablere et fremtidig nasjonalt forskernettverk og analysesamarbeid på området barn, risiko og internett.

Politiets tilstedeværelse på nett

Politidirektoratet la i 2018 frem strategien *Kriminalitetsforebygging som politiets primærstrategi* (2018–2020). Planen er en del av gjennomføringen av nærpolitireformen, og målet er å gi et kvalitetsløft for det forebyggende arbeidet – på tvers av politiets virksomhetsområder og overfor alle kriminalitetsformer. Politiet skal styrke sin tilstedeværelse på digitale arenaer, evnen til å forebygge via digitale kanaler og styrke forebyggingen av kriminalitet på internett og sosiale medier.

Et av tiltakene i *Strategi for foreldrestøtte* handler om hvordan barnehager og skoler kan settes bedre i stand til å informere barn og foreldre om ulike utfordringer som barna møter gjennom

bruk av internett og sosiale medier. Utdanningsdirektoratet vil følge opp tiltaket sammen med andre relevante fagdirektorater, jf. tiltak i opptrappingsplan mot vold og overgrep.

Regjeringen vil

- Utarbeide en egen strategi mot internettrelaterte overgrep
- Vurdere etablering av et nasjonalt forskernettverk og analysesamarbeid på området barn, risiko og internett

3.5 Økt kunnskap om betydningen av levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Gode levevaner er viktig gjennom hele livsløpet, og grunnlaget legges tidlig. Vi har etter hvert fått økt kunnskap gjennom en rekke studier som peker i samme retning: De levevanene som er positive for den fysiske helsen, er også positive for den psykiske helsen – enten det handler om fysisk aktivitet, kosthold, røyking eller søvnvaner. De fleste undersøkelsene omhandler ulike levevaner og psykisk helse blant voksne. Det er færre studier som sier noe om sammenhengen mellom levevaner og psykisk helse hos barn og unge, selv om tendensen også her går i samme retning. Det er viktig å formidle den kunnskapen vi har, samt gjennomføre systematiske kunnskapsoppsamlinger og igangsette studier som kan gi svar på det vi ikke vet om effekten av levevaner på psykisk helse blant barn og unge.

På ung.no omtales enkelte levevaner, men ikke i sammenheng med psykisk helse. Det er behov for en gjennomgang og oppdatering av informasjon og kunnskap på dette området, slik at det blir tilpasset unge.

Kosthold og psykisk helse

HEVAS-undersøkelsen⁵⁴ viser at mange barn og unge har sunne spisevaner i form av regelmessig inntak av frukt og grønt, lite brus og godteri i hverdagen og inntak av frokost, lunsj og middag de fleste av ukens dager.⁵⁵ Undersøkelsen viser imidlertid at spisevanene blir mindre sunne med

⁵⁴ HEVAS (helsevaner blant skoleelever) er en landsdekkende spørreskjemaundersøkelse blant norske 11-, 13-, 15- og 16-åringer. Tilsvarende undersøkelser blir gjennomført i over 40 land.

⁵⁵ Samdal mfl. (2016)

Boks 3.10 Dig in – sunn mat for ungdom

Dig In – sunn mat for ungdom – er et samarbeidsprosjekt mellom Norske Kvinners Sanitetsforening og Universitetet i Agder. Unge i alderen 15–20 år skal få veiledning om kosthold og ernæring, riktig mathygiene, økonomi og praktiske grep for å gjøre hybellivet enklere. Dig In er et lavterskeltilbud og passer for unge som bor alene på hybel eller bofelleskap i privat eller kommunal regi.

Les mer: www.sanitetskvinnene.no

Boks 3.11 Geitmyra matkultursenter

Geitmyra matkultursenter er et nasjonalt kompetansesenter for barn, og har som mål at barn skal bli glade i mat som gjør dem godt. Geitmyra tilbyr skoleundervisning, kurs for barnehager, kurs og hospitering for voksne som jobber med barn, kurs for spedbarnsforeldre, matlagingskurs for barn og familier og Åpen gård-arrangementer. Geitmyra har avdelinger i Oslo og på Ringsaker.

økende alder, og at jenter spiser sunnere enn gutter. Når unge flytter hjemmefra for å studere, er det viktig at de oppmuntres til å bygge og beholde gode kostholdsvaner.

Barn og unge fra familier med lav sosioøkonomisk status har ifølge HEVAS-undersøkelsen mindre sunne spisevaner enn sine jevnaldrende med høyere sosioøkonomisk status. Også kulturell bakgrunn spiller inn: Barn og unge med innvandrerbakgrunn kan leve i familier med andre kostholdsvaner enn de man finner i den øvrige befolkningen.⁵⁶

I denne sammenhengen er også tannhelsen viktig. Dårlig tannhelse kan oppleves som stigmatiserende, og kan også være en indikator på overgrep eller omsorgssvikt (se kapittel 5.2.5). Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en viktig aktør i det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge.

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) skal følges opp. Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer om sammenhenger mellom kosthold og psykisk helse. Kunnskapsoppsummeringene kan også inkludere sammenhenger mellom psykisk helse, livskvalitet og måltider/matfelleskap. På bakgrunn av kunnskapsoppsummeringene skal det gis råd for det videre arbeidet, herunder en vurdering av hvordan eksisterende datainnsamlinger kan anvendes for å belyse kosthold og psykisk helse.

Regjeringen har tatt initiativ til å synliggjøre, samle og spisse innsatsen på flere sentrale politikkområder knyttet til mat, matglede og måltider under overskriften *Matnasjonen Norge*. Mat griper

inn i hverdagen til alle og betyr mye for identitet, fellesskap, psykisk og fysisk helse. Kommunikasjon som i større grad legger vekt på trivsel, samvær, glede og mestringsaspektet ved å ha gode mat- og måltidsvaner, kan skape trygghet og bevissthet og gjøre barn og unge mer kritiske til kroppspress fra omgivelsene. Det inviteres til samarbeid med næringslivet og frivillige organisasjoner om dette.

Fysisk aktivitet og psykisk helse

Tall fra Ungdata viser at barn og unge opp til 16-årsalder jevnt over er fysisk aktive. Aktivitetsnivået synker imidlertid med alderen, og jenter er mindre fysisk aktive enn gutter. HEVAS-undersøkelsen viser at barn og unge fra familier med lav sosioøkonomisk status er mindre fysisk aktive og trener mindre enn barn i familier med høyere sosioøkonomisk status.⁵⁷ Ifølge Helsedirektoratet oppfylder bare 50 prosent av 15-åringene anbefalingen om 60 minutters daglig aktivitet.

For voksne er det godt dokumentert at fysisk aktivitet både kan forebygge og redusere angst og depresjon.⁵⁸ Vi har mindre kunnskap om denne sammenhengen blant barn og unge, men flere studier peker i samme retning som for voksne.⁵⁹

Søvnvaner og psykisk helse

Studier viser at ungdommer sover langt færre timer enn anbefalt (6,5 timer mot anbefalte 8–9 timer). Det har vært en generell økning i innsøv-

⁵⁷ Samdal mfl. (2016)

⁵⁸ Mammen og Faulkner (2013)

⁵⁹ McMahan mfl. (2017)

⁵⁶ Terragni mfl. (2014)

Boks 3.12 SOVno.no

Blant unge viser norske studier at både insomni og kort søvnlengde øker risikoen for psykiske vansker, selvskading, rus og alkoholproblemer, overvekt, høyt skolefravær og dårlige skoleprestasjoner.

www.SOVno.no har informasjon om søvn, søvnsykdommer og behandling av søvnvansker.

ningsvansker blant unge, og én av fire unge oppfyller de formelle kriteriene for en insomni-diagnose (vedvarende søvnvansker). Studier viser at barn som hadde søvnvansker både ved 7–9-årsalder og ved 11–13-årsalder, hadde fordoblet risiko for å tilfredsstille diagnosekriteriene for søvnvansker i ungdomstiden.⁶⁰

Blant unge synes økt skjermbruk å henge tett sammen med søvnvansker, spesielt før leggetid. En studie blant norske elever viste at bruk av for eksempel nettbrett, smarttelefon og datamaskiner den siste timen før leggetid øker risikoen for kortere søvnlengde.⁶¹

Hos barn henger kort søvnlengde og nattlige oppvåkninger sammen med høyere nivå av emosjonelle vansker, atferdsmessige problemer og høyere risiko for å utvikle symptomer på psykiske problemer. Når det gjelder søvnvansker hos unge, viser funn fra Norge at både insomni og kort søvnlengde er forbundet med økt risiko for psykiske vansker, selvskading, rusmiddelproblemer, høyt skolefravær og dårligere skoleprestasjoner.⁶²

Rusmidler, røyking og psykisk helse

Ungdata-undersøkelsen viser at det i de senere år har vært en nedgang i ungdomsskoleelevers alkoholforbruk. Blant videregående elever har det derimot vært en viss økning i andelen som har vært beruset, særlig blant guttene. Andelen unge som røyker har gått ned, men flere av røykerne, og særlig gutter, har gått over til snus.⁶³ Ifølge tall fra

HEVAS-undersøkelsen, er bruken av alkohol og tobakk høyere blant unge fra familier med lav sosioøkonomisk status.⁶⁴ Ungdataundersøkelsen fra 2018 peker på en økning i bruk av cannabis blant unge, særlig blant gutter på videregående.

En studie fra 2017 viser at videregående elever med symptomer på angst og depresjon har et større alkoholforbruk enn jevnaldrende uten slike plager.⁶⁵ Det er videre grunn til å tro at alkoholbruk kan forsterke symptomene ved for eksempel angst- og depresjonslidelser. Også når det gjelder røyking viser studier til sammenhenger mellom røyking og psykiske plager. En gjennomgang av 26 studier viste at røykeslutt hadde sammenheng med mindre angst og depresjon, mindre stress og bedre livskvalitet.⁶⁶

Psykiske lidelser er svært utbredt blant personer med rusbrukslidelser.⁶⁷ Det er imidlertid uklart om psykiske lidelser utvikler seg som følge av rusmiddelbruken eller omvendt, eller om de samme risikofaktorene fører til både psykisk uhelse og rusmiddelbruk. Antakelig er det en gjensidig påvirkning mellom rusbruk og psykiske plager og lidelser.⁶⁸ Studier viser at omfattende rusbruk kan føre til utvikling av symptomer på psykose, og gi varige psykiske endringer som påvirker evnen til affektregulering, konsentrasjon og hukommelse.⁶⁹

Regjeringen vil

- Inkludere informasjon om betydningen av levevaner for psykisk helse på ung.no
- Gjennomføre kunnskapsoppsummeringer og initiere forskning om betydningen av levevaner for psykisk helse hos barn og unge
- Arbeide for matens rolle og betydning for barn og unges psykiske og fysiske helse og matkulturens betydning for deres identitet og fellesskap, blant annet gjennom *Matnasjonen Norge* og oppfølging av *Nasjonal plan for bedre kosthold*

⁶³ Bakken mfl. (2018)

⁶⁴ Samdal mfl. (2016)

⁶⁵ Johannessen mfl. (2017)

⁶⁶ Taylor mfl. (2014)

⁶⁷ Folkehelseinstituttet (2014)

⁶⁸ Cerdá mfl. (2008); Chassin mfl. (2013); Schulenberg og Maggs (2002)

⁶⁹ Lillevold (2016)

⁶⁰ Hysing mfl. (2015)

⁶¹ Hysing mfl. (2015)

⁶² Hysing mfl. (2015); Sivertsen mfl. (2015)

4 Tidlig innsats

Barn og unge som strever trenger støtte til å mestre hverdagen i familien, i barnehagen, på skolen, på studiestedet, på arbeid, i vennekretsen og på fritiden.

Det er behov for voksne som snakker om psykisk helse, som tør å spørre og som faktisk handler når de er bekymret og de ser at det er behov for mer støtte. Det er også behov for et felles kunnskapsgrunnlag for alle som jobber med barn og unge. Det er særlig to spørsmål som er sentrale i arbeidet med å fange opp barn og unge som bekymrer: om det er grunn til bekymring, og om bekymringen kan løses lokalt eller om andre hjelpetjenester må involveres.¹

Ofte vet vi tidlig hvilke barn som kan ha behov for ekstra oppmerksomhet. Det kan være barn og unge som har problemer på grunn av dårlig fysisk eller psykisk helse, lærevansker eller språkutfordringer. Eller de kan være født inn i eller ha havnet i vanskelige livssituasjoner. Ofte opptrer disse utfordringene sammen, og de kan derfor ikke løses hver for seg, eller én av gangen. Det er viktig å få til en tidlig, samordnet innsats fra ulike sektorer, forvaltningsnivåer, tjenester og profesjoner. Støtte og hjelp på et tidlig tidspunkt kan bidra til å forebygge at problemer vokser seg så store at den enkelte vil trenge mer omfattende hjelp senere i livet.

Dersom kommunene skal lykkes med å gi et tidlig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til utsatte barn og unge og deres familier, må staten i større grad samordne sine virkemidler og innsatser slik at de bedre understøtter og stimulerer samordnings- og utviklingsarbeid lokalt. Det innebærer at departementer og direktorater må utforme og innrette de statlige virkemidlene med utgangspunkt i dette. Regjeringens 0–24-samarbeid skal tilrettelegge for bedre oppfølging og mer koordinert innsats overfor barn og unge med risiko for å utvikle problemer som kan lede til mangelfull grunnopplæring og utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og helse.

Kapittel 3 beskriver de universelle helsefremmende og forebyggende områdene og tiltakene.

I kapittel 5 omtales barn og unges behov for støtte og behandling. Kapittel 4 handler om tidlig innsats på viktige arenaer i barn og unges liv, for dem som kan ha økt behov for grupperettet og/eller individrettet forebygging og støtte.

Kapitlet har tre hovedmål:

1. Familiestøttende tiltak skal settes inn tidlig
2. Barnehagen og skolen skal videreutvikle sin kompetanse til å se og handle tidlig
3. Flere unge skal raskt komme over i utdanning, aktivitet og arbeid

4.1 Familiestøttende tiltak skal settes inn tidlig

Sårbare familier med sammensatte problemer skal være trygge på at det sosiale sikkerhetsnettet fungerer og fanger opp utfordringer i tide. Derfor har regjeringen laget en egen strategi for foreldre-støtte hvor tilpasset støtte til foreldre med særlige behov er et av innsatsområdene (se omtale i kapittel 3.2). Foreldre som av ulike grunner strever som foreldre, trenger gjerne tettere oppfølging og veiledning fra ulike tjenester for å mestre foreldrerollen bedre. Det er også sentralt å fange opp barn og unge som blir utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep i familien – så tidlig som mulig.

Ansatte ved helsestasjonen (helsesykepleiere, jordmødre, leger, fysioterapeuter mfl.) møter de fleste foreldre både under graviditeten og i småbarnsperioden. Tjenesten har på den måten et stort potensial til tidlig å identifisere gravide og barn som har behov for hjelp. På helsestasjonen kan foreldre få informasjon, råd og veiledning om samliv og foreldrerollen, og alle helsestasjoner tilbyr individuell oppfølging. Mange helsestasjoner tilbyr i tillegg gruppeveiledning i form av foreldreforberedende kurs som tar sikte på å styrke foreldrenes kunnskap og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid, og gi støtte og oppfølging til foreldre gjennom svangerskap, barseltid og barnas oppvekst. Helsestasjonen tar i mange tilfeller også initiativ til nettverksbygging mellom foreldre i form av barselgrupper.

¹ Helsedirektoratet (2018c)

Boks 4.1 Mamma Mia

Mamma Mia er et gratis selvhjelpsprogram utviklet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) i samarbeid med Changetech AS og Norske Kvinners Sanitetsforening. Kvinner som deltar i programmet Mamma Mia får lenker på e-post i en periode fra midten av svangerskapet til seks måneder etter at barnet er født. E-postene inneholder spørsmål og råd om temaer som søvn, relasjonen til barnet i magen, parforholdet og psykisk helse. Kvinnene får tilpasset oppfølging avhengig av hva de har svart og den enkeltes behov.

Helsedirektoratets retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir en sterk anbefaling om at alle barn bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner etter et standardisert program. Målet er blant annet å bidra til et godt samspill mellom foreldre og barn, og gi muligheten til å forebygge og avdekke avvik eller overgrep og omsorgssvikt på et tidlig tidspunkt. Se kapittel 5.2.1 for ytterligere omtale av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

I Helsedirektoratets retningslinjer for svangerskapsomsorgen, barselomsorgen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten ligger det sterke anbefalinger om at ansatte i helsetjenestene skal tematisere foreldrenes psykiske helse i konsultasjoner, både før og etter fødsel. Årlig fødes det nesten 60 000 barn i Norge, og mellom 10 og 15 prosent av de nybakte mødrene får en fødselsdepresjon. En depresjon i barselperioden kan ha konsekvenser for både mor og barn dersom mor ikke får oppfølging. Om lag en tredel av landets kommuner har iverksatt opplæring og bruk av Edinburgh postnatal depression score (EPDS), som er et spørreskjema utviklet for å oppdage fødselsdepresjon, fulgt av en umiddelbar samtale etter utfylling av skjema.²

Retningslinjer for helsestasjon gir en sterk anbefaling om hjemmebesøk av helsesykepleier innen sju til ti dager etter fødsel. I tillegg er det en sterk anbefaling om at ytterligere hjemmebesøk vurderes som oppfølgingstiltak til familier med ekstra behov. Målet er å gi foreldre individuell og nødvendig informasjon, etablere tidlig kontakt og

legge grunnlag for videre oppfølging og samarbeid med behovstilpasset støtte og veiledning.

4.1.1 Utvikle familieverntjenesten

Barn og unge som lever med et høyt konfliktnivå i familien strever ofte også med psykososiale problemer. Vedvarende familiekonflikter og konfliktfylte samlivsbrudd kan blant annet forårsake konsentrasjonsproblemer, dårligere skoleprestasjoner og mer frafall hos barn og unge.³

Familieverntjenesten er regjeringens hovedsatsing på det familiepolitiske området. Tjenesten er et gratis lavterskeltilbud som gir hjelp til å opprettholde og utvikle stabile familieliv, forebygge samlivsbrudd og ta vare på foreldreskapet etter samlivsbrudd. God hjelp fra familievernet bidrar til at flere foreldretvister blir løst utenfor domstolene, og regjeringen vil derfor videreutvikle denne tjenesten. Familieverntjenesten skal også prioritere arbeid med familier med voldsproblematikk og gi et tilbud til både voldsutøvere og voldsutsette.

Foreldre må møte til mekling ved samlivsbrudd eller før de kan reise en foreldretvist for domstolen. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har satt i gang et omfattende faglig, organisatorisk og digitalt utviklingsprosjekt for å tilpasse meklingstilbudet til familiene og legge til rette for økt deltakelse fra barn og unge. Regjeringen vil fortsette arbeidet for å styrke tilbudet om samtale til barna i forbindelse med mekling, slik at flere barn kan få dette tilbudet. Det er videre nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå og drøfte organisering, finansiering og lov- og regelverk for familieverntjenesten.

Regjeringen vil

- Videreutvikle familieverntjenestens tilbud til familier som lever med høykonflikt etter samlivsbrudd og tilbud til familier som lever med vold
- Tilpasse meklingstilbudet til familiene og tilrettelegge for økt deltakelse fra barn og unge

4.2 Barnehagen og skolen skal videreutvikle sin kompetanse til å se og handle tidlig

Barnehagen og skolen er de stedene barn og unge tilbringer mest tid utenfor hjemmet. Lærere

² Helsedirektoratet (2014a)

³ Nilsen, Skipstein og Gustavson (2012)

og andre ansatte kan oppleve bekymringer for enkeltbarn som har det vanskelig. Det nye tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring i skolen skal innføres i 2020 (se kapittel 3.3.2), og vil kunne bidra til å øke barn og unges kunnskap om sin egen psykiske helse. Temaet vil også kunne øke læreres bevissthet om psykisk helse. En doktoravhandling fra 2016 viser at lærere ønsker seg mer kunnskap om dette temaet. Lærerne oppgir blant annet at det er utfordrende å skulle vurdere hvorvidt elever bør settes i kontakt med andre hjelpetjenester. 63 prosent av lærerne i studien mener at de ikke har fått kunnskap om psykisk helse gjennom utdanningen sin.⁴

Personalet i barnehage og skole og i andre tjenester som møter barn og unge, må ha kompetanse i å snakke med barn og familier. De må også ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne identifisere tegn på at barn og unge blir utsatt for mobbing, vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. På bakgrunn av faglige vurderinger skal de raskt kunne iverksette nødvendige tiltak, etablere samarbeid med relevante faginstanser og melde fra til barnevernstjenesten ved mistanke om vold i hjemmet eller annen alvorlig omsorgssvikt. Voksne som arbeider med barn og unge bør også kunne identifisere tegn på at barn og unge har psykiske helseutfordringer. En rapport fra Helsedirektoratet peker på at det er for lite kunnskap om tidlig identifisering av risiko hos barn og unge, og om metoder for å fange opp disse barna i barnehagen og skolen.⁵

Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet å utrede og komme med anbefaling om hvordan fireårskontrollen i barnehage kan prøves ut. Det kan bidra til at barnehage og helsestasjon får et tettere samarbeid, og at ansatte i barnehage og skole i større grad utvikler kompetanse på å se og handle tidlig.

Våren 2018 lanserte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) nye verktøy for å hjelpe voksne med å forebygge og avdekke vold og overgrep. Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har på oppdrag fra Bufdir utviklet kunnskaps- og øvingsportalen *SNAKKE*, hvor voksne kan øve seg og få hjelp til å samtale med barn og unge om vanskelige temaer som vold, overgrep og omsorgssvikt. I tillegg har Bufdir i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og Helsedirektoratet utviklet nettressursen *Jeg vet*, hvor blant annet ansatte i barne-

Boks 4.2 Én dør inn i Asker kommune

Asker kommune har etablert et mottak hvor alle som er urolig for et barn, ungdom eller en familie, kan ta kontakt for veiledning og drøfting. Mottaket hjelper videre til rett sted dersom det er behov for mer oppfølging.

Les mer: <https://www.asker.kommune.no/>

hager og skoler kan finne undervisningsopplegg som de kan bruke for å ta opp temaer som mobbing, seksuelle overgrep, psykisk vold og digitale krenkelser. Verktøyene er under utprøving i en rekke barnehager og skoler. Det er viktig å sikre at kommunene blir kjent med verktøyene, slik at ulike faggrupper som møter barn og unge kan ta dem i bruk. Det er også behov for å videreutvikle verktøyene.

Det er viktig at alle som arbeider med barn og unge kjenner til tilgjengelige tjenester for å kunne vise videre til rett instans. Flere kommuner, deriblant Asker og Lier, har etablert egne instanser som har oversikt over hjelpetilbudet for barn og unge i kommunen.

For å gi barn og unge tidlig støtte og veiledning kan det være nyttig at kontaktlærer, PP-tjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sammen med fastlegen og eventuelt spesialisthelsetjenesten, jobber sammen med familien om å gjøre det enklere å håndtere hverdagen, slik at eleven ikke faller ut av skole og annen aktivitet.

Det er ikke enkelt å konsentrere seg om matte når man er full av angst.

Ansatt i Hamarøy kommune

Barn og unge i barnevernet har det ofte vanskeligere på skolen enn andre barn. De oppnår i snitt svakere resultater i grunnskolen, og færre fullfører videregående opplæring eller høyere utdanning. Flere strever med psykiske problemer.⁶ Samtidig er nettopp det å mestre skole og utdanning en av de sterkeste beskyttelsesfaktorene for utsatte barn og unge. Fra 2014 har regjeringen gjennomført en egen satsing for å skape en bedre tilpasset skole- og utdanningssituasjon for barn i barnevernet. Viktige mål med denne satsingen er å styrke samarbeidet mellom barnevern og skole.

⁴ Ekornes (2016)

⁵ Helsedirektoratet (2018c)

⁶ Seeberg, Winsvold og Sverdrup (2013)

Boks 4.3 Stafettloggen i Haugesund

I Haugesund oppretter de en stafettlogg for barn og unge som trenger tidlig og samordnet hjelp. Her beskrives alle tiltak fra bekymring til handling, og foreldrene må gi samtykke. Det er den som er tettest på barnet som har ansvar for stafettloggen. Loggen er en del av arbeidet med *Bedre tverrfaglig innsats* (BTI). Tiltaket er gjennomført i alle skoler og barnehager i Haugesund, i samarbeid med kommunale hjelpetjenester.

Les mer: www.haugesund.kommune.no/stafettloggen

Boks 4.4 Skoleprosjektet

I bydelene Frogner og Ullern i Oslo kommer BUP Vest dit barn og unge oppholder seg – nemlig i skolene. Spesialistene i BUP Vest er til stede på barne-, ungdoms- og videregående skoler i bydelene og tilbyr elevene tidlig hjelp for psykiske utfordringer. De samarbeider med skolehelsetjenesten, PP-tjenesten, miljøterapeuter, NAV og barnevernet. Prosjektet har ført til at barn og unge tidlig kommer i kontakt med noen som kan hjelpe dem. At fagpersonell er til stede på skolene, har også bedret det tverrfaglige samarbeidet og styrket skolens eget arbeid med psykisk helse.

Les mer: <http://diakonhjemmetsykehus.no>

Mange kommuner har etablert *Bedre tverrfaglig innsats* (BTI), en samhandlingsmodell for å komme tidligere inn og bedre den tverrfaglige innsatsen mellom tjenester for barn, unge og familier som trenger tettere oppfølging. Andre har etablert andre typer tverrfaglige team, mottak eller samarbeidsmøter for å drøfte enkeltbarn man er bekymret for. Det varierer hvem som deltar i denne typen team. Vanlige deltakere er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, PP-tjenesten, barnevernet, representanter for barnehagen/skolen og foreldre. Mange steder kan relevante aktører som barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), fastlege, politi og fysioterapeut inviteres inn ved behov. Formålet med denne typen møter er å ta tak i problemene mens de er små og finne løsninger sammen med familien. Se nærmere omtale av samarbeid med og om barn og unge under kapittel 5.2.3.

4.2.1 Styrke det tverrfaglige samarbeidet i barnehage og skole

Kommunen har ansvar for at alle barn og unge får en god oppvekst. Dette ansvaret ivaretas blant annet i barnehager og skoler, PP-tjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre tjenester.

Barn og unge er store deler av dagen i barnehagen og skolen. Derfor er barnehagen og skolen viktige arenaer for å forebygge, oppdage og følge opp psykiske plager og andre utfordringer. Det fordrer kompetanse til å snakke med barn og unge om det som er vanskelig. Det kan også være

nødvendig med støtte og veiledning fra andre tjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil ta initiativ til et utviklingsarbeid for å styrke det tverrfaglige samarbeidet i barnehage, grunnskole og videregående opplæring. Andre relevante departementer vil også kunne inviteres med i samarbeidet.

Utviklingsarbeidet må ses i sammenheng med annet tverrdepartementalt arbeid knyttet til utsatte barn og unge. I første omgang kan det bidra til en felles forståelse mellom departementene om hva som fremmer og hemmer godt tverrfaglig samarbeid mellom hjelpetjenestene og barnehage og skole. Det vil videre være nyttig å se på hvordan tverrfaglig samarbeid kan organiseres for å bygge et godt barnehage- og skolemiljø som forebygger og gir tidlig hjelp til barn og unge. Utviklingssamarbeidet vil også kunne se nærmere på hvordan helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten bedre kan se sine ressurser i sammenheng, til det beste for barn og unge.

Tiltaket må ses i sammenheng med stortingsmeldingen om tidlig innsats og inkluderende fellesskap som skal legges fram for Stortinget høsten 2019. Stortingsmeldingen vil blant annet følge opp Nordahl-gruppens rapport *Inkluderende fellesskap for barn og unge* og Stoltenberg-utvalgets NOU 2019:3 *Nye sjanser – bedre læring. Kjønnsskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp*.⁷

⁷ Nordahl mfl. (2018); NOU 2019: 3

Regjeringen vil gi en nærmere omtale av utviklingssamarbeidet i stortingsmeldingen.

Regjeringen vil

- Videreutvikle opplæringsprogrammet *SNAKKE* og bidra til at programmet tas i bruk i kommunene
- Videreutvikle den digitale nettressursen *Jeg Vet* og bidra til at ressursen tas i bruk i barnehager og skoler
- Igangsette et utviklingsarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet for å styrke det tverrfaglige samarbeidet for barn og unge i barnehage og skole, herunder barn og unge med psykiske vansker

4.3 Flere unge skal raskt komme over i utdanning, aktivitet og arbeid

Barn og unge som opplever utrygge oppvekst- og levekår har større risiko enn andre for ikke å fullføre utdanning. Barn og unge med innvandrerbakgrunn og barn i familier som lever under vanskelige sosioøkonomiske forhold, kan være særlig utsatt.

Også barn og unge med helseutfordringer som psykiske plager og lidelser, fullfører i mindre grad opplæring og utdanning. Manglende skolegang øker risikoen for senere å bli stående utenfor arbeidslivet, noe som også kan være en medvirkende faktor til utenforskap og psykiske plager og lidelser.

Overgangen fra skolegang til studenttilværelse kan være vanskelig for mange. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse fra 2018, viser at 15 prosent av studentene opplever egen livskvalitet som dårlig eller svært dårlig. Nær én av tre studenter er ofte ensomme, og andelen studenter som oppgir psykiske plager har økt betydelig siden den første undersøkelsen i 2010.

4.3.1 Styrke utsatte barn og unges deltakelse i utdanning, aktivitet og arbeidsliv

Det finnes mange tiltak og satsinger som skal bidra til å hjelpe utsatte barn og unge gjennom opplæring og utdanning og over i arbeid. 0–24-samarbeidet er en sentral satsing for regjeringen. I tillegg kan mer fleksible løsninger, som praksisbrev og lærekandidatordningen, bidra til at flere fullfører videregående skole og går over i arbeids-

livet. Det er i 2019 bevilget 20 millioner kroner til tilskuddsordningen for å styrke studenters psykiske helse og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk, enten gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak eller gjennom utvikling av tjenestetilbud. Studentsamskipnadene har ved flere studiesteder gode helsetjenester som er tilgjengelig og nær studentenes hverdag. Ordningen skal også bidra til å øke kunnskapen om rusproblematikk og studenters psykiske helse.

Styrke 0–24-samarbeidet

I 0–24-samarbeidet (2015–2020) arbeider Utdanningsdirektoratet, Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet sammen om å tilrettelegge for bedre koordinerte tjenester og oppfølging av utsatte barn og unge i alderen 0–24 år. Med utsatte barn og unge menes i denne sammenheng barn og unge med risiko for å utvikle problemer som kan lede til mangelfull grunnopplæring og påfølgende utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og helse. Gjennom 0–24-samarbeidet er målet at flere skal lykkes i skolen og fullføre videregående opplæring, som grunnlag for varig tilknytning til arbeidslivet. Det innebærer blant annet å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilde, samordne juridiske, pedagogiske og økonomiske virkemidler og igangsette tverrsektorielle utviklingstiltak. Det er startet opp et arbeid med å utvikle et felles datasett med indikatorer om oppvekst i kommunene. Slik vil oppvekststatistikk kunne bli lettere tilgjengelig for kommunene selv. Regjeringen vil også vurdere forsøk med programfinansiering av enkelte tilskuddsordninger gjennom 0–24-samarbeidet.

Flere i arbeid

Tidlig innsats er viktig for å forhindre at unge med psykiske helseutfordringer faller ut av studier og arbeidsliv. Psykiske plager og lidelser er den vanligste årsaken til uførhet blant unge under 30 år. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger i aldersgruppen 18–29 år, har 70 prosent en psykisk lidelse. Tilsvarende har 63 prosent av de som mottar uføretrygd i samme aldersgruppe en psykisk lidelse.

En rapport fra OECD viser at unge som står utenfor utdanning, arbeid og opplæring, gjerne omtalt som NEETs (not in education, employment or training), ofte er dårligere stilt utdanningsmessig, har svak sosioøkonomisk bakgrunn og trolig

er mer utsatte for psykiske helseproblemer enn andre unge. Andelen unge i Norge som befinner seg i denne gruppen er ikke høy sammenliknet med mange andre land. Store deler av denne gruppen er imidlertid passive, og søker dermed ikke utdanning eller arbeid selv om de står utenfor. Ifølge OECD er sju av ti i NEET-gruppen inaktive i Norge, mot fem av ti i OECD-landene i gjennomsnitt.

NAV-kontorene bistår personer som har vanskeligheter med å komme i jobb på egenhånd. NAV tilbyr blant annet veiledning og oppfølging knyttet til jobbsøking og ulike former for arbeidsmarkedstiltak. Tiltakene tilpasses den enkeltes behov, og kan blant annet benyttes for å avklare arbeidsevne og øke mulighetene for overgang til arbeid.

For å styrke mulighetene for overgang til utdanning og arbeid for mottakere av økonomisk sosialhjelp under 30 år, ble det fra og med 1. januar 2017 innført plikt for kommunene til å stille vilkår om aktivitet ved tildeling av økonomisk sosialhjelp. En rapport fra Frischsenteret viser at strengere vilkår bidrar til at flere gjennomfører videregående skole.⁸

Regjeringen iverksatte også en egen ungdoms-innsats i 2017 i regi av NAV. Målet er å motivere unge som er registrert hos NAV til å fullføre utdanning, komme i hensiktsmessig arbeidsrettet aktivitet eller i arbeid. Innsatsen er nå etablert i hele landet og videreføres i 2019. Det er lagt økt vekt på tidlig kartlegging av den enkeltes muligheter og utfordringer, og på individuelt tilpasset innsats. Unge som er registrert i NAV, og som har behov for og nytte av hjelp, skal få et individuelt tilpasset og forsterket tilbud innen det er gått åtte uker.

Nye digitale plattformer for dialog og oppfølging i NAV gir unge gode selvbetjeningsløsninger, innsyn i egen sak og bedre muligheter til å samhandle med veileder ved NAV-kontorene. NAV Jobblyst er en nettbasert tjeneste hvor unge kan få råd og veiledning fra NAV-veiledere ved å stille åpne spørsmål eller sende personlige meldinger. Tjenesten er tilgjengelig på Facebook, Snapchat og YouTube.

Forsøket med NAV-veiledere i videregående skole har vært et samarbeidsprosjekt mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet, hvor hvert fylke har hatt minst én skole der NAV-veiledere har vært til stede fire ganger i uken. Formålet har vært å øke gjennom-

Boks 4.5 Lindesneslosen

I Lindesnes kommune kan unge som står i fare for å falle ut av skole eller jobb, få en personlig los som kan hjelpe dem med karrierevalg og gi praktisk hjelp. Lindesneslosen er basert på jobbspesialistmodellen i Supported Employment og er et fast, lokalt tilbud.

føringen i videregående opplæring ved at unge med sammensatte problemer får mer helhetlig oppfølging.

32 NAV-kontor med til sammen 44 NAV-veiledere ved 28 videregående skoler har deltatt i forsøket. For et flertall av pilotene er det besluttet en eller annen form for videreføring etter at forsøksperioden var ferdig i 2018. Enkelte steder videreføres samarbeidet med delt finansiering mellom fylkeskommunen og NAV, andre steder avsetter NAV-kontoret egne ressurser for å fortsette samarbeidet med den videregående skolen. Det er flere steder også etablert samarbeid med NAV Fylke, fylkeskommunene og fylkesmennene for erfaringsoverføring til andre videregående skoler som har utfordringer knyttet til frafall.⁹

Regjeringen lanserte i 2018 en inkluderingsdugnad for å få flere mennesker som står utenfor arbeidslivet i jobb. Et innsatsområde er å videreutvikle og styrke tilbudet for arbeidssøkere med psykiske lidelser. Det innebærer blant annet å styrke satsingen på Individuell jobbstøtte (IPS) med 55 millioner kroner i 2019. IPS bidrar til at mennesker med moderate og alvorlige psykiske

Boks 4.6 Individuell jobbstøtte i BUP Vest

BUP Vest har siden 2017 tilbudt Individuell jobbstøtte (IPS) til unge mennesker som får behandling hos dem. Hensikten er å hjelpe unge med moderate eller alvorlige psykiske helse- og rusproblemer å skaffe seg og beholde en jobb som de kan trives i. Siden tilbudet ble opprettet, har 17 ungdommer fått tilbudet. Av disse har 11 deltatt i ulike jobb- og aktivitetstilbud.

⁸ Hernæs, Markussen og Røed (2017)

⁹ Schafft og Mamelund (2016)

Boks 4.7 KICKS gir arbeidserfaring

I kosmetikk-kjeden KICKS får unge mellom 18 og 25 år med psykiske helseutfordringer mulighet til å få arbeidserfaring i en KICKS-butikk i tolv uker. Tilbudet er rettet mot personer som står utenfor arbeidslivet og er inne i NAV-systemet, og som har et ønske om å komme seg ut i jobb. Mental Helse Ungdom og KICKS samarbeider om prosjektet.

Boks 4.8 Inn på tunet på Aanekegard

Aanekegard er en Inn på tunet-gård på Hundorp i Gudbrandsdalen. Opplevelser, aktiviteter med tilrettelagte utfordringer og omsorg skaper grunnlag for å oppleve mestring og trivsel. På Aaneke kan man blant annet få delta i matlaging, stell i stall og kjøkkenhage, mekking, sveising og annet arbeid på gården.

helse- og/eller rusproblemer får bistand til å komme i ordinært lønnet arbeid, samtidig som de får helsehjelp.

Også private og frivillige aktører er viktige for å skape arenaer for mestring og mening, og mange arbeidsgivere satser spesielt på å inkludere unge med ulike utfordringer i sin virksomhet.

Videreutvikling av Inn på tunet og Ut på vidda og aktivitetstilbud med dyr

Landbruket har tradisjon og potensial for å bidra til gode velferdstjenester. Satsingen Inn på tunet (IPT) er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk, som både retter seg mot forebygging, behandling og rehabilitering innenfor en rekke velferdssektorer. Tjenestene og aktivitetene er knyttet opp til livet og arbeidet på gården. Tilbudene kan være tilpasset personer med psykiske vansker, gjennom tilrettelagt undervisning, avlastnings- og fritidstilbud, tilbud for unge som har falt ut av undervisning eller de med lang vei tilbake til arbeidslivet. Flere Inn på tunet-gårder har også dyr og kjeledyr som en del av sitt pedagogiske og terapeutiske aktivitetstilbud. Kontakt med dyr kan ha en positiv effekt på både psykisk og fysisk helse.¹⁰

Det er om lag 400 godkjente Inn på tunet-gårder spredt rundt i hele Norge. Regjeringen har gitt fylkesmennene ansvar for å synliggjøre tilbudene. Det er utarbeidet veiledende materiell for skoler og for arbeidsforberedende tiltak. Landbruks- og matdepartementet skal videre utarbeide veiledende materiell som bidrar til å synliggjøre Inn på tunet for kommunale tjenester innenfor

psykisk helse og rus. En oversikt over godkjente Inn på tunet-gårder finnes på www.matmerk.no.

Ut på vidda er et tilbud til barn, unge og voksne som trenger en trygg arena. Personer som benytter seg av Ut på vidda-tilbudene får delta i meningsfulle, praktiske oppgaver og fysisk aktivitet, kan få gode opplevelser i naturen og kontakt med dyr, får ta del i felles måltider og bli en del av et større fellesskap. I Reindriftsavtalen 2019/2020 ble avtalepartene enige om å etablere Ut på vidda som et permanent lærings- og omsorgstilbud i reindriften.

Bruk av dyr som støtte i terapi har vist seg å kunne bedre dialogen mellom terapeut og pasient, samt øke motivasjon til å fullføre behandling.¹¹ Kontakt med hest kan gi en kombinasjon av fysisk aktivitet, kognitive utfordringer, sosial interaksjon og følelsesmessig engasjement. Landbruks- og matdepartementet har utarbeidet en egen veileder om hesten som ressurs for blant annet folkehelsen. Organisasjonen Hest og helse bidrar med kompetansetilbud innenfor hesteassisterte intervensjoner.

Nyere amerikansk forskning har vist at hold av kjeledyr kan virke positivt gjennom å legge til rette for økt kontakt og fellesskapsfølelse.¹² Det er også rapporter som viser at lufting av hund kan være en viktig mekanisme for å skape vennskap. Internasjonalt forskes det på naturens og dyrs betydning for menneskers helse, og Norge har utdanningstilbud om dette på universitetsnivå blant annet på Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) og Universitetet i Agder (UiA).

¹⁰ Kruger, Trachtenberg og Serpell (2004)

¹¹ Kern-Godal mfl. (2015)

¹² Arkow (2015)

Regjeringen vil

- Vurdere forsøk med programfinansiering av enkelte tilskuddsordninger gjennom 0–24-samarbeidet
- Iverksette inkluderingsdugnadens mål om å få flere med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en inn i arbeidslivet, herunder arbeidssøkere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Synliggjøre og bidra til å videreutvikle tjenester knyttet til Inn på tunet og Ut på vidda, som nære og tilpassede tilbud til barnehager, skoler, helse-, sosial- og omsorgssektoren, integrering og arbeidstrening
- Videreutvikle kunnskap om effekten av tjenester knyttet til Inn på tunet og Ut på vidda, samt naturbaserte og dyreassisterte intervensjoner og betydningen av kontakt med natur og dyr

5 Barn og unges behov for støtte og behandling

Mange barn og unge som har psykiske helseutfordringer får god hjelp og støtte fra foreldre, venner, lærere, miljøterapeut eller andre i nærmiljøet. Samtaler hos helsestasjons- og skolehelsetjenesten eller hos fastlegen kan også være nyttig for å forstå hva som er vanskelige følelser og hva som kan være symptomer på psykiske lidelser. Noen har utfordringer som kan være langvarige og sammensatte, og trenger mer hjelp fra hjelpetjenestene.

Flere barn og unge som har mottatt hjelp for sine psykiske helseproblemer, forteller at hjelpetjenestene ikke alltid evner å se dem som enkeltmennesker, eller evner å tilpasse hjelpen på en god måte. Det gjør at noen opplever at hjelpen ikke hjelper.

Mange barn og unge mener at hjelpen bør være mer tilgjengelig og nær, og at samarbeidet må være tettere og samspillet bedre, mellom barn og unge, deres foresatte, barnehagen og skolen, fritidsarenaen, kommunale tjenester og spesialisttjenester. Barn og unge formidler at det er lettest å håndtere psykiske plager og lidelser om de får være aktive deltakere i eget liv, uavhengig av om deres vansker er store eller små. Når mange voksne skal samarbeide *om* barn og unge, må de ikke glemme å samarbeide *med* den det gjelder.

Dette kapitlet handler om barn og unge som trenger behandling og oppfølging for psykiske plager og lidelser.

Kapitlet har tre hovedmål:

1. Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenestene og ha innflytelse på tjenesteutvikling
2. Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker
3. Barn, unge og familier skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester

5.1 Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenestene og ha innflytelse på tjenesteutvikling

Barn og unges medvirkning

Grunnloven og barnekonvensjonen gir barn og unge grunnleggende rett til å si sin mening i saker som vedrører dem. Ethvert menneske har mye kunnskap om seg selv og sitt eget liv. Barn og unges medvirkning bør derfor være en del av fundamentet for all utvikling av tilbud og tiltak til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Samtidig skal ikke barn tildeles et ansvar de ikke har forutsetninger for å ta. Barn og unges synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med deres alder og modenhet.

Forandringsfabrikken har gjennom flere år spurt barn og unge om hva som skal til for å sikre medvirkning i møtet med hjelpetjenestene. Deres svar er at det aller viktigste premisset for et godt samarbeid er at barn og unge får beskrive virkeligheten sin i trygge rom. I tillegg understreker de at medvirkning på individnivå handler om å få ærlig og nyttig informasjon, at det er mulighet og aksept for å gi tilbakemelding, og at de både kan bidra til å dokumentere og være med på å påvirke i behandlingen.

Mental Helse Ungdom peker på at involvering og medvirkning er viktig, både på individ- og systemnivå. Involvering handler om at barn og unge får mulighet til å komme med innspill. Det kan være i form av samtaler, spørreskjemaer, tilbakemeldingsverktøy, forslagskasser, talerett på møter, gjennom brukerråd, utvalg eller liknende. Medvirkning innebærer en sterkere form for deltakelse, der barn og unge har en reell mulighet til å påvirke avgjørelser i eget liv og på tjenestenivå. Denne formen for medvirkning bør dokumenteres og kunne evalueres av tjenestene, så vel som av barn og unge selv. Innspill og forslag fra barn og unge bør synliggjøres i vurderingen som ligger til grunn for beslutninger. Dette bør skje uavhengig av om innspill og krav fra barn og unge tas til følge eller ikke. Dersom innspill eller krav ikke tas

til følge i beslutninger, er det særlig viktig å få vite hvorfor.

Foreldres medvirkning og samtykke

Foreldre og foresatte er ofte avgjørende for å finne frem til gode løsninger i barn og unges liv, også når det er behov for hjelp fra noen utenfor familien. Helsehjelp kan, som hovedregel, bare gis med pasientens samtykke. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 skal, som hovedregel, både barnet og foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, informeres dersom barnet er under 16 år. Det er imidlertid viktig å være klar over at barn og unge noen ganger har sine grunner til å ønske å holde foreldrene utenfor. Det kan for eksempel gjelde vold, overgrep eller omsorgssvikt. Helsepersonell må i så fall undersøke disse bekymringene og vurdere om det er grunnlag for å unnlate å gi informasjon til foreldre eller andre med foreldreansvar, etter unntaksbestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre og tredje ledd. Dersom et barn har fylt 12 år, har barnet rett til å samtykke til helsehjelp som det er grunn til ikke å informere foreldrene eller andre med foreldreansvaret om, etter unntaksbestemmelsene nevnt over.

5.1.1 Bedre rutiner og systemer for barn og unges medvirkning

Barn og unge har de seneste årene fått mer innflytelse gjennom nye arbeidsmåter og større oppmerksomhet på medvirkning. Likevel viser innspill fra barn og unge at det er behov for sterkere medvirkning, også fra pårørende, både når det gjelder beslutninger som tas på tjeneste-, system- og samfunnsnivå og om avgjørelser i eget liv. Regjeringen vil nedsette ungdomspanel som skal gi råd til regjeringen i aktuelle saker som for eksempel integrering, psykisk helse og frafall i videregående skole.

Den nye kommuneloven styrker unges medvirkning gjennom bestemmelser om at kommuner skal ha ungdomsråd eller andre medvirkningsorgan for unge. Ungdomsrådet skal velges av kommunestyret og/eller fylkestinget. Slike rådgivende organer har rett til å uttale seg i saker som angår barn og unge, og deres anbefalinger og uttalelser skal følge saken til det organet i kommunen som skal fatte et vedtak. Alle helseforetak har etablert eller er i ferd med å etablere egne ungdomsråd.

Arbeids- og velferdsetaten har satt i gang et arbeid med å utforme en strategi for medvirkning

på system- og tjenestenivå. *Unge og medvirkning i NAV* er et eget satsingsområde i den nye strategien.

Barn i barnevernet har rett til medvirkning, og denne retten er presisert gjennom endringer i barnevernloven. Gjennom prosjektet DigiBarnevern utvikles det nye digitale løsninger og verktøy for det kommunale barnevernet som vil bidra til å styrke barn og unges medvirkning. Et nytt digitalt saksbehandlingssystem med et integrert barnevernsfaglig kvalitetssystem skal gi de ansatte veiledning og beslutningsstøtte, og sikre at barn og unges rett til medvirkning ivaretas og dokumenteres gjennom fasene av en barnevernssak.

Regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017–2022), peker på at regjeringen også vil legge til rette for rutiner og systemer for å benytte brukererfaringer og involvering av barn og unge i individuell oppfølging. Verktøy for å sikre medvirkning må utvikles i tett samarbeid med barn og unge. Også individuell plan er et verktøy for samarbeid mellom tjenesteytere og barn og unge selv. Erfaringer med individuell plan viser at tjenestene oppleves som mer målrettede og er med på å styrke medvirkning.

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus skal bidra til å sikre medvirkning gjennom deltakelse i hele forløpet, hvor informasjon og innhold skal tilpasses alder og språk. I helsetjenesten skal også samvalgsverktøy legge til rette for at barn, unge og pårørende deltar i beslutninger om valg av behandling – som likeverdige parter. Disse verktøyene må utvikles og tas i bruk i tjenestene. Her har de regionale helseforetakene og relevante kompetansesentre en viktig rolle.

Regjeringen vil videre legge til rette for at bruker- og pårørendeorganisasjoner bedre kan ivareta og videreutvikle sitt medvirkningsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil gi organisasjonene tydeligere og enklere rammebetingelser og har derfor delt tilskuddsordningen for bruker- og pårørendearbeid i to ordninger, én for driftstilskudd og én for prosjektmidler (jf. Prop. 1 S (2018–2019)).

Regjeringen vil

- Legge til rette for at samvalgs- og medvirkningsverktøy i større grad utvikles og tas i bruk i ulike sektorer
- Legge til rette for at bruker- og pårørendeorganisasjoner bedre kan ivareta og videreutvikle sitt medvirkningsarbeid

5.2 Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker

For barn og unge som opplever psykiske plager og lidelser, er det viktig at terskelen er lav for å oppsøke hjelp. For å senke terskelen har barn, unge og familier behov for å bli møtt av tilgjengelige og sammenhengende tjenester på deres egne arenaer. Dette inkluderer også internettbaserte informasjonstilbud, veiledning og helsetjenester.

5.2.1 Tilgjengelig og nær støtte og hjelp

Barn, unge og familier som opplever vansker, har ofte behov for støtte og hjelp som er tilgjengelig og nær, lett å ta kontakt med, og som enkelt kan vurdere om det er behov for nye tiltak eller annen type oppfølging. For småbarnsfamilier kan helsestasjonen ha denne rollen. For skoleelever vil ofte skolehelsetjenesten eller helsestasjon for ungdom være et naturlig kontaktpunkt. Fastlegen har et ansvar for den medisinskfaglige koordineringen og er viktig for god oppfølging.

Ifølge barn og unge er det ikke alltid slik at hjelpen oppleves tilpasset deres hverdag og virkelighet, er nær nok eller lett å få tak i. Åpnings-tidene hos fastlegen, på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten og i BUP kan være lite fleksible. Barn og unge forteller at tilgjengelighet – for eksempel hvor ofte og når på dagen skolehelsetjenesten er tilgjengelig på skolen – er den største hindringen for å søke hjelp.¹ Å samle flere tjenester på samme sted kan bidra til å gjøre tjenester mer koordinerte, tilgjengelige og nære. Å bygge ut digitale hjelpetilbud og andre lavterskeltilbud kan også legge til rette for nærhet og tilgjengelighet når barn og unge trenger hjelp.

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid omfatter forebygging, kartlegging og utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Arbeidet utføres både i helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer og tjenester i kommunen.² Fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og PP-tjenesten er sentrale aktører i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for barn og unge.

Noen kommuner har valgt å organisere tilbudet til barn og unge i en egen tjeneste eller enhet

for psykisk helsearbeid. Andre har etablert integrerte kommunale tjenester for barn og unge, ofte i form av samarbeidsmodeller som Familiens hus, familiesenter eller andre organisasjonsformer.

I 2018 var det nærmere 16 000 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, i følge en kartlegging fra Sintef.³ Av disse var 21 prosent (over 3 000 årsverk) rettet mot barn og unge. Kommunene oppgir at nær halvparten av årsverkene benyttes til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens 45 prosent benyttes i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Personell med høyskoleutdanning er den klart største utdanningskategorien blant dem som jobber med tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Psykologer utgjør 10 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge.

Fastleger

Kommunene har ansvar for å tilby nødvendige og forsvarlige allmennlegetjenester til barn og unge som oppholder seg i kommunen. For mange som trenger helsehjelp, er fastlegen den mest stabile kontakten i tjenestene.

Fastlegens arbeid er en viktig del av det samlede psykiske helse- og rusarbeidet i kommunen. Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle, og samarbeider med andre relevante tjenesteytere om sine listeinnbyggere. Det gjelder både utredning, behandling og oppfølging av pasienters psykiske plager og lidelser og/eller rusmiddelproblemer, på lik linje med somatisk sykdom.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste fordi den når ut til nesten alle barn og unge og deres familier. Tjenesten er i en særskilt posisjon med tanke på tidlig avdekking, forebygging, behandling og oppfølging. Regjeringen har derfor gjennom flere år satsset på å styrke denne tjenesten. I 2019 er det totalt bevilget om lag 1,3 milliarder kroner til dette formålet. Det har vært en betydelig utvikling i antall årsverk ansatt i tjenesten de siste årene. I tilskuddsordningen *styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten* har det også blitt åpnet for at tilskuddsmidler kan brukes for å innføre digitale løsninger som gjør tjenestene lettere tilgjengelig og mer attraktive for målgruppen.

I arbeidet med regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017–2022), ble det

¹ Helsedirektoratet (2018b)

² Helsedirektoratet (2014b)

³ Ose og Kaspersen (2018)

besluttet at regjeringen skal utrede om formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten også skal inkludere behandling og oppfølging for psykiske og somatiske plager. Hensikten er å bidra til et lettere tilgjengelig behandlingstilbud for barn og unge. Som et resultat av utredningen vil Helse- og omsorgsdepartementet sende på høring forslag om å tydeliggjøre i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, at tjenesten kan bidra til behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander.

En slik tydeliggjøring vil ikke innebære å pålegge kommunene nye oppgaver eller plikter, men vil vise at nettopp helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig arena for å nå barn og unge som har behov for hjelp. Det vil også vise at det ikke ligger formelle hindringer i veien for at kommunen kan tilby behandling og oppfølging ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er særlig tre forhold som begrunner dette: For det første opplever barn og unge i mange tilfeller at lavterskel helsetilbud for behandling og oppfølging av lettere psykiske og somatiske plager mangler eller er vanskelig tilgjengelig. Det gjelder også for rus- og voldsproblematikk. For det andre opplever barn, unge og familier med barn med sammensatte utfordringer også i mange tilfeller mangelfull oppfølging og koordinering av tjenester. For det tredje tilbringer barn og unge store deler av oppveksten sin på skolen, og tilknytningen til skolemiljøet er særlig viktig for barn og unge med psykiske plager og lidelser.

Diagnostikk, behandling og oppfølging av barn som har fått avdekket sykdom eller skade, omfattes ikke eksplisitt av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Unntaket er at helsestasjons- og skolehelsetjenesten etter § 5 bokstav h skal inngå «samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede, samt samarbeid om utarbeiding av eventuell individuell plan». Helsestasjons- og skolehelsetjenesten yter likevel enklere undersøkelser og behandling på en rekke områder, blant annet for problemstillinger innen psykisk helse og seksuell helse. Helsestasjonene bidrar også i oppfølging av barn som får habiliteringstjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Utover dette vil helsestasjons- og skolehelsetjenesten, når den avdekker behov for behandling og/eller oppfølging, henvise til andre, for eksempel fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander bør kunne utføres både av helsesykepleiere og annet helseperso-

nell. I tillegg vil tidlig intervensjon og behandling, mestringstiltak og oppfølging av barn og familier med ulike typer problemer ofte være forebyggende tiltak, og derfor en viktig del av dagens formål med tjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har etter lov, forskrift og retningslinjer oppgaver knyttet til samarbeid med andre instanser. Dette gjelder både barn og unge som har sammensatte eller langvarige behov, men også barn og unge og familier med mindre omfattende utfordringer, som gjennom et behandlingsforløp kan ha behov for en kontakt som støtter og motiverer. De kan også ha behov for noen som følger med på om det inntreffer forverring og blir behov for nye tiltak, eller som bidrar til at avtalt behandlingsopplegg følges.

Det er også viktig at helsesykepleiers kompetanse møter behovene hos barn, unge og familier. Det er derfor et behov for å gjennomgå og revidere dagens helsesykepleierutdanning (se nærmere omtale i kapittel 6).

Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Fra 1. januar 2020 er det lovfestet at alle norske kommuner skal ha psykologkompetanse. Tilgjengeligheten til psykolog har blitt atskillig bedre de siste fire årene, og i dag er det 369 kommuner og bydeler som mottar tilskudd til rekruttering av psykolog til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2019 er midlene foreløpig fordelt på 590 psykologstillinger. Til sammenligning var det 130 stillinger i 2013. Flertallet av disse psykologene arbeider med barn og unge. Dette har styrket barn og unges tilgang til psykologhjelp og gitt et bedre lavterskeltilbud mange steder. I 2019 styrkes rekrutteringstilskuddet til kommunene med 50 millioner kroner. Totalt er bevilgningen på 205 millioner kroner.

Andre lavterskeltilbud

Det er viktig å videreutvikle gode lavterskeltilbud til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Lavterskeltilbud kjennetegnes ved at de er tilgjengelige for alle og kan tilby tidlige tiltak, gjerne uten henvisning, venting eller saksbehandlingstid. Lavterskeltilbud har ofte også høy grad av aksept for brukerens ønsker og behov, med åpningstider tilpasset målgrupper og formål.

Rask psykisk helsehjelp er et korttidsbehandlingstilbud i kommunen for personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Tilbu-

Boks 5.1 Frisklivssentralene

Frisklivssentraler er kommunale lavterskeltilbud rettet mot personer som har, eller har økt risiko for å utvikle sykdom og trenger hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Psykiske helseutfordringer er ofte en av årsakene til at barn og unge deltar i tilbud ved frisklivssentralene. I 2017 hadde 60 prosent av kommunene etablert et slikt tilbud. Av disse hadde 42 prosent et tilpasset tilbud til barn og unge med familier.

det skal være lett tilgjengelig og gratis, og målet er å gi direkte hjelp til flere personer uten lang ventetid, der det kan forhindres at problemene utvikler seg. Per i dag er dette lavterskeltilbudet ikke tilgjengelig for unge under 16 år.

Mange steder er det også utviklet andre typer lavterskeltilbud. Ung Arena er en lavterskelarena utviklet av bydel Gamle Oslo. Tilbudet er uforpliktende og de som oppsøker det kan være anonyme. Hensikten er å gi sømløs og riktig hjelp til barn og unge mellom 12 og 25 år, i form av samtaler, rådgivning, behandling og praktisk hjelp, og samar-

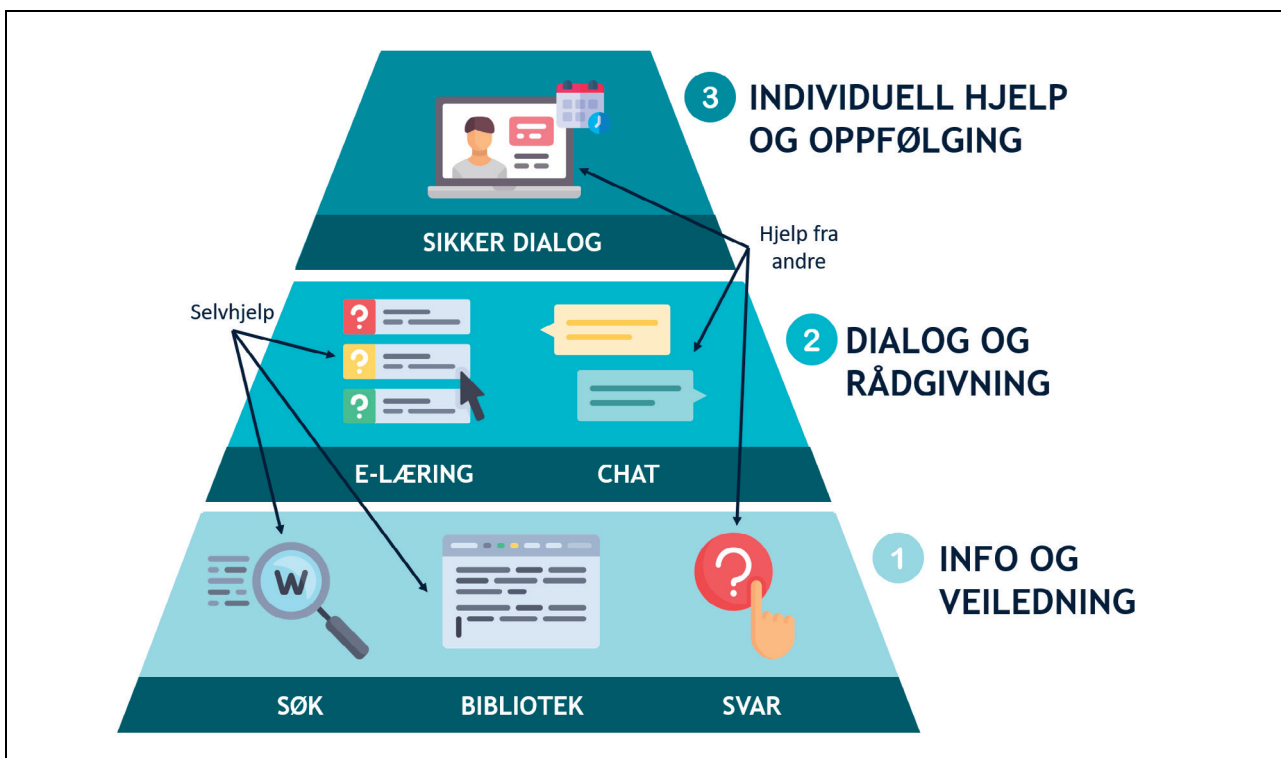
beid med spesialisthelsetjenesten når det er behov for det.

Regjeringen vil stimulere til utbredelse av gode lavterskeltilbud, og vil derfor igangsette et eget pilotprosjekt for lavterskel behandling av psykiske helseutfordringer for barn og unge.

Utvikle digitale arenaer og hjelpetilbud

Når livet kjennes vanskelig, søker ofte barn og unge på internett for å finne mer informasjon om det de bekymrer seg for. Barn og unge har høy digital kompetanse, men opplever det som krevende å finne fram helseinformasjon og vurdere kildene. Et nettsøk kan gi mye motstridende og uriktig informasjon. Det er derfor viktig at det tilrettelegges for kvalitetssikret og relevant informasjon som er utarbeidet av fagpersoner, og at det utvikles digitale selvhjelpsverktøy. Digitale arenaer gir barn og unge mulighet til å bli kjent med hjelpetilbudet på egne premisser, og på et tidspunkt som passer for dem. Gjennom digitale tilbud kan man nå de som har psykiske helseproblemer, men som av ulike årsaker ellers ikke ville oppsøkt hjelp hos de tradisjonelle tjenestene. Man vet for eksempel at gutter i mindre grad enn jenter oppsøker skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.⁴ Å chatte anonymt på et nettsted kan for

⁴ Bakken, Frøyland og Sletten (2016)



Figur 5.1 Idéskisse for DIGI-UNG

noen oppleves som mer uforpliktende, tilgjengelig og enklere enn å bestille time hos legen eller hos helsesykepleier. Pasientens helsetjeneste innebærer å møte barn, unge og voksne der han eller hun er, også på digitale plattformer.

Barn og unge kategoriserer ikke nødvendigvis sine spørsmål og bekymringer etter hva som hører inn under ulike sektorer. De vil ha helhetlige tjenester som fanger bredden i de viktige spørsmålene, fra skole til arbeid og helse. Tjenester som bare kan svare på én problemstilling, oppleves å ha en høyere terskel for bruk.⁵ Spørsmål og svar om temaer som spenner fra skolevalg til juridiske rettigheter og helserelevante temaer, er samlet på Ung.no. Her kan barn og unge finne kvalitetssikret informasjon fra mer enn 2500 artikler. De kan stille spørsmål anonymt og få svar fra fagpersoner. Spørsmålene og svarene er søkbare for andre barn og unge.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet satt i gang DIGI-UNG, Digitale tjenester til barn og unge. Prosjektet anbefaler å samordne og videreutvikle digital informasjon og tjenester for ungdommer i alderen 13–20 år.

I tillegg til å tilby unge kvalitetssikret og relevant informasjon, jobbes det i DIGI-UNG-prosjektet også med å finne løsninger for å søke etter og finne hjelpetjenester i nærheten, for veilednings-tilbud og for digitale tjenester i tråd med unges brukermønster. Det vil si tjenester som er åpne utenfor skoletid, tilrettelagt for video og chat, tilgjengelig fra mobilen og med mulighet for anonymitet (se figur 5.1). Tilgang til digital helsehjelp vil kreve innlogging og et høyt sikkerhetsnivå. Barn og unge skal ha tillit til at opplysninger om helsen deres blir behandlet på en trygg måte. Helsenorge.no er helsesektorens felles inngangsport til offentlige helsetjenester, og utviklingen av digitale tjenester må ses i sammenheng med denne.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten tar i økende grad i bruk digitale løsninger. I en undersøkelse blant 627 helsesykepleiere som jobber i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, svarte tre av fire at de har opplevd økt besøk i tjenesten etter at de tok i bruk sosiale medier og andre digitale kanaler.⁶

Det er mange problemstillinger å ta hensyn til når helsepersonell benytter digitale kanaler, blant annet taushetsplikt, varslingsplikt og ivaretagelse av personvern. Helsedirektoratet har utarbeidet

Boks 5.2 Digital helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS) har tatt i bruk Skype i samtalebehandling med samiske barn og unge. SANKS betjener et stort geografisk område, og mange av pasientene har lang reisevei. Erfaringen med bruk av Skype er god, og mange er fornøyde med å kunne motta behandling på en mer fleksibel måte.

I Bergen har man utviklet E-meistring, et tilbud om veiledet internettbehandling til mennesker med panikkklidelser, sosial angst og depresjon. Hver terapeut behandler tre til fire ganger så mange pasienter sammenliknet med dem som tilbyr ansikt-til-ansikt-behandling. Siden starten i 2012 er 1500 pasienter tatt inn til veiledet internettbehandling. 65 prosent av pasientene har opplevd bedring.

faglige råd om bruk av sosiale medier i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Internettassistert behandling

Digitale plattformer gir nye muligheter for å behandle psykiske plager og lidelser. Forskning viser at digitale tjenester kan bidra til tidligere diagnose og behandling, mindre frafall i behandlingen og redusert bruk av andre helsetjenester.⁷ De siste årene er det utviklet flere internettassisterte behandlingsmuligheter for de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon. Veiledet internettbasert behandling har vist seg å gi like gode resultater som ansikt til ansikt-behandling for angst og depresjon, og effekten holder seg stabil tre år etter behandling.⁸ Denne typen behandling kan øke kapasiteten i helsetjenesten og senke terskelen for å oppsøke hjelp. Selv om man foreløpig vet lite om hvilke pasienter som vil ha best nytte av denne typen behandling, vet man at de fleste unge har digitale ferdigheter til å kunne nyttiggjøre seg et slik tilbud.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har etablert et prosjekt som skal se på mulig-

⁵ Helsedirektoratet (2018b)

⁶ Helsedirektoratet (2018b)

⁷ Wantland mfl. (2004); Krishna mfl. (2009); Chaudhry mfl. (2006)

⁸ Mohr mfl. (2013)

heten for innføring av digitale verktøy innen psykisk helse i primærhelsetjenesten. Prosjektet *Mestringsportal for angst og depresjon* skal utvikle en læringsportal hvor brukeren får veiledet selvhjelp eller internettbasert oppfølging og behandling av behandler i primærhelsetjenesten. Dette vil kunne gi flere hjelp til å mestre sin egen livssituasjon – uten lang ventetid. Det vil være nødvendig å se på tekniske og organisatoriske løsninger som gjør at behandlere i primærhelsetjenesten kan ta i bruk verktøyene på en faglig god og forsvarlig måte. Det vil også være nødvendig å vurdere hvordan dette særskilt kan tilpasses barn og unges ønsker og behov. En begrenset pilot av mestringsportalen ble igangsatt i slutten av 2018, og i revidert nasjonalbudsjett for 2019 foreslår regjeringen å øke bevilgningen til utarbeidelse av en mestringsportal for psykisk helse med fem millioner kroner.

Regjeringen vil

- Sende på høring forslag om å tydeliggjøre i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan bidra til behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander.
- Gjennomgå og revidere helsesykepleierutdanningen slik at den møter dagens og fremtidens behov
- Igangsette pilotprosjekt for lavterskel behandling av psykiske helseutfordringer for barn og unge
- Legge til rette for å utvikle digitale kontaktflater mellom helsepersonell og barn og unge

5.2.2 Et sammenhengende tjenestetilbud

Ansatte i barnehager, skoler og på fritidsarenaer er viktige voksenpersoner som er tett på, og har en unik posisjon til å følge opp i hverdagen. Når det er behov for mer hjelp, kan følgende grupper være viktige hjelpere: fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, rehabiliterings- og habiliteringstjenester, psykiske helse- og rustjenester i kommunen, psykologer, pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjenesten), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), distriktpsykiatriske poliklinikker (DPS), barnevern og NAV.

Barn, unge og deres foresatte formidler et tydelig ønske om at disse aktørene må jobbe bedre sammen når det er nødvendig. Barn og

Boks 5.3 Barn og unges helseteneste

Helse Fonna gjennomførte i 2017 samhandlingsprosjektet *Barn og unges helseteneste*. Hovedmålet er at barn og unge med psykiske helseplager skal få bedre og mer sammenhengende helsetjenester på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste. Samhandlingsforløpene beskriver hvordan ulike tjenester arbeider, og inneholder konkrete forslag til kartlegging, aktuelle tiltak og samarbeid med andre tjenester.

Les mer: www.helse-fonna.no

unge vil slippe å bli kasteballer mellom ulike instanser og å måtte fortelle sin historie gang på gang. De har behov for et godt nettverk rundt seg, og for én dør inn til hjelpeapparatet.

Det er også viktig å se hele barnet når det er behov for mer hjelp. Psykiske plager hos barn og unge kan ofte være indirekte, diffuse og uspesifikke, og kan skyldes alt fra nevrologiske utviklingsforstyrrelser og kroppslig sykdom, til konflikter i familien, mobbing og krenkelser. Dette fordrer en helhetlig vurdering av kropp, sinn og sosiale forhold.

Kommunene som lykkes

Felles for de kommunene som lykkes med å gi barn og unge et godt hjelpetilbud, er at de tar utgangspunkt i barn, unge og foresattes egne behov, legger inn innsatsen tidlig, er kjent med hverandres ansvarsområder og tilbud, og har etablert gode rutiner for samhandling og koordinering av hjelpetilbudet på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Helse Fonnas utvikling av samhandlingsforløp for mer sammenhengende tjenester er et eksempel på godt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (se boks 5.3).

Kommunene står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenesteapparatet slik de selv mener er mest hensiktsmessig, men de har ansvar for å samordne sine tjenester. Mange kommuner synes å ha et godt og helhetlig tilbud til barn og unge som opplever psykiske plager og lidelser, og har etablert gode strukturer for samhandling. Eksempler på slike strukturer er Familiens hus, familiesentre og oppvekstetater som samler flere tjenester for barn og unge (se kapittel 4.2).

Veileder for psykisk helsearbeid

Mange kommuner har lyktes med å etablere gode hjelpetilbud, men det er store variasjoner mellom kommunene. Mellom 11 og 20 prosent av kommunene oppgir at det i liten grad er en klar ansvarsdeling når det gjelder behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske vansker.⁹ Noen steder er tilbudet mangelfullt. Enkelte steder synes samarbeidet å være personavhengig og ikke tilstrekkelig forankret i faste strukturer.

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge implementeres i 2019 og vil kunne bidra til å redusere variasjonen og heve kvaliteten i tjenestene. Det er likevel behov for å tydeliggjøre hva psykisk helsearbeid for barn og unge bør være.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2007 en veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Mye har skjedd innenfor dette fagfeltet de senere årene. Regjeringen ønsker derfor at det utarbeides en ny og tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge, som tydeliggjør forventningene til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer. Veilederen *Sammen om mestring* presenterer tre ulike hovedforløp ved tilrettelegging av tjenestene for voksne med psykisk helse- og/eller rusutfordringer. Sammen med de nye pakkeforløpene bidrar veilederen *Sammen om mestring* til å tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at man tar med seg de gode erfaringene fra denne veilederen i utviklingen av en ny veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Om en ny veileder skal være nyttig for barn og unge, må den også rette seg mot barnehage, skole, barnevern, politi, NAV og andre relevante tjenester. Den bør videre inneholde veiledning som retter seg mot voksne på andre arenaer som barn og unge befinner seg på, for eksempel kan det utvikles en egen modul for barne- og ungdomsarbeidere i idrett og fritid. Det kan bidra til å øke kompetansen om psykisk helse-, rus- og voldstematikk utenfor helse- og barnevernstjenestene.

KS' læringsnettverk for å forbedre tjenestene i kommunene og sikre god samhandling for barn og unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer er også et viktig virkemiddel for å spre de gode eksemplene til flere kommuner. Erfaring viser at læringsnettverk gir økt kompetanse og stimulerer til faglig utvikling. Regjeringen vil videre-

føre KS' læringsnettverk *God samhandling barn og unge*.

Utredning av rettslige tiltak

Regjeringen varslet i strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017–2022), et utredningsarbeid om hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre. For å oppnå overordnet koordinering av kommunale tjenester til barn og unge, vil regjeringen vurdere lovfesting av plikt for kommunen til å utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha koordineringsansvar for hjelpetjenester til barn og unge. Regjeringen vil også vurdere lovendringer for å styrke og harmonisere de ulike tjenestenes plikt til å utarbeide individuell plan, herunder en felles forskrift om individuell plan og krav til koordinator under de ulike tjenestelovene. Dette må ses i sammenheng med pakkeforløpene for psykisk helse og rus.

Videre sies det i strategien at regjeringen vil vurdere om det skal tas inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, om samarbeid om barn og unge som har behov for tjenester fra begge nivåer. I forlengelsen av dette vil regjeringen også vurdere om ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler bør omfatte flere sektorer enn helse- og omsorgstjenestene for barn og unge som har behov for tjenester fra flere sektorer. Utredningen gjennomføres av en interdepartemental arbeidsgruppe som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Psykisk og somatisk helse – en helhet

Barn og unge vil i mange tilfeller ha behov for en helhetlig tilnærming fra helsepersonell som har kunnskap om sammenhenger mellom psykisk og somatisk helse. Behandling av det som tradisjonelt har vært oppfattet som enten psykiske eller somatiske plager bør ses under ett. Dette gjelder også behandling av eventuelle rusproblemer. I kapittel 3.5 omtales betydningen av gode levevaner for barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Noen barn og unge sliter med plager som ofte defineres som somatiske, som for eksempel utmattelse, smerter, svimmelhet, hodepine og søvnvansker. Ofte vil imidlertid beskrivelsen av symptombildet være vanskelig å forstå ut fra et ensidig psykisk eller somatisk fokus. Dette kan være plager som ikke kan eller bør kategoriseres

⁹ Ose og Kaspersen (2017)

Boks 5.4 Barne- og ungdomssjukehuset i Bergen

Haukeland universitetssjukehus samler all behandling av barn under 18 år, både innen psykiatri og somatikk. Grunntanken er at «eksperten skal komme til barnet». Barn og unge skal få utredning, behandling, opphold, skolegang og aktivitetstilbud på samme sted. Her finnes blant annet Klinikk psykisk helsevern for barn og unge (PBU), Habiliteringstena for barn og unge (HABU) og Energisenteret for barn og unge. Energisenteret er et fysisk aktivitetstilbud til barn og unge med fysiske og psykiske helseproblemer, og er et pionerprosjekt nasjonalt og internasjonalt.

Les mer: www.helse-bergen.no

som enten psykiske eller somatiske. Psykiske problemer kan gi søvnforstyrrelser og spenninger og smerter i kroppen. Det som starter som stress kan etterhvert gi utslag i somatiske symptomer. Noen ganger kan symptomer på psykiske lidelser også vise seg å være andre sykdommer, og man kan ha flere sykdommer samtidig.

Ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner er en nødvendig del av et sammenhengende tjenestetilbud. Regjeringen vil derfor sørge for at tjenestene etablerer rutiner som sikrer forsvarlig ivaretagelse av barn og unges somatiske helse. Anbefalinger for ivaretagelse av somatisk helse og levevaner er inkludert i alle pakkeforløpene på psykisk helse- og rusområdet (se kapittel 5.2.3). Tiltakene har som mål å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og økt levealder for mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser. Anbefalingene gjelder både for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil

- Utarbeide en ny tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal inkludere arbeid med rusproblematikk, vold og overgrep
- Videreføre KS' læringsnettverk *God samhandling for barn og unge*
- Utrede hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre

5.2.3 Et helhetlig tilbud for barn og unge som trenger mer hjelp og oppfølging

Noen barn, unge og familier har behov for mer hjelp for å håndtere psykiske lidelser, og skal derfor henvises til spesialisthelsetjenesten. Når spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen, skal rett til nødvendig helsehjelp vurderes innen ti dager, og det skal settes en frist for når behandlingen skal igangsettes. Spesialisthelsetjenesten har kompetanse på et bredt spekter av psykiske lidelser. Tilbud i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) gis frem til fylte 18 år, men unge kan beholde behandleren i BUP frem til de fyller 23 år. For unge over 18 år er tilbudet lagt til distriktpsikiatriske sentre (DPS). I noen tilfeller trenger barn og unge hjelp fra spesialteam eller spesialavdeling, for eksempel for tvangslidelser eller spiseforstyrrelser. Aldersgrensen for fritak for betaling av egenandel ved behandling ble fra 1. januar 2019 hevet i BUP til 23 år, og i psykiatriske ungdomsteam (PUT) til 30 år.

Mange barn, unge og familier får god hjelp fra BUP og DPS. Likevel knytter det seg noen utfordringer også til disse tjenestene. Utfordringsbildet er kort omtalt i kapittel 2 og er på flere områder sammenfallende for barn, unge og voksne. En rekke av disse utfordringene vil derfor gjennomgås nærmere i Nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges frem høsten 2019. Nedenfor ses det nærmere på noen tydelige problemstillinger som departementene har fått innspill om under arbeidet med opptappingsplanen.

Rask og riktig hjelp på riktig sted

Om lag 5 prosent av alle barn og unge mottar hjelp fra psykisk helsevern.¹⁰ Prioriteringsveilederen gjør det klart at psykisk helsevern skal prioritere hjelp til barn og unge med moderate eller alvorlige psykiske lidelser. I dette ligger det en forventning om at kommunene skal ha et tilbud til barn og unge med lettere psykiske plager og lidelser. Det er liten tvil om at mange vil ha nytte av et kommunalt tilbud der de bor. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt til å bistå kommunene i å sikre nødvendig faglig kompetanse slik at de skal kunne løse sine oppgaver. Det er et mål å øke den utadrettede virksomheten for BUPene og DPSene, spesielt i form av ambulante tjenester og samarbeidsløsninger med kommunale tjenester. Dette skal gjøre tjenesten mer tilgjengelig for

¹⁰ Helsedirektoratet (2018a)

barn, unge og familier, og kan samtidig bidra til å styrke kompetansen i kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte de kommunale tjenestene på en slik måte at oppgavene ikke overtas, men stimulerer til at kommunene bygger ut sine tjenester. Hvis flere kommuner etablerer gode tjenestetilbud til barn og unge med lettere psykiske plager og lidelser, vil også BUPene og DPSene kunne gi et bedre tilbud til de med alvorlige lidelser.

Hvorvidt kommunene har gode tilbud til barn og unge med lettere psykiske plager og lidelser, eller hvorvidt disse tilbudene er kjent for den som henviser til spesialisthelsetjenesten, varierer. Det er grunn til å anta at flere enn nødvendig henvises. BUP skal legge prioriteringsveilederen til grunn, og dermed risikerer en del barn og unge med lettere psykiske plager å få avslag fra spesialisthelsetjenesten. Uten gode kommunale tilbud risikerer denne gruppen å stå uten et tilfredsstillende tilbud. Det gjelder også for barn, unge og familier med behov for langtidsbehandling og -oppfølging etter utredning i spesialisthelsetjenesten. Det er for stor variasjon i tilbudet de får.

Pakkeforløp for utredning og behandling av barn og unge i psykisk helsevern

Pakkeforløpene på psykisk helse- og rusområdet skal blant annet bidra til mindre variasjon og bedre og mer koordinerte henvisninger. Målet er at barn og unge får hjelp på riktig nivå. Forløpene inneholder en henvisningsveileder til fastlegene og anbefalinger om samarbeid rundt henvisninger. Dersom det er usikkert om barn og unge har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, bør det, i henhold til pakkeforløpene, innhentes nødvendig informasjon fra henviser og/eller pasient for å sikre et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag. Ved mulig avslag kan det vurderes å innkalle pasienten til en vurderingssamtale innen ti dager. Ved avslag bør det gis en faglig begrunnelse for avslaget, og det bør gis anbefalinger for annen behandling eller oppfølging. Pakkeforløpene gir også en anbefaling om at pasienten bør møte en spesialist tidlig i pakkeforløpet. Ofte vil nettopp en spesialistvurdering være ønskelig fra fastlegens side for å avklare om videre oppfølging bør være i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen eller hos andre tjenester. I tillegg til pakkeforløpene er de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak grunnlaget for samhandling. Gode samarbeidsrutiner mellom BUP og kommunale tjenester er en forutsetning for et helhetlig tilbud til barn og unge med sammensatte eller omfat-

Boks 5.5 Pakkeforløp psykisk helse og rus

Fra 2019 kan barn, unge og voksne med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer henvises til pakkeforløp. Forløpene skal legge til rette for individuelle behandlingsforløp med bedre samhandling, klare ansvarsforhold og gode overganger mellom tjenestene. De skal bidra til forutsigbarhet for pasienter og pårørende.

Målsetningen med pakkeforløp for psykisk helse og rus er:

- økt medvirkning og forutsigbarhet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- å unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Forløpet skal tilpasses den enkeltes situasjon, ønsker og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet. Det er utviklet informasjon til aldersgruppene 6–12 år og 12–18 år, samt en animasjonsfilm.

Les mer: www.helsenorge.no

tende behov. Det er også en forutsetning med gode samarbeidsrutiner mellom BUP, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og pediatri.

Et tettere samarbeid rundt henvisninger og oppfølging

Pakkeforløpene vil bidra til tettere samarbeid rundt henvisning og oppfølging. Det er likevel behov for en tettere dialog mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om og med barn og unge med psykiske helseutfordringer – både før og etter henvisning til spesialisthelsetjenesten. En tettere dialog vil kunne legge til rette for at flere barn, unge og deres familier får rask og riktig hjelp på riktig sted. Det vil også kunne bidra til at barn, unge og familier med behov for langtidsbehandling og -oppfølging får nødvendig og koordinert hjelp uten gjentatte henvisninger.

Boks 5.6 Familiemøte

Hamarøy kommune har i samarbeid med BUP Indre Salten etablert familiemøter med dialog mellom tjenestene. Etter samtykke fra familien er det gjerne barnehage eller skole som ber om et familiemøte når det er bekymring rundt et barn eller en ungdom. Foreldrene vurderer selv hvem som er aktuelle deltakere i møtet. Det er alltid med en representant fra BUP, og i tillegg kan for eksempel PP-tjeneste, skole, barnehage, helsestasjon eller skolehelsetjeneste være med om det er ønskelig.

Det finnes flere gode eksempler på velfungerende, lokalt initierte tiltak. BUP Indre Salten, Nic Waals Institutt, BUP Vest og Kristiansand BUP er blant dem som samarbeider med kommunale tjenester om å gjøre henvisningsvurderinger på kommunale arenaer. Hamarøy kommune har gode erfaringer knyttet til såkalte familiemøter (se boks 5.6). I familiemøtet diskuterer familien og barnet selv i samarbeid med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten hvilke tilbud de vil kunne ha best nytte av. I den videre oppfølgingen tilrettelegger man for det enkelte barn. Andre kommuner tilrettelegger for dialog før henvisning er sendt, slik det gjøres i Asker og i kommunene som sogner til Helse Fonna (se kapittel 4).

Det er viktig å understøtte de gode samarbeidsmetodene som sprer seg i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Veiledning, inntak ute, samkonsultasjoner og felles team på tvers av tjenester og nivåer er effektive metoder. For mange barn, unge og familier innebærer disse metodene at riktig hjelp kommer raskere, og at man opplever større medvirkning og innflytelse over det som skjer. Andre potensielle gevinster er færre avslag for barn og unge som ikke skulle vært henvist i utgangspunktet, styrket samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene og mer effektiv bruk av ressurser. Det bidrar også til at familiene slipper å koordinere kontakten med flere tjenester selv.

Regjeringen mener det er viktig å stimulere til de gode samarbeidsmodellene rundt henvisning og oppfølging, og vil derfor utrede og evaluere samarbeidsløsninger som muliggjør dialog mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om og med barn og unge før og etter henvisning til BUP. Utredningen skal vurdere hvordan dagens sty-

ringssignaler og virkemidler best kan innrettes slik at de stimulerer til mer dialog og understøtter målene for tjenestene.

Langvarig og systematisk oppfølging

En del barn og unge har et særlig behov for langvarig og tett oppfølging. Noen har behov for oppfølging både fra kommunale tjenester og fra BUP gjennom hele barndommen, ofte på samme tid. For eksempel har barn og unge med nevropsykiatriske lidelser, som autismspekterforstyrrelser og ADHD, ofte sammensatte og ressurskrevende behov. Også barn som er under oppfølging av barnevernet og kriminalomsorgen kan ha behov for langvarig og systematisk oppfølging.

Kommunen har det overordnede ansvaret for å yte mange av de viktigste hjelpetiltakene til barn og unge med behov for langvarig og tett oppfølging. Flere kommuner melder imidlertid at de ikke alltid har kompetanse eller kapasitet til å gi en god oppfølging til barn og unge med langvarige og sammensatte utfordringer. Kommunene rapporterer om at de mest alvorlig syke barna og ungdommene har det dårligste tilbudet.¹¹

Det betyr ikke at barn og unge med langvarige og sammensatte behov må være innskrevet i BUP over lang tid, men spesialisthelsetjenesten bør være tilgjengelig både med veiledningskompetanse og systematisk oppfølging over tid. Eksempelvis bør barn og unge som får langtidsbehandling med legemidler for en ADHD-diagnose eller andre tilstander få tilbud om etterkontroll hos barne- og ungdomspsykiater. Tjenestene har ansvar for å implementere rutiner hvor begge nivåer har et samtidig oppfølgingsansvar. Voksne som møter disse barna og ungdommene må ha god forståelse for behovet for langsiktig oppfølging av barn og unge med langvarige og sammensatte behov. Regjeringen har i revidert nasjonalbudsjett for 2019 foreslått å etablere et eget pakkeforløp for ADHD. Det skal sikre økt forutsigbarhet og bedre samhandling for barn og unge.

Det er etablert mange gode innsatser rundt barn og unge med omfattende behov, som individuell plan og *Bedre tverrfaglig innsats* (BTI) (se omtale i kapittel 4). For barn og unge med behov for langvarig oppfølging kan helsestasjons- og skolehelsetjenesten spille en rolle i oppfølgingen (se kapittel 5.2.1). For å gi bedre hjelp til barn og unge med store og sammensatte behov er det også aktuelt å etablere mer fleksible og helhetlige

¹¹ Ose og Kaspersen (2017)

Boks 5.7 FACT ung

FACT er oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam som har medarbeidere både fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Teamet sørger for forpliktende tverrfaglig samhandling mellom brukeren, pårørende, spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester. Oslo kommune har fått midler til å etablere et forprosjekt for å utrede muligheten for etablering av FACT-team som retter seg mot unge mellom 12 og 24 år.

tilbud hvor kommunene og spesialisthelsetjenesten jobber sammen, for eksempel gjennom tverrfaglig oppsøkende samhandlingsteam. Et eksempel er FACT Ung (se boks 5.7). Det er etablert en tilskuddsordning for utprøving av modeller for tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge.

Stortinget har også vedtatt at det skal foretas en helhetlig gjennomgang av autismefeltet. Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal gjennomgå og vurdere situasjonen for personer med en autismeforstyrrelse eller en beslektet diagnose. Utvalget skal foreslå hvordan man kan forbedre tjenestene til denne gruppen gjennom hele livet.

Legemidler

De mest brukte legemidlene blant barn og unge er legemidler som brukes til behandling av infeksjoner, astma, allergi, eksem og hoste. Noen legemidler brukes også ved psykiske plager og lidelser. Bruken av antidepressiva er lav, men økende, spesielt for jenter. I perioden fra 2008 til 2017 var det en økning i antallet jenter som bruker antidepressiva fra 1277 til 2144. Blant jenter mellom 15–17 år er bruken nesten doblet fra 1074 til 1874 i samme tiårsperiode. For gutter økte antallet fra 909 til 1129.¹²

Også antallet barn og unge som bruker antipsykotika er lavt, men har økt noe fra 2008 til 2017. Antipsykotika blir brukt ved mer alvorlige psykiske lidelser, som schizofreni og andre psykoselidelser. Hos jenter i alderen 15–17 år økte tallet fra 348 til 716 i løpet av disse årene.¹³

Det er flest gutter som får diagnosen ADHD. I alt fikk 12 145 gutter og 4 685 jenter i alderen 6–17 år ADHD-legemiddel i 2017. Fra 2008 til 2010, var det en økning i barn og unge som brukte ADHD-legemidler, men siden 2010 har andelen vært relativt stabil. Også bruken av sovemiddel økte i perioden 2008–2017. Det skyldes økt bruk av innsovningsmiddelet melatonin, som blant annet blir brukt av barn med ADHD. Blant de aller minste barna har bruken av sovemiddelet alimemazine (Vallergan) gått ned i perioden.¹⁴

Videre bruker mer enn en firedel av unge mellom 15 og 16 år smertestillende medisiner daglig eller ukentlig.¹⁵ Det er behov for mer kunnskap om hvorfor dette tallet er så høyt.

Selv om legemidler bidrar til bedring for mange, skal ikke medikamenter være førstevalget i møte med barn og unge med depresjon eller andre problemer knyttet til psykisk helse og/eller levevaner. Det er viktig å finne årsakene til at problemene oppstår. Det er per i dag også et stort behov for systematisk kunnskap om sykdomsgraden til barn og unge som behandles med legemidler, for å kunne vite mer om varighet og langtidsvirkninger av legemiddelbehandling.

Stortinget har bedt regjeringen sikre at barn og unge får medikamentfrie behandlingstilbud når faglige anbefalinger tilsier dette (anmodningsvedtak nr. 839, 2016). Pakkeforløpene for barn og unge er tydelige på at legemiddelbehandling for psykiske lidelser hos barn og unge skal benyttes med varsomhet, og at mulige alternativ til legemiddelbruk skal drøftes med pasient og/eller foreldre. Når det er nødvendig med legemidler skal det være gode rutiner for oppfølging. Helse- og omsorgsdepartementet har i budsjettet for 2019 bevilget 3 millioner kroner til Helsedirektoratet for å vurdere tiltak for riktig forskrivning av psykofarmaka til barn og unge. Direktoratet skal også foreslå tiltak som intensiverer innsatsen for å forebygge og bekjempe unødig bruk av antidepressiva og sovepiller blant barn og unge.

Barn i barnevernet

Mange barn og unge i barnevernet bærer med seg erfaringer som preger både somatisk og psykisk helse.¹⁶ En studie viser at om lag 75 prosent av barna i barnevernsinstitusjoner har minst én psykisk lidelse. En annen studie finner at rundt

¹² Reneflot mfl. (2018)

¹³ Ibid

¹⁴ Reneflot mfl. (2018)

¹⁵ Skarstein mfl. (2014)

¹⁶ Backe-Hansen mfl. (2014)

halvparten av barn i fosterhjem oppfyller kriteriene for én eller flere psykiske lidelser.¹⁷

Samarbeidssatsing mellom barnevern og helse

Tilsynsrapporter viser at samarbeidet mellom barnevern, psykisk helsevern og kommunene ikke er godt nok. En konsekvens av dette er at barn i barnevernet ikke i tilstrekkelig grad får kartlagt behovet for helsehjelp og dermed heller ikke får nødvendig behandling. Regjeringen har derfor satt i gang en rekke tiltak for å bedre den psykiske helsen til barn og unge i barnevernet.

Det er iverksatt en kompetansestrategi for det kommunale barnevernet (2018–2024). Strategien har som mål at barn i barnevernet skal få tidligere og bedre hjelp. De viktigste tiltakene i strategien er utvikling av gode og relevante utdanningsløp, tilbud om etter- og videreutdanning, støtte til lokal tjeneste- og tiltaksutvikling og utredning av kompetansekrav for tjenesten og barnevernsansatte. Tiltak i planen vil også bidra til å styrke kunnskapen blant ansatte i barnevernet, om medvirkning og om barn og familiers deltakelse i utrednings- og tiltaksarbeid.

For å bidra til en mer likeverdig og bedre kvalitetssikret praksis, utvikler Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) et digitalt barnevernfaglig kvalitetssystem for det kommunale barnevernet. Det pågår også et større arbeid med å utvikle en nasjonal tilnærming til hjelpetiltaksarbeid. I utviklingsarbeidet vektlegges psykiske og somatiske helseutfordringer.

Flere tiltak er rettet spesielt mot barn og unge i barnevernsinstitusjoner. I Helse Sør-Øst er det testet ut nye tjenester fra spesialisthelsetjenesten som et samarbeid mellom tre helseforetak og barnevernsinstitusjoner i Bufetat Øst. I en felles evalueringsrapport foreslås det en nasjonal samhandlingsmodell.¹⁸ Det er innført en funksjon som helseansvarlig ved alle barnevernsinstitusjoner og barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge. Målet med et slik systematisk samarbeid mellom tjenestene er å bidra til at barn og unge i barnevernsinstitusjoner får nødvendig hjelp for sine psykiske plager og lidelser. For å styrke kompetansen om barn og unges psykiske helse hos ansatte i barnevernsinstitusjoner, er det utviklet et e-læringsprogram. Dette består av to moduler rettet mot henholdsvis helseansvarlige og øvrige ansatte i barnevernsinstitusjoner. Det tilrettelegges også for bruk av digitale verktøy ved

psykisk helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner, og helseforetakene skal bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet.

Vinteren 2018/2019 etableres og følgevalue-res to egne omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn som trenger langvarig omsorg utenfor hjemmet, og som har et stort behov for psykisk helsehjelp. Bufdir og Helsedirektoratet utvikler også et samhandlingsforløp for barnevern, psykisk helse- og rustjenester, etter modell fra pakkeforløp for psykisk helse og rus. Samhandlingsforløpet vil blant annet beskrive hvordan tjenestene skal samarbeide for at barn og unge kartlegges/utredes for psykiske helseplager så tidlig som mulig. Det vil også kunne bidra til at barn og unge utenfor barnevernsinstitusjoner får et styrket tilbud. Regjeringen vil videreføre helsesatsingen i barnevernet og de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å videreføre satsingen som allerede er i gang, blant annet gjennom å bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet. I oppdraget er det spesifisert at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn ivaretas.

Barn og unge som pårørende og etterlatte

Barn og unge som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet, kan ha en rekke praktiske og emosjonelle utfordringer som følge av foreldrenes sykdom. Foreldrenes lidelse, skiftende humør, manglende tilstedeværelse og kapasitet til praktisk arbeid og sosiale aktiviteter er med på å gjøre hverdagen vanskelig. De kan påta seg vesentlig flere oppgaver enn jevnaldrende, og kan oppleve stress og belastning på grunn av det. De har også økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser.¹⁹

En studie fra 2011 anslår at 450 000 barn i løpet av ett år tilhører familier hvor minst én av foreldrene har en psykisk lidelse og/eller misbraker alkohol. Av disse har om lag 135 000 barn foreldre med alvorlige lidelser. Alvorlighetsgraden har betydning for risikoen for negative konsekvenser hos barna.²⁰ Mange barn og unge som er pårørende sliter også med en betydelig følelse av skam knyttet til foreldrenes sykdom. Flere lever med dette i all hemmelighet. Noen har syke foreldre som ingen har fanget opp, og som ikke har oppfølging fra helse- og omsorgstjenestene. Der-

¹⁷ Lehmann mfl. (2013)

¹⁸ Helse Sør-Øst (2018)

¹⁹ Ruud m.fl. (2015)

²⁰ Torvik og Rognmo (2011)

for er det viktig at voksne i nærheten av barna ser og tør å snakke med dem og familien.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade (jf. helsepersonelloven § 10 a). Videre skal helsepersonell bidra til å ivareta behov for informasjon og nødvendig oppfølging av mindreårige barn når en forelder eller et søsken dør (jf. helsepersonelloven § 10 b).

Det ble i 2017 publisert en egen veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.²¹ Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter, og gir anbefalinger om god praksis. Veilederen omfatter alle pårørendegrupper og det er viktig at denne veilederen tas i bruk.

Også i pakkeforløpene for psykisk helse og rus er barn og unge som pårørende et viktig område. Pakkeforløpene skal følgeevalueres i årene fremover. Barn og unge som pårørende og oppfølgingen fra helsepersonell er et av områdene som vil bli evaluert. Det er også igangsatt et arbeid for å utvikle en nasjonal kvalitetsindikator for barn og unge som pårørende. Når arbeidet er ferdig, vil indikatorene kunne bidra til at tjenestene får økt oppmerksomhet på barn og unge som pårørende.

Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, BarnsBeste, har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å følge opp funn og anbefalinger fra multisenterstudien om barn som pårørende.²² Studien fant blant annet at det var nødvendig å:

- styrke opplæring om barn som pårørende i spesialisthelsetjenesten
- forbedre og endre praksis slik at barn som pårørende blir en naturlig del av all utredning og behandling av syke voksne
- prøve ut en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenestetilbud

Alle disse innsatsene er igangsatt, og opplæringsprogrammet er ferdigstilt og tilgjengelig for alle helseforetakene.

Barn som pårørende ble inkludert i tilskuddsordningen *Helhetlig støtte til pårørende med krevene omsorgsoppgaver* fra 2018. Målet med tilskuddsordningen er å utvikle kommunale modeller som blant annet skal bidra til at barn og unge som pårørende og etterlatte til foreldre eller søs-

ken får ivaretatt behovet for informasjon og nødvendig oppfølging. Det kommunale kompetansehevingsprogrammet *Barn i rusfamilier* (BIR) er utviklet ved Kompetansesenter rus – region sør (KoRus – Sør) for å heve kompetansen om tidlig innsats blant ansatte som kommer i kontakt med barn og unge som lever i risikoutsatte livs- og omsorgssituasjoner. Helsedirektoratet vurderer også å utvikle digitalt opplæringsmaterieell om barn som pårørende i kommunen, i samarbeid med BarnsBeste. Tiltaket vil være en del av *Omsorg 2020* og programmet for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk.

Barn som pårørende har fra 1. januar 2019 fått rettigheter gjennom en ny bestemmelse i pasientreiseforskriften § 19 andre ledd. Bestemmelsen lyder slik: «Mindreårige barn har rett til å få dekket utgifter ved reise til helsepersonell som skal ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging etter helsepersonelloven § 10 a eller § 10 b». Helse- og omsorgsdepartementet har i budsjettet for 2019 bevilget 25 millioner kroner til dette formålet.

Barn og unge som opplever at foreldre eller søsken dør, trenger særlig oppfølging, omsorg og ivaretakelse. Særlig gjelder dette når en i barnets eller den unges familie tar sitt eget liv. Unge LEVE, ungdomsavdelingen til Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, mener at arbeidet med selvmordsetterlatte har kommet langt i Norge, men at det er behov for mer systematisk og målrettet arbeid. Fremdeles opplever mange unge etterlatte at de ikke får oppfølging og at de ikke klarer å håndtere skolegang eller arbeidshverdagen. Regjeringen vil bidra til god oppfølging av unge etterlatte gjennom samarbeid med bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner. Regjeringen vil også i 2019 utarbeide en pårørendestrategi for alle grupper av pårørende. Strategien skal angi regjeringens videre arbeid på feltet og skal følges opp av en handlingsplan.

Regjeringen vil

- Utrede og evaluere samarbeidsløsninger for dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste før og under henvisning
- Videreføre satsingen på bedre helsetjenester til barn i barnevernet
- Utarbeide en pårørendestrategi som skal angi regjeringens videre arbeid på feltet og som skal følges opp av en handlingsplan
- Sørge for at helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende implementeres i tjenestene

²¹ Helsedirektoratet (2017a)

²² Ruud m.fl. (2015)

- Bidra til god oppfølging av barn og unge som er etterlatte ved selvmord, gjennom samarbeid med bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner

5.2.4 Likeverdige tjenester og tilpasset hjelp

Tilpasset informasjon og kommunikasjon er spesielt viktig for å ivareta retten til medvirkning og tilgangen til helsetjenester på en likestilt måte. Det gjelder særlig for minoritetsgrupper i befolkningen eller barn og unge som er i en spesiell livssituasjon. Ifølge en rapport fra Likestillings- og diskrimineringsombudet opplever mange at de ikke har lik tilgang til helsetjenester eller andre tjenester av like god kvalitet som andre.²³

For å sikre individuelt tilpasset og likeverdig hjelp, trenger tjenestene kunnskap om ulike grupper i befolkningen og bevissthet om hvordan disse kan møtes og tilbys gode og tilgjengelige tjenester. I felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger heter det at kandidaten skal ha «kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet».

Kultur og språk

Barn og unge formes av kulturen de vokser opp i, språket de bruker og identiteten(e) de utvikler. Kulturelle og sosiale faktorer påvirker kommunikasjonen av helseplager, forventninger om hjelp og omsorg, vurderingen av eget behov for hjelp og også måten man møtes av hjelpere på.²⁴

Man vet blant annet at barn og unge med innvandrerbakgrunn i mindre grad henvises til BUP for hjelp med psykiske lidelser.²⁵ Det er ikke grunn til å tro at barn og unge med innvandrerbakgrunn har mindre behov for hjelp, men terskelen for å søke hjelp kan være høyere. I noen innvandrer miljøer kan det være mye skam og stigma knyttet til psykiske helseproblemer.²⁶

En undersøkelse gjennomført av meningsmålingsinstituttet IPSOS, viser at tilliten til barnevernstjenesten er lavere blant personer med innvandrerbakgrunn enn i befolkningen ellers.²⁷

Opplysningsplikt til barnevernet kan bidra til at noen foreldre vegrer seg for å oppsøke helse-tjenester. Mange familier har liten kunnskap om barnevernets og helsetjenestenes rolle. I regjeringens integreringsstrategi fremkommer det at barnevernets oppfølging av barn og familier med innvandrerbakgrunn skal styrkes. Det skal legges til rette for tiltak som kan øke kunnskapen og forståelsen av barnevernets rolle og mandat.

Ved behandling av psykiske lidelser er språk et viktig redskap for en korrekt diagnose, for god behandling og oppfølging med reelle muligheter for medvirkning. Mennesker med et annet morsmål enn norsk kan ha gode norsksferdigheter, men likevel ha vansker med å uttrykke seg godt om følelsesmessige forhold som psykiske og relasjonelle problemer. Det kan derfor være krevende for barn, unge og familier med flerkulturell tilhørighet å formidle sine helseplager, bekymringer og ønsker for hjelp, også der det ikke foreligger språklige barrierer.

Det trengs mer kunnskap om tilrettelegging av tjenester og tilpasning til grupper som ikke er en del av majoritetsbefolkningen. Enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet (tidligere NAKMI) tilbyr kurs for ansatte i primær- og spesialisthelsetjenestene om bruk av tolk.

Regjeringen har sendt forslag til ny tolkelov på høring. Loven skal tydeliggjøre offentlige organers ansvar for å bruke tolk, og bidra til en kvalitetsreform på tolkefeltet ved å stille krav om bruk av kvalifisert tolk i de tilfeller det foreligger en plikt til å bruke tolk. Formålet er å bidra til å sikre rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjenester til personer med manglende norskkunnskaper.

Ulik forståelse og oppfatning om psykisk helse og psykiske lidelser kan påvirke bruken av helse-tjenester. En undersøkelse fra 2011 viste at innvandrere og flyktninger, i hovedsak fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa utenom EU/EØS, foretrekker andre typer behandlinger for depresjon enn norsksfødte og helsepersonell.²⁸

Kulturformuleringsintervjuet (KFI) er et verktøy som legger vekt på pasientens språklige og kulturelle bakgrunn. Når pasienten er et barn, stilles spørsmål både til barnet og til personer rundt barnet. Hensikten er å belyse hva problemet er og hvordan det oppfattes, for å kartlegge hvilke ressurser som finnes i og rundt barnet. Samisk kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus (SANKS) har utviklet en samisk versjon av kulturformuleringsintervjuet til bruk i utredning og

²³ Likestillings- og diskrimineringsombudet (2011)

²⁴ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2018)

²⁵ Abebe, Lien og Elstad (2017)

²⁶ Reneflot mfl. (2018)

²⁷ Ipsos (2018)

²⁸ Erdal, Singh og Tardif (2011)

behandling. Regjeringen vil tilrettelegge for økt bruk av slike kultursensitive verktøy som inkluderer barn og unges kontekst og perspektiv.

Regjeringen vil vurdere tiltak for å øke rekrutteringen til helsepersonellutdanning fra minoritetsgrupper og fra grupper med særskilt kulturbakgrunn. I budsjettet for 2019 er det bevilget midler til å opprette 25 deltidsstudieplasser ved sykepleierutdanning på samisk. Studietilbudet vil være et samarbeid mellom UiT Norges arktiske universitet og Samisk høgskole i Kautokeino. OsloMet har også opprettet studie plasser slik at de kan tilby kompletterende utdanning for sykepleiere med en annen kulturell bakgrunn. I 2018 startet 31 personer på dette tilbudet som hovedsakelig er beregnet på kvalifiserte søkere med fluktbakgrunn, men som fylles med kvalifiserte søkere med oppholdstillatelse i Norge og sykepleierutdanning fra land utenfor EU/EØS og Sveits.

Samiske barn og unge

Det er lite kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser hos samiske barn og unge. I 2018 ble det igangsatt et samarbeidsprosjekt mellom Mental Helse Ungdom, den samiske ungdomsorganisasjonen Noereh, Sametingets ungdomspolitiske utvalg (SUPU) og SANKS. Prosjektet skal gi kunnskap om hvordan unge samer opplever sin psykiske helse og om hvilke beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer ungdommene opplever.

Som urfolk har samiske barn og unge særlige rettigheter for å ivareta språk og kultur. I de samiske forvaltningsområdene har personer som ønsker å bruke samisk for å ivareta sine interesser rett til å bli betjent på samisk i helse- og sosialinstitusjoner.²⁹ Mange opplever likevel at helsepersonell ikke har kjennskap til samisk språk og kultur. For små barn som ikke ennå behersker norsk er det en særlig utfordring.

I 2018 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å videreføre en satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, gjennom å bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet. I oppdraget er det spesifisert at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn ivaretas. Samiske barn som er under omsorg av barnevernet har rett til å bruke sitt morsmål. Dette gjelder

Boks 5.8 Meahcceterapiija (utmarksterapi)

Meahcceterapiija (utmarksterapi) er et tjenestetilbud som er spesielt tilpasset familier med samisk kulturbakgrunn. SANKS tilbyr utmarksterapi som en del av et fire ukers behandlingsopplegg for familier hvor barn og unge har følelsesmessige og/eller atferdsmessige problemer, og det er vansker knyttet til samspill i familien. Møtet mellom familien og behandler skjer i situasjoner som familien er fortrolig med, hvor familien får vist fram sine ferdigheter på en annen måte enn om samtalen fant sted på behandlerens kontor.

blant annet deres tilgang til behandling for psykiske lidelser på sitt morsmål.

Kjønn, seksuell orientering og kjønnsidentitet

Kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester

Gutter og jenter oppsøker og mottar i ulik grad hjelp for sine psykiske plager og lidelser. Det er langt flere gutter enn jenter som er i kontakt med fastlege eller legevakt for psykiske plager i de yngre aldersgruppene, og gutter er overrepresentert i BUP frem til pubertetsalderen.³⁰ Fra 14–15-årsalderen er det imidlertid flere jenter enn gutter som behandles for psykiske plager og lidelser, og det fortsetter når ungdommene blir voksne. Blant de eldre jentene har det vært en markant økning i andelen som blir diagnostisert med en psykisk lidelse de siste fem årene. Det er usikkert om økningen skyldes at flere jenter enn før sliter, eller at flere enn før tar kontakt med helsetjenesten for å få hjelp.³¹

Jenter oppgir at de er mer plaget av stress og nedstemthet enn hva gutter er. Samtidig vet vi at gutter i ungdomsalderen også har en rekke utfordringer som i mange tilfeller kunne blitt mindre dersom de hadde oppsøkt hjelp. Frafall i videregående skole, isolasjon og rus er mer utbredt blant gutter. To av tre som begår selvmord før fylte 25 år, er menn. I forskningen på kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester pekes det blant annet på at normer om maskulinitet kan bidra til at noen menn kvier seg for å oppsøke hjelp.³² I en undersøkelse om ungdoms opple-

²⁹ NOU 2016: 18

³⁰ Reneflot mfl. (2018)

³¹ Ibid

Boks 5.9 #startpraten

«Start praten» er en kortfilm og kampanje utarbeidet av Mental Helse Ungdom for å rette søkelyset mot unge menns psykiske helse. Filmen skal kunne brukes av helsesykepleiere eller lærere som et verktøy for å diskutere tema som maskulinitetsnormer, relasjoner, skam og åpenhet. I tillegg til filmen kan man laste ned spørsmål som kan brukes for å skape refleksjon og samtaler blant elevene.

velse av helsetjenester sa særlig guttene at de ikke ønsket at andre skulle se at de oppsøkte hjelp hos helsesykepleier.³³ En annen forklaring er at hjelpetilbud hvor samtale står i sentrum, kan tenkes å appellere til jenter i større grad enn til gutter.³⁴ Det har også blitt pekt på at jenter i større grad forstår og anvender helseinformasjon, som igjen har betydning for deres hjelpesøkende atferd.³⁵

Jeg har aldri fått vite når jeg kan gå til helsesøster, det har vært lite snakk om helsesøster generelt. Jentene i klassen fikk omvisning mens vi fikk ingenting.

Gutt, 18 år, Ungdomshelse i en digital verden

Gutter og jenter kommuniserer til dels på ulik måte om det som er vanskelig. Fordi måten problemer og behov presenteres på kan påvirke hvilken hjelp som tilbys, er det viktig å være bevisst på slike forskjeller og sikre et tilbud som passer for både gutter og jenter. Helsedirektoratet anbefaler at skolehelsetjenesten iverksetter tiltak for å nå gutter i større grad når det er behov for det. Flere steder er det startet egne helsestasjoner for gutter eller guttedager på helsestasjonen. Regjeringen har også, etter forslag fra Norsk sykepleierforbund, endret navn på helsesøster til det kjønnsnøytrale helsesykepleier. Dette gjøres blant annet for å bedre rekruttering av menn til yrket. For barn og unge som opplever stigma ved å oppsøke helsetjenesten fysisk, eller som av forskjellige grunner har vansker med personlig oppmøte, kan digitale løsninger for kommunikasjon med helsepersonell senke terskelen for å oppsøke hjelp.

³² Bakketeig og Nordhagen (2007); Schei og Sundby (2007)

³³ Helsedirektoratet (2018b)

³⁴ Dyregrov (2004); Langaard (2006)

³⁵ Coles mfl. (2016)

Lhbt

Mange barn og unge som bryter med normene for kjønn og seksualitet, møter negative reaksjoner og holdninger. En holdningsundersøkelse fra 2017 viser blant annet at 18 prosent av respondentene hadde negative holdninger til personer med andre kjønnsuttrykk enn kjønn de var til delt ved fødsel.³⁶ Lhbt-personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønnpersoner) opplever oftere trusler og hatytringer enn andre.³⁷ Det er forsket lite på vold mot lhbt-personer i Norge, men internasjonal forskning tyder på at gruppen er spesielt utsatt når det gjelder vold i nære relasjoner. Unge lhbt-personer ser ut til å være særlig sårbare.³⁸

Både nasjonale og internasjonale data tyder på at lhbt-personer kan ha økt risiko for psykisk uhelse og selvmordsforsøk. I en undersøkelse om levekår blant lesbiske, homofile og bifile i Norge kommer det frem at de under 30 år er særlig utsatt.³⁹ Foreløpig mangler det representative data om levekår blant transpersoner i Norge, men en undersøkelse fra Sverige blant 800 transpersoner viser at mange sliter psykisk, og at særlig de yngre aldersgruppene er hardt plaget. Personer med kjønnsinkongruens opplever ofte psykiske helseutfordringer på grunn av stigma, skam og sosial ekskludering.⁴⁰ Mange får dessuten ikke den støtten de trenger for å kunne leve som den man er.

Nordlandsforskning har gjennomført en spørreundersøkelse om levekår blant lhbt-personer med innvandrerbakgrunn.⁴¹ Undersøkelsen viser blant annet at andelen som er misfornøyd med livet er betydelig høyere i denne gruppen enn hva man finner i livskvalitetsundersøkelser blant befolkningen generelt. 26 prosent av respondentene i undersøkelsen oppgir at de har psykiske vansker som gir nedsatt funksjon i dagliglivet. 58 prosent sier at de har hatt tanker om å ta sitt eget liv.

Alle tjenester som jobber med barn og unge skal ha grunnleggende kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, slik at de kan møte barn og unge som har spørsmål om kjønn og seksualitet på en trygg og kompetent måte. Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI) arbeider for å øke kompetansen om sek-

³⁶ Bufdir (2017)

³⁷ Fladmoe, Nadim og Birkvad (2019)

³⁸ Bufdir (2018)

³⁹ Anderssen og Malterud (2013)

⁴⁰ Egeland (2016)

⁴¹ Eggebø, Stubberud og Karlstrøm (2018)

suelle minoriteters psykiske helse og de særlige utfordringene disse møter i helsetjenesten og i andre tjenester. FRIs Rosa kompetanse tilbyr faglig bistand og undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold til helsevesenet, barnevernet, skolesektoren, barnehagen, politi- og påtalemyndighet og bedrifter. Det er særlig viktig at undervisning i skolen tar opp kjønn, identitet og seksualitet. I forbindelse med den pågående fagfornyelsen i skolen vil et aktuelt område innenfor det tverrfaglige temaet *folkehelse og livsmestring* kunne være seksualitet og kjønn. Samordning av digitale hjelpetjenester vil også kunne bidra til kvalitetssikret og god informasjon til barn og foreldre om det å bryte med normene for kjønn og seksualitet.

Unge med funksjonsnedsettelse

Undersøkelser viser at personer med funksjonsnedsettelse i mindre grad enn andre er fornøyd med livet og synes det de driver med er meningsfullt. Mange oppgir å streve med sosial kontakt på grunn av helseproblemer, og flere er plaget av ensomhet. I SSBs levekårsundersøkelse fra 2012 sa nesten halvparten med funksjonsnedsettelse mellom 20 og 66 år at de hadde betydelige psykiske vansker.⁴² Undersøkelser viser også at personer med funksjonsnedsettelser er mer i kontakt med helsetjenesten enn befolkningen ellers, og at de har et større udekket behov for helsetjenester enn andre.⁴³

For personer med funksjonsnedsettelse kan ungdomstiden være ekstra krevende. I tillegg til alle de fysiske, psykiske og sosiale endringene som følger av overgangen fra barn til voksen, må de håndtere og mestre livet med en funksjonsnedsettelse. Derfor må helsepersonell ha kunnskap om disse barnas særskilte medisinske, psykiske og sosiale behov.

Det må arbeides bedre med å inkludere og bedre forholdene for mennesker med funksjonsnedsettelse. Regjeringen la i 2018 frem en strategi for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse. Strategien skal fremme likestilling og like muligheter knyttet til utdanning, arbeid, bolig, helse- og omsorgstjenester og kultur- og fritidsaktiviteter. I 2019 skal det legges frem en handlingsplan basert på denne strategien. Planen skal blant annet se på tiltak som kan bidra til bedre koordinering av tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse, herunder psykiske plager og lidelser. Psykisk helse vil derfor bli et eget tema i planen.

⁴² SSB (2017)

⁴³ Difi (2017); Ramm og Otnes (2013)

Regjeringen har satt i gang en inkluderingsdugnad for å få flere mennesker som står utenfor arbeidslivet inn i jobb, og har forpliktet seg til at 5 prosent av nyansatte i staten skal være personer med funksjonsnedsettelse eller «hull i CV-en».

Unge flyktninger og enslige mindreårige asylsøkere

Barn og unge som kommer til Norge som flyktninger, har ofte erfaringer som gjør at de har økt risiko for å utvikle psykiske problemer. De kan ha opplevd å miste personer som står dem nær, og ha vært vitne til eller selv blitt utsatt for vold og tortur. En høy andel av enslige mindreårige asylsøkere har ved ankomst til Norge allerede fått alvorlige psykiske lidelser. Mange har symptomer på posttraumatisk stresslidelse, og langt fra alle som trenger det får hjelp.⁴⁴

Barn og enslige mindreårige som bor i mottak er i en spesiell livssituasjon og har i utgangspunktet rett til de samme helsetjenestene som andre barn. Alle sektorer har ansvar for å yte tjenester til denne gruppen. Fafo-rapporten *Et trygt sted å vente – omsorgspraksiser på asylmottak for enslige mindreårige* fra 2018, påpeker imidlertid at det er store variasjoner mellom kommunene i tilbudet til enslige mindreårige i mottak.

Bosetting av enslige mindreårige asylsøkere skal prioriteres. I 2018 gjorde regjeringen det mulig å bosette enslige mindreårige med begrenset oppholdstillatelse i påvente av dokumentert identitet, samt at de fikk tilgang til kvalifisering. Dette ble gjort for å imøtekomme noen av helseutfordringene i mottak og omsorgssentre, og for å bidra til å normalisere hverdagen for disse ungdommene.

Boks 5.10 Et godt midlertidig hjem

Programmet *Et godt midlertidig hjem* har som mål at alle ansatte i mottak for enslige mindreårige skal utvikle en felles faglig plattform og kompetanse for traumebevisst omsorg. Programmet skal gjennomføres på mottakene slik at flest mulig ansatte kan delta, og vil blant annet ta opp betydningen av kosthold, søvn, trygghet, relasjonsbygging og ledelse. Utlendingsdirektoratet har inngått avtale med RVTS Sør om kompetanseutviklingsprogrammet.

⁴⁴ Sønsterudbråten, Tyldum og Raundalen (2018)

Regjeringen vil

- Arbeide for at tjenestene har kompetanse på bruk av tolk
- Bidra til at kultursensitive utrednings- og behandlingsverktøy tas i bruk og spres
- Vurdere tiltak for å øke rekrutteringen til helsepersonellutdanning fra minoritetsgrupper og fra grupper med særskilt kulturbakgrunn
- Utarbeide en handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse

5.2.5 Styrke innsatsen for barn og unge som er utsatt for forhold som gjør dem særlig sårbare for psykiske plager og lidelser

Barn og unge er avhengig av andre for å få dekket grunnleggende behov og kunne ha gode utviklingsmuligheter. Noen barn og unge utsettes imidlertid for forhold som øker risikoen for å utvikle psykiske problemer. For eksempel er barn og unge som mottar tjenester fra barnevernet, mindreårige flyktninger og barn av asylsøkere, barn av rusmiddelavhengige og/eller foreldre med psykisk eller somatisk sykdom, samt barn og unge som har vært utsatt for vold og overgrep, inkludert mobbing, spesielt utsatt for å utvikle alvorlige psykiske lidelser. I dette avsnittet omtales noen forhold som særlig utgjør en risiko.

Det er viktig at helsetjenesten og andre forstår at for eksempel rusmiddelproblemer, spiseforstyrrelser, angst, depresjon og selvskading kan ha sin forklaring i vold, overgrep og omsorgssvikt. Der som årsaken til problemene ikke tas opp av de som skal hjelpe, kan det føre til en opplevelse av ikke å bli sett og forstått. Det kan også føre til at en pågående voldssituasjon ikke oppdages. En bred kartlegging og utredning er derfor nødvendig for å gi riktig hjelp, der psykisk helse-, rus- og voldsproblematikk må ses i sammenheng.

Vold og overgrep

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer vold som «tilsiktet bruk av fysisk kraft eller makt, faktisk eller ved hjelp av trusler, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller mot en gruppe eller et samfunn, som enten resulterer i eller har stor sannsynlighet for å resultere i fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon».

I regjeringens arbeid mot vold og overgrep inngår også omsorgssvikt, mobbing og annen form for psykisk vold, som blant annet utesteng-

ning fra fellesskap, negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Regjeringen har laget en egen handlingsplan for å styrke innsatsen mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, og vil i tråd med Granavolden-plattformen jobbe for at dette arbeidet skal videreføres og forsterkes. Regjeringen har nedsatt en ekspertgruppe som skal gjennomgå saker hvor barn og unge er etterlatt i utlandet mot sin vilje.

Vold og overgrep mot barn og unge er alvorlige brudd på menneskerettighetene. Å bli utsatt for vold eller overgrep i barne- og ungdomsalder kan ha store helsemessige konsekvenser og resultere i forstyrrelser i emosjonell, kognitiv og/eller atferdsmessig utvikling.⁴⁵ Det er blant annet forbundet med økt risiko for en rekke psykiske og somatiske sykdommer og plager, inkludert posttraumatiske stressreaksjoner, depresjon, angst, atferdsvansker, spiseforstyrrelser og søvnproblemer.⁴⁶ Risikoen for å utvikle vansker er større dersom barn og unge har opplevd vold og overgrep over tid, i nære relasjoner, og i forbindelse med sin omsorgssituasjon.⁴⁷ Personer som har blitt utsatt for vold og overgrep i barndommen har også større risiko for å bli utsatt for ny vold.⁴⁸

Vold og overgrep avdekkes ofte for sent og i for liten grad, og oppfølgingen er ikke alltid god nok. Dermed sviktes noen barn og unge ikke bare én, men gjentatte ganger. Først gjennom volden og overgrepene. Deretter gjennom opplevelsen av ikke å bli trodd når de forsøker å fortelle, eller i mangelen på hjelp til å bearbeide det de har opplevd. Mange barn og unge som har blitt utsatt for vold og overgrep, forteller at de ikke har fått den hjelpen og oppfølgingen de trengte.⁴⁹ Noen har gode opplevelser med hjelp og støtte i første fase, for eksempel fra krisesenter og Statens barnehus. Mange opplever imidlertid at når den første fasen er over og livet skal gå videre, er de kommunale tjenestene i varierende grad tilstedeværende. Barnevoldsutvalgets gjennomgang av særlig alvorlige saker om vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt, peker på svikt i samarbeidet mellom tjenestene.⁵⁰ I tillegg avdekker gjennomgangen at manglende samtaler med barn og unge ofte får svært alvorlige konsekvenser.

⁴⁵ Whitfield mfl. (2003); Krug mfl. (2002)

⁴⁶ Steine mfl. (2012)

⁴⁷ Alisic mfl. (2014); Annerbäck mfl. (2012); Cook mfl. (2005)

⁴⁸ Aakvaag og Strøm (2019)

⁴⁹ Barneombudet (2018)

⁵⁰ NOU 2017: 12

I 2017 behandlet Stortinget Prop. 12 S (2016–2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep* (2017–2021). Opptrappingsplanen synliggjør hovedutfordringer knyttet til vold og overgrep og foreslår tiltak og strategier for å møte disse utfordringene. Regjeringen følger opp tiltakene i opptrappingsplanen. Den samlede satsingen i 2018 var om lag 825 millioner kroner. Særlig er etterforskningen av vold og overgrep mot barn styrket, kapasiteten og kompetansen i barnehusene har økt og behandlingstilbudene og tiltak for å ivareta utsatte barn er styrket. Flere nye verktøy for å trene opp ansatte i å snakke med og oppdage barn som er utsatt, er under utprøving i barnehager og skoler (se kapittel 4.2).

Innsatsen trappes opp ytterligere i 2019. Den samlede satsingen i 2019 er på om lag 1 milliard kroner. Arbeidet med å forebygge vold og overgrep mot barn, arbeidet med å styrke behandlingstilbudet til personer som begår overgrep og arbeidet med å styrke etterforskningen av vold og overgrep vil prioriteres i 2019. Regjeringen arbeider også videre med å følge opp barnevoldsutvalgets utredning.

Det er viktig å styrke bruken av risikovurderingsverktøy for å kartlegge og håndtere barns utsatthet. Justis- og beredskapsdepartementet jobber med å sikre at beskyttelsestiltak som blir iverksatt ved vold i nære relasjoner også trykker barn som lever under slike forhold. Dette gjelder blant annet besøksforbud og en mer utstrakt bruk av omvendt voldsalarm. Arbeids- og velferdsdirektoratet har også utarbeidet en veileder mot vold i nære relasjoner, ettersom undersøkelser viser at NAVs brukergrupper er overrepresentert når det gjelder å ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner.⁵¹

Helseovgivningen ble endret i 2017 for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Fra 2018 er ledelsen i kommunal sektor og i helse-regionene ansvarlig for at dette følges opp. I pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge, er kartlegging av vold, overgrep og andre traumatiserende hendelser en del av basisutredningen som skal ligge til grunn for hvilken behandling og hjelp som skal gis det enkelte barn.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å sørge for at barn som avhøres ved Statens barnehus tilbys medisinsk undersøkelse. I 2017 leverte de en plan for oppbygging av kapasitet og kompetanse innen sosialpediatri og tiltak for å

styrke den sosialpediatriske kompetansen. Det er for 2019 bevilget 33 millioner kroner til medisinske undersøkelser i Statens barnehus. Midlene går til opprettelse av medisinske stillinger og til å stimulere til at flere leger velger dette arbeidsfeltet.

Barn og ungdom som har opplevd traumatiske hendelser og har symptomer på posttraumatisk stress, skal oppdages og få den best dokumenterte behandlingen for sine problemer. De regionale kompetansesentrene om vold og traumatisk stress (RVTSene) har bistått med systematisk kompetanseheving i behandling av traumer over flere år.

Siden 2012 har Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) hatt i oppdrag å lede en nasjonal implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Denne behandlingsmetoden har vist gode resultater, og tilbudet gis ved mange institusjoner over hele landet i dag. Prosjektperioden går fram til 2021 og målet er at alle landets BUPer skal få opplæring i denne terapiformen.

Fra 2019 vil også Statens barnehus inkluderes i dette implementeringsarbeidet. Ettersom vold og overgrep er inngangsporten til Statens barnehus, har mange av barna symptomer som gir mistanke om tilstander som utviklingstraumer, posttraumatisk stresslidelse, depresjon og angst. Traumesymptomer kan være svært belastende, og behovet for rask tilgang til kriseintervensjoner, stabiliserende tiltak og behandling er viktig. TF-CBT anses som en svært egnet metode.

Tannhelsetjenestens rolle i å avdekke vold og overgrep

En del utsatte familier oppsøker i liten grad helse-tjenesten. Fylkeskommunal tannhelsetjeneste driver oppsøkende virksomhet overfor barn og unge, og treffer om lag 95 prosent av barn og unge i Norge. I nye nasjonale faglige retningslinjer for tannhelsetjenesten rettet mot barn og unge, er det økt oppmerksomhet på å varsle barnevernet når det foreligger mistanke om vold, overgrep eller omsorgssvikt. Mange barn og unge har stor angst for tannbehandling, og denne angsten viser seg ofte å ha sin bakgrunn i vold og overgrep. Tegn på omsorgssvikt kan være dårlig tannhelse, mens tegn på alvorlige overgrep kan være angst, syreskader på tennene, redsel for å sitte i en tannlegestol og motstand mot at tannhelsepersonell skal undersøke munnen. Dette er forhold som tannhelsetjenesten blir stadig mer oppmerksom

⁵¹ Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (2016)

Boks 5.11 Trygge tannteam

Ved tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt-Norge er det utviklet et tverrfaglig team bestående av tannlege med spesialutdanning i barnetannpleie, psykolog og tannhelsesekretær (TBIT-team). Prosjektet tar mål av seg til å utdanne trygge tannteam med særlig kunnskap og kompetanse på tilrettelagt tannbehandling for sårbare barn og unge.

Les mer: www.tkmidt.no/tbit

på, og det er allerede konstatert en økning i meldinger til barnevernet.

Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge i alderen 0–20 år. Del 1 ble publisert i 2018 og inneholder blant annet forklaring og eksemplifisering av opplysningsplikten ved barnemishandling, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. Del 2 publiseres i 2019 og vil ha en tilråding om etablering av tilrettelagt tannhelsetilbud til barn som har blitt utsatt for vold og overgrep, og hvilke tegn tannhelsepersonell bør være oppmerksom på og som kan gi grunn til bekymring.

Barn og unge som har blitt utsatt for mobbing

Mange barn og unge i Norge blir utsatt for mobbing (se kapittel 3.3). Å bli utsatt for mobbing truer opplevelse av trygghet, tilhørighet og følelse av verdi, og kan ha store konsekvenser for sosialt liv, læringsresultater og skolefravær. Det kan også medføre betydelige helseplager som emosjonelle problemer, lav selvtillit, psykosomatiske plager, symptomer på posttraumatisk stress, selvskadning, selvmordstanker og selvmordsforsøk.⁵² Dersom oppfølgingen som gis ikke er tilstrekkelig, kan mobbingen få negative konsekvenser for den det gjelder i lang tid, også inn i voksenlivet.

Innsats mot mobbing i Norge har i hovedsak vært rettet mot å forbygge og stoppe mobbing. Å følge opp barn og unge som har vært utsatt for mobbing, bør være en like viktig del av det systematiske arbeidet. Ifølge en kunnskapsoppsummering utarbeidet av Nasjonalt senter for læringsmiljø og atferdsforskning og Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge (RKBU Vest), er det

behov for mer forskning om effektive tiltak for oppfølging.⁵³ Det er også utarbeidet en erfaringsbasert kunnskapsoppsummering om utforming og organisering av tiltak for barn og unge som har vært utsatt for mobbing.⁵⁴ Det pekes på at innsatsene som iverksettes må tilpasses den enkelte. For noen vil en resosialisering tilbake til lærings- og skolemiljøet være tilstrekkelig. Samtidig forutsetter det at skolen lager rutiner for oppfølging også etter at mobbingen er stoppet. For elever som trenger hjelp fra helsetjenestene som følge av mer alvorlige skadevirkninger, har skolen også en viktig støttefunksjon. Rapportene peker på flere aktuelle tiltak som kan prøves ut og evalueres.

Regjeringen har satt i gang flere tiltak for å forebygge og følge opp mobbing (se kapittel 3.3). Klageadgangen er styrket, og elever og foreldre kan melde saker til Fylkesmannen når de mener skolen svikter. Utdanningsdirektoratet har utviklet en nettressurs med oversikt over tiltak i ulike typer skolemiljøer. Det er utarbeidet en veileder om bruk av beredskapsteam i kommunene i svært alvorlige mobbesaker.⁵⁵ Gjennom *Partnerskap mot mobbing* arbeider Landsgruppen av helsesykepleiere NSF for økt kunnskap, bevisstgjøring og handlingsevne hos medlemmene, og bidrar til tiltak for utvikling av skolemiljøet i samarbeid med skolen.

Regjeringen vil styrke oppfølging av dem som er eller har vært utsatt for mobbing, både gjennom mer kunnskapsinnhenting og gjennom utprøving av tiltak. En slik innsats må ses i sammenheng med allerede igangsatte tiltak og kobles til pågående prosesser. Det må legges vekt på samarbeid mellom skole- og helsesektor, både på tjeneste- og forvaltningsnivå.

Barn og unge som utøver vold og overgrep

Noen barn og unge utsetter andre for vold. I 2016 ble 383 personer under 18 år anmeldt for voldtekt eller seksuell omgang med barn under 14 år.⁵⁶ Undersøkelser viser at det er en sammenheng mellom det å bli utsatt for vold og overgrep tidlig i livet og selv utøve vold senere.⁵⁷ Det er flere situasjoner som øker risikoen for senere voldsatferd, som å vokse opp i en familie hvor foreldrene har psykiske og fysiske lidelser eller alkoholmisbruk⁵⁸, å være vitne til vold i familien⁵⁹, samt det å

⁵³ Ibid

⁵⁴ Tharaldsen mfl. (2017)

⁵⁵ Utdanningsdirektoratet (2018)

⁵⁶ Kripos (2017)

⁵⁷ Mossige og Stefansen (2007)

⁵² Breivik mfl. (2017)

bli direkte utsatt for vold, mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Det er derfor viktig å tilby behandling til denne gruppen.

Arbeidet med å bedre behandlingstilbudet til unge overgripere er igangsatt. Helse Vest har fått i oppdrag å lede arbeidet med å styrke kompetansen og etablere behandlingstilbud i alle helseregioner for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd, uavhengig av hvor de bor i landet. Helse Vest samarbeider med de øvrige regionale helseforetakene om oppdraget. Det er fra 2017 bevilget 5 millioner kroner til dette tiltaket. Oppdraget ses i sammenheng med det nasjonale kliniske nettverket som er etablert for å bygge opp kunnskapsbasert utrednings- og behandlingskompetanse i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. Betanien sykehus leder nettverket på vegne av Helse Vest.

Stiftelsen Alternativ (ATV) til vold har behandlingstilbud til utøvere av vold i nære relasjoner, og tilbyr behandling til alle medlemmer av familien, både utøvere av vold og voldsutsatte voksne. Hvilken behandling som bør tilbys, avhenger av årsaken til volden eller overgrepene. Regjeringen styrker i 2019 Alternativ til vold (ATV) med 6 mill. kroner. Midlene skal bidra til styrking av eksisterende kontor for å ivareta et familiemandat og til etablering av nye ATV-tilbud. Etablering av tilbud i Finnmark skal prioriteres.

Barn i fengsel og barn av innsatte

Svært få unge i alderen 15–18 år sitter i fengsel. De som sitter fengslet, har ofte sammensatte og komplekse problemer. Mange har hatt en traumatisk oppvekst kjennetegnet av problematferd. De har ofte behov for hjelp til å gjøre noe med det negative handlingsmønsteret som ligger bak kriminaliteten. Skole, jobb, idrett, ruskontroll og sinnemestring kan spille en sentral rolle i straffegjennomføringen. Det er viktig å sørge for hjelp til å håndtere traumer og psykiske plager og lidelser som kan være en medvirkende årsak til atferden.

Hvert år opplever mellom 6 000 og 9 000 barn og unge i Norge å ha en forelder i fengsel.⁶⁰ I tillegg er det mange som har søsken eller andre pårørende i fengsel. Barn og unge med søsken eller foreldre i fengsel har ofte dårligere levekår enn andre barn. En undersøkelse viser at barn av innsatte har høy forekomst av sosiale og psykiske

problemer. De er ofte utsatt for mobbing, og vokser opp i hjem med dårlig økonomi.⁶¹ Det er viktig at lærere, barnehageansatte, helsesykepleiere og andre som møter barn og unge med foreldre i fengsel, har kunnskap om barnets situasjon og om hvordan situasjonen kan gjøres enklere og mer håndterlig.

Rus

Det har de senere årene vært en nedgang i ungdomsskoleelevers bruk av alkohol. Blant videregåendelever har det vært en viss økning. Det har også vært en økning i unges bruk av cannabis, og særlig blant gutter i videregående skole.

Ungdata-rapporten fra 2018 ser spesielt på hva som kjennetegner de ungdommene som har brukt hasj eller marihuana. Resultatene gir et nokså tydelig bilde, der ungdom som har brukt cannabis skiller seg negativt ut på flere områder. Ungdom som har brukt cannabis rapporterer blant annet om langt flere psykiske og fysiske helseplager enn andre ungdommer.⁶²

Foreldrenes forhold til rusmidler har en stor påvirkning på unges rusbruk. Barn og unge som vokser opp i hjem hvor en eller begge foreldrene har rusmiddelproblemer, har større risiko for selv å utvikle slike problemer.⁶³

Mange barn og unge med rusmiddelproblemer oppdages sent, både av foreldre, barnehage og skole, barnevern og helsetjenester. Det er behov for å utvikle bedre metoder for å avdekke rusproblemer hos barn og unge, og styrke kunnskapen om rusproblematikk og sammenhenger mellom rus, vold og psykisk uhelse i tjenestene for barn og unge.

I Sintefs årlige rapport om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, melder mange kommuner om et dårlig tilbud til barn og unge med rusmiddelproblemer. Regjeringen vil derfor legge til rette for å videreutvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer. Dette bør skje innenfor eksisterende tjenester. Barnevernet gir ofte behandling for rusmiddelproblemer for barn og unge som er under deres omsorg. BUP skal gi et tilbud til barn og unge og også kartlegge rusmiddelproblemer. De kan samarbeide med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), som har spisskompetanse på behandlingen av rusproblematikk. Det er ikke satt noen nedre aldersgrense for TSB. Det vises for øvrig til

⁵⁸ Loukas mfl. (2001)

⁵⁹ Friedrich mfl. (1997)

⁶⁰ Foreningen for Fangers Pårørende (2009)

⁶¹ Ibid

⁶² Bakken (2018)

⁶³ Folkehelseinstituttet (2014)

Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020).

Selvskading

Utbredelsen av selvskading blant unge er stor. Internasjonale undersøkelser viser at i snitt 18 prosent av de mellom 12 og 18 år oppgir å ha skadet seg selv med vilje. Forekomsten er høyest hos jenter i tenårene, men gutter skader seg også. Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år, men kan også oppstå tidligere eller senere, og problematikken kan være forbigående eller langvarig.⁶⁴ Det finnes ikke nasjonale tall på forekomst av selvskading og utvikling over tid.

Det kan være mange og sammensatte grunner til at noen skader seg selv. Ofte oppstår selvskading som en mestringsstrategi i en vanskelig livssituasjon. Selvskading er et uttrykk for at noe er galt, men hva som ligger til grunn kan variere.

Forskning trekker fram noen risikofaktorer knyttet til hvorfor en person skader seg selv: underliggende psykiske helseproblemer, fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, herunder psykisk omsorgssvikt, tap og separasjon, og individuelle risikofaktorer som kaotiske og overveldende negative følelser.⁶⁵ God kommunikasjon med de nærmeste og den enkeltes motstandsdyktighet kan virke beskyttende mot selvskadende atferd.

Det er viktig å gjøre en bred kartlegging for å kunne gi nødvendig hjelp. Samarbeid mellom tjenester kan være vesentlig for god oppfølging av barn og unge som skader seg selv.

I Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014–2017) var selvskading for første gang tatt inn i en handlingsplan på selvmordsområdet i Norge. Effektive tiltak for å forebygge selvmord kan skille seg fra effektive tiltak for forebygging av selvskading, samtidig som forebygging av selvskading i stor grad bør rettes mot barn og unge. Videre arbeid med selvskading er derfor et eget satsingsområde i opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, jf. Prop. 1 S (2018–2019).

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) har igangsatt en undersøkelse om endring i forekomst og risikofaktorer for selvskading og selvmordsforsøk blant ungdom i grunn- og videregående skoler i perioden 2010–2016. Undersøkelsen vil også se på hvordan fore-

Boks 5.12 Selvskading

Selvskading defineres som skade en person har påført seg med vilje, men uten intensjon om å dø. Det kan være kutting, brenning, overdosering, forgiftning og annet. De som selvskader kan bruke en eller mange metoder, og den medisinske farlighetsgraden varierer fra overflatiske småskader til livstruende skader.

Les mer: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf>

komst og risikofaktorer henger sammen med livsvilkår, nettverk og kontakt med hjelpeapparatet. Ny kunnskap om temaet vil være viktig for å kunne planlegge fremtidige tiltak, herunder forebyggende intervensjoner. Funnene vil sammenliknes med tidligere forekomsttall.

Noen kan ha gjentatte alvorlige selvskadingsepisoder uten ønske om å dø, mens andre kan ha episoder der de ønsket å dø eller var ambivalente. I en norsk undersøkelse av skoleungdom oppga en tredjedel av de som hadde utført selvskading at de også hadde gjort ett eller flere selvmordsforsøk.⁶⁶

Helsedirektoratet har utarbeidet veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.⁶⁷ Målsettingen er å bidra til å redusere omfanget av selvskading og selvmord i befolkningen og å bidra til økt kvalitet og mer enhetlig praksis i tjenestene. Det pågår et samarbeid mellom en rekke aktører for at kommunene skal ta materialet i bruk.

Utdanningsdirektoratet har utarbeidet en digital veiledningsressurs til støtte i skolenes forebyggende arbeid mot selvmord, som også omtaler selvskading. Nettstedet skal justeres og forbedres i 2019.

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er dokumentert som effektiv behandling for personer med gjentatt selvskading og kronisk suicidalitet. En studie fra NSSF viste at kortvarig DBT-behandling tilpasset ungdom har bedre effekt enn ordinær behandling i poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, både med hensyn til reduksjon av villet egenskade, selvmordstanker og depresjonssymptomer.⁶⁸ NSSF har det nasjonale ansva-

⁶⁴ Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018); Muehlenkamp mfl. (2012)

⁶⁵ Sommerfeldt og Skårderud (2009); Gratz (2003)

⁶⁶ Tørmoen (2017)

⁶⁷ Helsedirektoratet (2017b)

ret for utdanning av terapeuter i dialektisk atferdsterapi. DBT er i bruk i spesialisthelsetjenesten i ulike deler av landet.

Hos barn under 15 år er selvmord sjelden. I aldersgruppen 15-25 år er imidlertid selvmord den nest vanligste dødsårsaken.⁶⁹ I aldersgruppen under 20 år var det 37 registrerte selvmord i Norge i 2017.⁷⁰ Det skal utarbeides ny handlingsplan for forebygging av selvmord.

Regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid om forebygging av selvskading. Dette arbeidet vil ses i sammenheng med andre satsinger på psykisk helsefeltet. Det er blant annet behov for økt kunnskap i tjenestene om forebygging av selvskading, og det er behov for økt kapasitet i opplæring av personell i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder.

Regjeringen vil

- Utvikle og pilotere modell/forløp for oppfølging av barn og unge som er eller har vært utsatt for mobbing
- Legge til rette for å videreutvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer
- Igangsette et utviklingsarbeid om forebygging av selvskading, gjennom blant annet å styrke kunnskapen om forebygging av selvskading i tjenestene og gjennom bidrag til opplæring av personell i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder

5.3 Barn og unge skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester

5.3.1 Mer kunnskap om effekt av behandling og pasientopplevd kvalitet

Det finnes for lite kunnskap om effekt av behandling til barn og unge med psykiske plager og lidelser.⁷¹ Både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten må ha som mål at barn og unge får kunnskapsbasert behandling, altså den behandlingen man ut fra dagens kunnskap mener har best effekt. Man bør også forsøke å måle effekten av behandling, og det bør gjennomføres regelmessige evalueringer av

⁶⁸ Mehlum mfl. (2016); Mehlum mfl. (2014); Tørmoen mfl. (2014)

⁶⁹ Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018)

⁷⁰ Folkehelseinstituttet (2018a)

⁷¹ Dalsbø mfl. (2017); Kjøbli mfl. (2018)

tjenestetilbudet. Både barn, unge, pårørende og tjenestene bør involveres i arbeidet.

Å måle barn og unges opplevelse av helse-tjenestene er viktig for å kunne gi flere et bedre behandlingstilbud, og for å følge utviklingen over tid. Målinger av selvrappertert helse og livskvalitet er nyttig for å følge med på det enkelte tjenestested og for vurdering av effekt av ulike behandlinger, som grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og helseøkonomiske analyser. Resultatet av målingene må følges opp av ledere på alle nivåer.

Regjeringen vil vurdere utvikling av nasjonale mål og/eller indikatorer for effekt av behandling og opplevd kvalitet for pasienter med psykiske lidelser. Dette er en problemstilling som i like stor grad gjelder voksne med psykiske plager og lidelser, og temaet vil omtales samlet i *Nasjonal helse- og sykehusplan* som skal legges fram høsten 2019.

OECD har etablert *The Patient-Reported Indicators Survey* (PaRIS). Målet er å utvikle internasjonale benchmarks for helsetjenestenes innsats rapportert av pasientene selv. Arbeidet med nasjonale mål og indikatorer bør derfor ses i sammenheng med OECDs initiativ, i tillegg til arbeidet med pakkeforløp for psykisk helse og rus, hvor det legges føringer for bruk av strukturerte kartleggings- og utredningsverktøy, feedbackverktøy og mål på effekt av behandling.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør), har utviklet en håndbok med oppsummert kunnskap om effekt av behandlingsformer for barn og unge.⁷² Håndboken er basert på nasjonale retningslinjer, systematiske oversikter og arbeidet med pakkeforløp, og skal være et verktøy for beslutningsstøtte til bruk i vurderinger om behandling. I første omgang er innholdet utviklet for fagfolk som arbeider i psykisk helsevern for barn og unge. Håndboken kan også være en nyttig ressurs for barn og unge som får behandling, og for foreldre, lærere, kommuner og andre som ønsker større innsikt i kunnskapsgrunnlaget for behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Som et ledd i opptappingsplanen ønsker regjeringen å vurdere om håndboken også skal omfatte behandlingstiltak som er relevante i primærhelsetjenesten. Dette vil bli sett i sammenheng med ny veileder for tverrfaglig og tverretattlig arbeid med psykisk helse for barn og unge (se kapittel 5.2.2).

⁷² Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse-region Øst og Sør (2018)

Regjeringen vil

- Vurdere utvikling av nasjonale mål og/eller indikatorer for effekt av behandling og pasientopplevd kvalitet for pasienter med psykiske lidelser
- Vurdere å utvikle håndboken fra RBUP til også å omfatte behandlingstiltak som er relevante i primærhelsetjenesten

6 Forskning, kunnskap og kompetanse

Forskning skal bidra til større kunnskap. Det er viktig både for å lykkes med forebyggende tiltak og for at barn og unge med psykiske plager og lidelser får behandling som har dokumentert effekt. Forskning utføres blant annet gjennom programmer i Norges forskningsråd, forskning i helseforetakene, i universitets- og høyskolesektoren, i instituttsektoren, gjennom Folkehelseinstituttet, forsknings- og kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten og i samarbeid om internasjonal forskning. For at forskning skal være nyttig for barn, unge og deres familier, for tjenestene og for forvaltningen, er det viktig at resultater gjøres kjent og tas i bruk. Det fordrer blant annet god faglig ledelse og riktig kompetanse på riktig sted.

Psykisk helse er et fagområde som mottar mye offentlige forskningsmidler innenfor helsefeltet.¹ Likevel vet vi for lite om effektive tiltak for både forebygging og behandling. Som oppfølging av regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017–2022), har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Norges forskningsråd i oppdrag å gjennomgå forskningsaktivitet, forskningsaktører og ressurser innenfor psykisk helse. Målet er å bidra til å sikre best mulig utnyttelse av forskningsressursene.

Kapittel 6 baserer seg på regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet*, og har to hovedmål:

1. Økt kunnskap som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet
2. Styrket kompetanse og ledelse

6.1 Økt kunnskap som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Kommunene etterspør kunnskap i form av hvilke verktøy, metoder og tiltak som har effekt for psykisk helse i folkehelsearbeidet. Den forskningsbaserte evalueringen av tiltak som skal skje i regi av Folkehelseprogrammet (2017–2026) vil være et viktig bidrag for økt kunnskap i folkehelsearbeid

det. Utvikling av nye indikatorer som kan tas inn i folkehelseprofilene og utvidelse av Ungdata til å inkludere Ungdata Junior, er også viktige tiltak.

Som omtalt i kapittel 5.3, har vi behov for mer forskningsbasert kunnskap om hva som virker i behandlingen av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Det er behov for mer kunnskap om diagnostikk, behandlingsmetoder og behandlingskvalitet for både barn, unge og voksne.

Det samme gjelder for forskning og innovasjon i utviklingen av digitale verktøy og internett-assistert behandling. Det er også et behov for mer forskning om bruk av legemidler hos barn og unge. Legemidler kan ha en annen effekt på barn enn på voksne, og det er nødvendig at legemidler også prøves ut på barn og at dette kvalitetssikres og følges opp over tid. Uprøving av legemidler på barn er etisk og metodisk krevende. Det er opprettet et klinisk forskningsnettverk med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn, NorPedMed.

De fire regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RKBU/RBUP) er viktige ressurser som støtter kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Sentrene driver kompetansebygging, tjenesteutviklende forskning og kunnskapsformidling. Dette er viktige bidrag til effektivt folkehelsearbeid, kunnskapsbasert og brukerorientert praksis i tjenestene, og til at tjenestene oppnår bedre resultater. Andre bidragsyttere til økt kunnskap og tjenesteutvikling er de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og forebygging (NSSF), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og kompetansesentrene for rus (KoRus).

Kompetansemiljøene er etterspurte utviklingspartnere for kommunene, spesialisthelsetjenesten og barnevernet, og vil kunne være viktige ressurser i implementeringen av opptappingsplan for barn og unges psykiske helse. Flere av kompetan-

¹ Norges forskningsråd (2018)

semiljøene oppsummerer kunnskap og driver praksisnær forskning på barn og unges psykiske helse.

Fra og med 2020 skal forskningsfinansieringen for forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten legges om. Dette vil gi bedre oversikt over forskningsinnsatsen på området, og det vil utvikle et kunnskapssystem innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik mange aktører mener det er behov for.

Gode registerdata og forekomsttall er også viktig for å styrke kunnskapen om barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Ungdata-undersøkelsen gir regelmessig informasjon om helse- og levekår for barn og unge, og har blitt gjennomført siden 2010. Det gjør at man kan følge utviklingen over tid, og få et bilde av barn og unges opplevelse av psykisk helse og livskvalitet. Elevundersøkelsen samler inn data om elevenes læring, trivsel og omfang av mobbing. Disse undersøkelsene må ses i sammenheng med andre datakilder for å kunne gi et mer helhetlig bilde av barn og unges psykiske helse.

Det er etablert et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Registeret vil inkludere data fra blant annet allmennlegetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og vil også kunne bidra til et bedre datagrunnlag om psykiske plager og lidelser. Informasjon om pasientbehandling i det nye registeret vil kunne supplere informasjonen som er tilgjengelig om pasientbehandling gjennom andre sentrale helseregistre som Norsk pasientregister (NPR), Medisinsk fødselsregister og Reseptregisteret.

De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2018 bedt om å legge til rette for at nasjonale medisinske kvalitetsregistre utvikles på områder der det er behov for kunnskap, for eksempel innenfor psykisk helsevern og rus. Helseanalyseplattformen som Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å utvikle, vil også kunne være et viktig bidrag i å styrke registerforskningen på området og gjøre det enklere for forskere å få tilgang på registerdata. Helseanalyseplattformen er en strategisk satsing som bidrar til tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata. På sikt skal helseanalyseplattformen gi mulighet for mer avanserte analyser av norske helsedata og legge grunnlaget for nye typer medisinsk og helsefaglig forskning.

Som omtalt i regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017–2022), vil det være nødvendig å innhente nasjonale representative diagnosebaserte data for å få bedre oversikt

over forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge.

Regjeringen vil

- Gi relevante regionale og nasjonale kompetansesentre i oppdrag å bidra i arbeidet med å implementere opptappingsplan for barn og unges psykiske helse og sikre videre kunnskapsspredning og kompetanseoppbygging om barn og unges psykiske helse

6.2 Styrket kompetanse og ledelse

Et bedre datagrunnlag gjør det enklere å drive god ledelse. God ledelse er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste og for å sikre effektiv ressursutnyttelse.

Å ta i bruk ny kunnskap er i stor grad et lederansvar. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring tydeliggjøres krav til styring av virksomhetene. Forskriften skal bidra til å gi den som har det overordnede ansvaret for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring og ledelse, og for kontinuerlig forbedring. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukerikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

For å få til god samhandling i kommunale tjenester er det viktig med felles arenaer for kunnskapsutveksling, samhandling og utvikling mellom ledere. Regjeringen har bidratt til etableringen av en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Utdanningen skal bidra til å styrke helse- og omsorgstjenesten i kommunene og tannhelsetjenesten i fylkeskommunene, og til å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Utdanningen tilbys på tvers av yrkesgrupper og tjenesteområder for å oppnå læring, kommunikasjon og samhandling.

God kompetanse på riktig nivå og riktig sted er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Behov for tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og god bruk av tilgjengelige personellressurser er sentrale temaer både i *Nasjonal helse- og sykehusplan* (2016–2019) og i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Regjeringen har utarbeidet en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, *Kompetanseløft 2020*. Planen skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent

bemanning. *Kompetanseløft 2020* følger opp primærhelsetjenestemeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste*, regjeringens plan for omsorgsfeltet, *Omsorg 2020*, og Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020).

Det er viktig at relevant forskningsbasert kunnskap inkluderes på en hensiktsmessig måte i utdanningene til alle som jobber med barn og unge. Tidligere har innholdet i utdanningene i stor grad vært styrt av enten rammeplaner fastsatt av Kunnskapsdepartementet eller av utdanningsinstitusjonene. Det har vært stor variasjon i kompetansen til kandidatene avhengig av utdanningssted. Utdanningene har vært statiske og tjenestene og helsemyndighetene har i liten grad hatt innflytelse over innholdet i utdanningene.

Som en oppfølging av Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd*, er det etablert et nytt system for styring av læringsutbyttet i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. I dette systemet er det fastsatt en felles, overordnet rammeplan for alle de 19 grunnutdanningene. Høsten 2017 startet arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt grunnutdanning. Det er nedsatt programgrupper med representanter fra studentene, tjenestene og utdanningene som utarbeider

forslag til læringsutbyttebeskrivelser. Det gir et mer dynamisk system for å utvikle og oppdatere innholdet i utdanningene i tråd med ny kunnskap og faktiske behov. Det vil også bidra til en nasjonal standard på utdanningene, slik at variasjonen mellom ulike utdanningsinstitusjoner reduseres. Det vil fortsatt bli utarbeidet detaljerte studieplaner for hver utdanning ved de ulike institusjonene. Dette betyr at utdanningsinstitusjonene fortsatt har mye av ansvaret for å sørge for at kunnskapen som kommer ut av forskningen faktisk blir reflektert i utdanningene.

I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* omtales behovet for at personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har høyere og bredere kompetanse enn i dag. Regjeringen har innført krav om psykologkompetanse i kommunen. Dette trer i kraft fra 1. januar 2020. Det skal også etableres en ny masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie.

Regjeringen vil

- I samarbeid med relevante aktører følge opp Forskningsrådets kartlegging av forskningsvake områder innenfor psykisk helsefeltet

7 Budsjettmessige konsekvenser av opptappingsplanen og resultatoppfølging

Folkehelsearbeidet fordrer at mange offentlige, private og ideelle instanser samarbeider om å skape gode, helsefremmende oppvekstmiljøer for barn og unge. Mye arbeid foregår allerede innenfor rammene av ulike strategier, handlingsplaner og etablerte strukturer, samtidig som det er behov for å styrke og målrette dette ytterligere.

I Norge er hjelpetjenestene til barn og unge med psykiske helseutfordringer i stor grad organisert i etablerte systemer, strukturer, tjenester og etater. Ulike regjeringer har prioritert arbeidet med å bygge opp disse strukturene og tjenestene.

Det er ikke behov for nye instanser eller etater for å gi barn og unge bedre, mer tilgjengelige og kunnskapsbaserte tjenester. De eksisterende tjenestene må snarere jobbe tettere sammen og utvikles på barn, unge og deres familiers premisser. Ressursene må trekke i samme retning, med mer sammenheng og samhandling, jf. kapittel 5.2.2. Opptappingsplanen tydeliggjør retningen for utviklingen som trengs for å skape bedre, mer tilgjengelige og kunnskapsbaserte tjenester, og regjeringen vil gjennom planen sikre at innsatsen for tjenesteutviklingen er koordinert og målrettet.

Innsatsen for å styrke tjenestene til barn og unge må ses i sammenheng med de mange innsatsene regjeringen har på barn- og ungefeltet, som styrkingen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, innføringen av plikt til psykologkompetanse i kommunene, arbeidet med barn og unge fra familier med lav betalingsevne, arbeidet mot radikaliserings- og voldelig ekstremisme, arbeidet mot negativ sosial kontroll, utviklingen av barnevernet og arbeidet mot vold og overgrep.

I budsjettet for 2019 er følgende tiltak relevante for barn og unges psykiske helse:

- 205 millioner kroner i rekrutteringstilskudd for kommuner som ansetter psykolog.
- 877,4 millioner kroner i kommunerammen og 430,4 millioner kroner i øremerket tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- 77 millioner til Folkehelseprogrammet.
- 3 millioner ekstra til Folkehelseprogrammet slik at ett fylke kan prøve ut særskilt utvikling av tiltak for å forebygge vold og overgrep.
- Styrke ordningen med gratis kjernetid i barnehagene – utvides til også å gjelde to-åringer fra familier med lav inntekt.
- 5 millioner til å styrke den nasjonale tilskuddsordningen for inkludering av barn i lavinntektsfamilier.
- 10 millioner kroner til tilskudd til tiltak mot fattigdom blant barn og barnefamilier som er i kontakt med NAV-kontorene.
- 2,8 millioner til prosjekt i regi av Friluftsrådernes Landsforbund for å kartlegge og videreutvikle vellykkede aktivitetstilak innenfor friluftsliv for barn og unge.
- 60 millioner til styrket bostøtte for barnefamilier og andre huster med minst to personer.
- 18 millioner til inkludering i idrettslag for å senke terskelen for barn og unges deltakelse.
- 61,5 millioner til friluftslivstiltak fordelt over ulike tilskuddsordninger, blant annet til personer med innvandrerbakgrunn.
- 12,5 millioner kroner til å styrke områdesatsinger i Oslo sør og Oslo indre øst. Satsingene skal styrke arbeidet med nærmiljø og forebyggende arbeid, oppvekst, utdanning og sysselsetting.
- En styrking på 166 millioner kroner til oppfølging av tiltak i opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021).
- En styrking på 55 millioner kroner til økt bruk og spredning av individuell jobbstøtte (IPS).
- 2,5 millioner kroner til å dekke økt refusjon av egenandeler som følge av forslag om endringer i aldersgrense for egenandelsfritak for unge i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og psykiatriske ungdomsteam (PUT).
- 25 millioner til rekruttering av fastleger.
- 25 millioner til endringer i pasientreiseforskriften slik at barn som pårørende får rett til dekning av utgifter knyttet til reise, kost og overnatting.
- 20 millioner kroner til tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk.

- 40,7 millioner kroner til etablering av to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner for barn med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig stort behov for psykisk helsehjelp.
- 224,4 millioner kroner til tilskuddsordning om fritidstiltak for mennesker med nedsatt funksjonsevne.
- 17,4 millioner kroner til tilskuddsordningen tiltak for å bedre levekårene og livskvalitet for personer med nedsatt funksjonsevne og Helt med.

Regjeringen vil trappe opp innsatsen for å styrke barn og unges psykiske helse gjennom planperioden, og satsningene som er igangsatt i regjeringssperioden vil bli videreført og videreutviklet.

For flere av tiltakene i opptappingsplanen er det behov for nærmere vurdering av innretning og økonomiske og administrative konsekvenser. Regjeringen vil i de årlige budsjettforslagene vurdere innfasing og prioritering av enkelttiltak i planen.

Resultatoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med andre berørte departementer følge utviklingen når det gjelder arbeidet med å styrke barn og unges psykiske helse.

Status og fremdrift på ulike tiltak skal rapporteres årlig til Helse- og omsorgsdepartementet, og rapporteringen vil gi grunnlag for en årlig oppsummering av resultatene.

Departementenes fagdirektorater vil få en viktig rolle i oppfølgingen av tiltakene i opptappingsplanen.

Evaluerings

Det legges opp til en femårig planperiode. Evaluering av planen dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets budsjettammer.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak om opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024), i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til vedtak om opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)

I

Stortinget gir sin tilslutning til at det gjennomføres en opptappingsplan for barn og unges psykiske helse i tråd med hovedlinjene i den foreliggende proposisjonen. Innsatsen for å styrke

barn og unges psykiske helse trappes opp ytterligere i planperioden. Satsingene som har vært satt i gang i regjeringsperioden videreføres og videreutvikles.

Litteraturliste

- Aakvaag, H. F. & Strøm, I. F. (2019). *Vold i oppveksten: varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. Rapport 1/2019. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Abebe, D. S., Lien, L. & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental health-care according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2017: 52(6), 679–687.
- Alcock, I., White, M. P., Wheeler, B. W., Fleming, L. E. & Depledge, M. H. (2014). Longitudinal effects on mental health of moving to greener and less green urban areas. *Environmental science & technology*, 48(2), 1247–1255.
- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340.
- Anderssen, N. & Malterud, K. (2013). *Seksuell orientering og levekår*. Bergen: Uni Helse/Uni Research.
- Annerbäck, E. M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G. & Gustafsson, P. A. (2012). Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors. *Child abuse & neglect*, 36(7–8), 585–595.
- Antirasistisk senter. (2017). *Vi vil ikke leke med deg fordi du er brun. En undersøkelse av opplevd rasisme blant ungdom*. Oslo: Antirasistisk senter.
- Arkow, P. (2015). Animal therapy on the community level: the impact of pets on social capital. *Handbook on Animal-Assisted Therapy (43–51)*. Academic Press.
- Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B. & Hvinden, B. (2014). *Barnevern i Norge 1990–2010. En longitudinell studie, 1990–2010* (NOVA-rapport 9/14). Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. (NOVA-rapport 8/18). Oslo: NOVA.
- Bakken, A. (2019). *Idrettens posisjon i ungdomstida. Hvem deltar og hvem slutter i ungdomsidretten?* (NOVA-rapport 2/19). Oslo: NOVA.
- Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA-rapport 3/16). Oslo: NOVA.
- Bakken, A., Lie Andersen, P., Hartberg, S., Frøyland, L. R., Seippel, Ø., Sletten, M. A. & Øia, T. (2015). *Nasjonale resultater 2014*. (NOVA-rapport 7/15). Oslo: NOVA.
- Bakketeig, L. S. & Nordhagen, R. (2007). Hva feiler menn? I Schei, B. & L. S. Bakketeig (red.): *Kvinner lider – menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2018). *Trygge foreldre – trygge barn. Regjeringens strategi for foreldrestøtte (2018–2021)*.
- Barneombudet. (2018). *Hadde vi fått hjelp tidligere, hadde alt vært annerledes. Erfaringer fra barn og unge utsatt for vold og overgrep*. Hentet fra: http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/03/Barn_og_unge_vold_og_overgrep.pdf
- Bellis, M., Hughes, K., Hardcastle, K., Ashton, K., Ford, K., Quigg, Z. & Davies, A. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research & Policy*. 22(3);: 168–177.
- Blaasvær, N. & Baiju, N. (2018). *Sammenhenger mellom foreldrestiler og utfall hos barn: Systematisk litteratursøk med sortering*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Bratterud, Å., Sandseter, E. B. H. & Seland, M. (2012). *Barns trivsel og medvirkning i barnehagen. Barn, foreldre og ansattes perspektiver*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Breivik, K., Bru, E., Hancock, C., Idsøe, E. C., Idsøe, T. & Solberg, M. E. (2017). *Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak*. Bergen/Stavanger: Læringsmiljøsentret og Uni Research. Hentet fra: <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-bli-utsatt>

- for-mobbing--en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak.pdf
- Buudir. (2017). *Holdninger til lhbtqi-personer*. Hentet fra: https://www.buudir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Holdninger/
- Buudir. (2018). *Vold, diskriminering og rettslig stilling*. Hentet fra: https://www.buudir.no/lhbt/LHBT_og_levekar_Hva_sier_forskningen/Vold_diskriminering_og_rettslig_stilling/
- Cerdá, M., Sagdeo, A. & Galea, S. (2008). Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 155–177.
- Chassin, L., Sher, K. J., Hussong, A. & Curran, P. (2013). The developmental psychopathology of alcohol use and alcohol disorders: *Research achievements and future directions*. *Development and Psychopathology*, 25(4 0 2), 1567–1584.
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C. & Shekelle, P. G. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Free Annals of Intern Medicine* 2006; 144(10), 742–752.
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R. & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 2016: 58(1), 57–62.
- Cook, J. M., Elhai, J. D., Cassidy, E. L., Ruzek, J. I., Ram, G. D. & Sheikh, J. I. (2005). Assessment of trauma exposure and post-traumatic stress in long-term care veterans: Preliminary data on psychometrics and post-traumatic stress disorder prevalence. *Military medicine*, 170(10), 862–866.
- Dalsbø, T. K., Siqveland, J., Dahm, K. T. & Reinart, L. M. (2017). *Effekter av psykologisk terapi sammenlignet med antidepressive medikamenter alene eller i kombinasjon med psykologisk terapi for barn og unge med depresjon eller depresjons-symptomer: en systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Difi (2017). Innbyggerundersøkelsen 2017.
- Dube S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R.F. (2013). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268–277.
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – Hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 2004: 41(9), 723–724.
- Egeland, I. (2016). *Rettane til LHBTI-barn i Noreg*. Oslo: Redd Barna, Skeiv ungdom og Landsforeningen til lesbiske, homofile, bifile og transpersponer.
- Eggebø, H., Stubberud, E. & Karlstrøm, H. (2018). *Levekår blant skeive med innvandrerbakgrunn i Norge*. Rapport nr. 9/18. Bodø: Nordlandsforskning.
- Ekornes, S. M. (2016). School Mental Health – Teacher Views. An Exploratory Study of Teachers' Perceived Role, Competence and Responsibility in Student Mental Health Promotion. *Scandinavian Journal of Educational Research* 2016; Volum 61(3), 333–353.
- Ekornrud, T. & Thonstad, M. (2018). *Frisklivs-sentraler i kommunane. Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbud i norske kommunar i perioden 2013–2016* (SSB-rapport 2018/27).
- Erdal, K., Singh, N. & Tardif, A. (2011). Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 2011: 133, 481–488.
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A. & Von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager*. (NOVA-rapport 6/17). Oslo: NOVA.
- Fladmoe, A., Nadim, M. & Birkvad, S. R. (2019). *Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen*. Rapport 2019: 4. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Dødsårsaksregisteret*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Foreningen for Fangers Pårørende. (2009). *Utenfor muren – en håndbok for deg som er pårørende*. Oslo: FFP.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E. & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(2), 155–171.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205.
- Hansen, S. A., Strømsvåg, K. H., Valla, L. & Misvær, N. (2017). Mobilbruk kan skade samspillet med barn. *Sykepleien*, 105(9), 50–53.

- Helgesen, M. K., Abebe, D. S. Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017.
- Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2017). *World Happiness report 2017*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2, pkt 4). (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse Sør-Øst. (2018, 09.11.2018). Prosjekt helsehjelp til barn i barnevernsinstitusjoner i Helse Sør-Øst. Hentet fra: <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/psykisk-helsevern/prosjekt-helsehjelp-til-barn-i-barnevernsinstitusjoner-i-helse-sor-ost#rapporter>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie*. Rapport IS-0522.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Pårørendeveileder*. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Veiledere: IS-2587. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paerørendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2017b). Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvska- ding og selvmord. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/selvmord-og-selvska-ding/veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging-av-selvska-ding-og-selvmord>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2017*. Norsk pasientregister. Rapport IS-2708.
- Helsedirektoratet. (2018b). *Kartlegging av ungdomshelse i en digital verden*. Rapport IS-2718.
- Helsedirektoratet. (2018c). *Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. Rapport IS-2696.
- Helsedirektoratet. (2018d). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Rapport IS-2727.
- Hernæs, Ø., Markussen, S. & Røed, K. (2017). *Can Welfare Conditionality Combat High School Dropout?* Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Hetlevik, Ø., Bjørnå, C. H., Lundring, I. & Gjesdal, S. (2018). Adolescents consulting general practitioners for psychological problems—a nationwide, register-based study in Norway, *Family Practice*. Hentet fra: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmty066>
- Holland, G. & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image* 17.
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J. & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*, 5(1), e006748.
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K. M. & O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *British Journal of Psychiatry*.
- Ipsos. (2018) *Tillit til barnevernet blant personer med innvandrerbakgrunn*. Oslo.
- Johannessen, E. L., Andersson, H. W., Bjørngaard, J. H. & Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents – a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC public health*, 17(1), 494. doi:10.1186/s12889-017-4389-2.
- Kern-Godal, A., Arnevik, E. A., Walderhaug, E. & Ravndal, E. (2015). Substance use disorder treatment retention and completion: a prospective study of horse-assisted therapy (HAT) for young adults. *Addiction Science & Clinical Practice* 2015, 10–21.
- Kildare, C. A. & Middlemiss, W. (2017). Impact of parents mobile device use on parent-child interaction: A literature review. *Computers in Human Behavior*, 75, 579–593.
- Kissow, A. M. & Klasson, L. (2018). *Deltakelse for barn og unge med nedsatt funksjonsevne med særlig fokus på deltakelse i fysisk aktivitet. En systematisert kunnskapsoversikt* (Rapport 1: 2018) Valnesfjord: Nasjonal kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelse.
- Kjøbli, J., Tollefsen, T. K., Jakobsen, R., Baraldsnes, A., Brunborg, B. & Breivik, K. (2018). Nyten av tilbakemeldinger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 55, nummer 2, 2018, 107–111 http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=504874&a=3
- Knapstad, M., Heradstveit, O. & Sivertsen, B. (2018). Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) / HELT ÆRLIG-undersøkelsen.

- Kolle, E. m.fl. (2019). *Forsøk med økt fysisk aktivitet på ungdomstrinnet*. Rapport ved Utdanningsdirektoratet.
- Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging 2016. Vold i nære relasjoner og menneskehandel – veiledning for NAV-ansatte. Hentet fra: <http://kriminalitetsforebygging.no/dokumenter/vold-naere-relasjoner-menneskehandel-veiledning-nav-ansatte/>
- Kripos. (2017). *Mindreårige anmeldt for voldtekt i 2016*. Oslo: Kripos. Hentet fra: https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/mindearige-anmeldt-for-voldtekt-i-2016_web.pdf
- Krishna, S., Boren, S. A. & Balas, E. A. (2009). Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review. *Journal of Telemedicine and e-Health* 2009 Apr, 15(3), 231.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360 (9339), 1083–1088.
- Kruger, K. A., Trachtenberg, S. W. & Serpell, J. A. (2004). *Can animals help humans heal? Animal-assisted interventions in adolescent mental health*. Center for the Interaction of Animals and Society (CIAS) and University of Pennsylvania School of Veterinary Medicine. Philadelphia, PA.
- KUHR-databasen.
- Landsrådet for Norges barne- og ungdomsorganisasjoner. (2018). *Ung frivillighet 2018*. Rapport 16.
- Langaard, K. (2006). Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2006: 6(2), 25–40.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T. & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2013: 7:39. Hentet fra: <https://doi:10.1186/1753-2000-7-39>
- Likestillings- og diskrimineringsombudet (2011). *Likeverdige helsetjenester for alle. Fra velvilje til handling*. Oslo.
- Lillejord, S., Børte, K., Ruud, E. & Morgan, K. (2017). *Stress i skolen – en systematisk kunnskapsoversikt*. Oslo: Kunnskapssenter for utdanning.
- Lillevold, H. J. (2016). Mellom to stoler. utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 53, nummer 12, 2016, 994–999.
- Loukas, A., Fitzgerald, H. E., Zucker, R. A. & von Eye, A. (2001). Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *Journal of abnormal child psychology*, 29(2), 91–106.
- Løvgren, M. & Bakken, A. (2017). *Ungdata junior 2017. Bærum kommune*. NOVA Rapport 13/17, og *Ungdata junior 2017. Asker kommune*. NOVA-rapport 14/17.
- Lund, I. (2014). Dropping out of school as a meaningful action for adolescents with social, emotional and behavioural difficulties. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 14(2), 96–104.
- Lund, I., Godtfredsen, M., Helgeland, A., Nome, D. Ø., Kovac, B. V. & Cameron, D. L. (2015). *Hele barnet, hele løpet; Mobbing i barnehagen*. Oslo: Foreldreutvalget for barnehager.
- Mammen, G. & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649–657.
- McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V. & Balazs, J. (2017). Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European child & adolescent psychiatry*, 26(1), 111–122.
- Medietilsynet. (2016). *Barn og medier 2016. 9–16-åringers bruk og opplevelse av medier*.
- Medietilsynet. (2018). *Barn og medier-undersøkelsen 2018. 9–18-åringer om medievaner og opplevelser*.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H. & Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S. & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091.
- Mohr, D. C., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G. & Klinkman, M. (2013). Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry* 2013; 35(4), 332–338.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporтерings-*

- studie blant avgangselever i videregående skole* (NOVA-rapport 20/07). Oslo: NOVA.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: omfang og utviklings-trekk 2007–2015*. NOVA-rapport 5/16. Oslo: NOVA.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 10.
- Myhre, M. C., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer* (Rapport 1/2015). Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress.
- Myruski, S., Gulyayeva, O., Birk, S., Pérez-Edgar, K., Buss, K. A. & Dennis-Tiwary, T. A. (2018). Digital disruption? Maternal mobile device use is related to infant social-emotional functioning. *Developmental science*, 21(4), e12610.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2018, 9.11.) *Kulturformuleringsintervjuet (KFI) er et verktøy for tverrkulturell kommunikasjon*. Hentet fra: <https://rop.no/kartleggingsverktoy/kulturformuleringsintervjuet-kfi/>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2018, 09.11). *Fakta om selvmord og selvskading*. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selv-mord-selvskading/index.html>
- Nesvåg, R., Reichborn-Kjennerud, T., Gillespie, N. A., Knudsen, G. P., Bramness, J. G., Kendler, K. S. & Ystrom, E. (2016). Genetic and Environmental Contributions to the Association Between Cannabis Use and Psychotic-Like Experiences in Young Adult Twins. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbw101
- Nilsen, W., Skipstein, A. Gustavson, K. Prosjektledere: Major, E. & Aarø, L. E. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og meklingskonsekvenser for barn og unge* (Rapport 2012:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Nordahl-utvalget (2018). *Inkluderende fellesskap for barn og unge. Ekspertgruppen for barn og unge med behov for særskilt tilrettelegging*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk forskningsråd (2018, 09.11). *HelseOmsorg21-monitor*. Hentet fra: <https://www.helseomsorg21monitor.no/>
- Norsk pasientregister (2018).
- NOU 2016: 18 Hjertespråket — Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- NOU 2017: 12 Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2019: 3 Nye sjanser – bedre læring – Kjønnforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NRK (2018). – *Vi kan ikke nok om guttas kroppspress*. Hentet fra: https://www.nrk.no/norge/xl/_vi-kan-ikke-nok-om-guttas-kroppspress-1.14070205
- Øksendal, E. (2016). Mobbing og barn med spesielle behov. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/mobbing-og-andre-krenkelses/identitetsbasert-mobbing/>
- Opplæringslova: § 9 A-3. Nulltoleranse og systematisk arbeid. (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (LOV-1998-07-17-61).
- Ose, S. & Kaspersen, S. L. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Oslo: SINTEF.
- Pileberg, S. (2016, 18. juli). Innvandrerbarn får sjeldnere hjelp fra psykisk helsevern. *Forskning.no*. Hentet fra: <https://forskning.no/partner-oslomet-barn-og-ungdom/innvandrerbarn-far-sjeldnere-hjelp-fra-psykisk-helsevern/407744>
- Politiet. (2018). *Barn og unges nettbruk*. Hentet fra: <https://www.politiet.no/rad/trygg-nettbruk/barn-og-unges-nettbruk>
- Ramboll Management Consulting. (2013). *Evaluering av helhetlig skolegang: Sluttrapport*. Hentet fra: <https://www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/forskningsrapporter/helhetlig-skoledag-sluttrapport.pdf>
- Ramm, J. & Otnes, B. (2013). *Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levkår og likestilling*. SSB-rapport 8/2013. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Redd barna. (2018). *Nettovergrep*. Hentet fra: <https://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barn-i-norge/nettvett/barn-og-digitale-medier/nettovergrep>
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. (2018). *Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*. Hentet fra <https://buphandboka.r-bup.no/no>
- Reneflot A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens gjennomgang av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014–15)*.

- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, E. B., Stavnes, K., Thorsen, E. og Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie*. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF.
- Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å. R., Fismen, A. S., Larsen, T. M. B. & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge* (HEMIL-rapport 2016). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Seeberg, M. L. (2011). *Kunnskapsstatus (1990–2010). Forskning om etnisk diskriminering av barn og unge*. NOVA-rapport 8/2011. Oslo: NOVA.
- Schafft, A. & Mamelund, S. E. (2016). *Forsøk med NAV-veileder i videregående skole – En underveisevaluering*. AFI-rapport 2016:04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Schei, B. & Sundby, J. (2007). Kjønn og helse – begreper og modeller. I Schei, B. & L. S. Bakkeiteig (red.): *Kvinner lider – menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, Supplement, (14), 54–70.
- Seeberg, M. L., Winsvold, A. & Sverdrup, S. (2013): *Skoleresultater og utdanningssituasjon for barn i barnevernet. En kunnskapsoversikt*. (NOVA Notat 4/13). Oslo: NOVA.
- Sivertsen, B., Harvey, A. G., Pallesen, S. & Hysing, M. (2015). Mental health problems in adolescents with delayed sleep phase: results from a large population-based study in Norway. *Journal of Sleep Res*, 24(1), 11–18.
- Skarstein, S., Rosvold, E. O., Helseth, S., Kvarme, L. G., Holager, T., Småstuen, M. C. & Lagerløv, P. (2014). High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2014: 28(1), 49–56.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Forebygging blant barn og unge. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt* (Rapport 2018). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sommerfeldt, B. & Skårderud F. (2009): Hva er selvskadning? *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 129;754:8.
- Sønsterudbråten, S., Tyldum, G. & Raundalen, M. (2018) *Et trygt sted å vente. Omsorgspraksiser på asylmottak for enslige mindreårige* (Fafo-rapport 2018:05). Oslo: Fafo.
- SSB (2017). *Unge med nedsatt funksjonsevne har dårligere livskvalitet*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/unge-med-nedsatt-funksjonsevne-har-darligere-livskvalitet>
- SSB (2018a). *Flere barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-barn-i-husholdninger-med-vedvarende-lavinntekt>
- SSB (2018b). *Kommune-stat-rapportering (KOSTRA)*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra/>
- SSB (2018c). *Barnehager*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/barnehager>
- SSB. (2018d). *Familier og husholdninger*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/familie>
- SSB. (2019a). *Befolkning*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/folkemengde>
- SSB. (2019b). *Innvandring*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/fakta-side/innvandring>
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J. & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 49, 951–957.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N. & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 348, g1151.
- Terragni, L., Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S., & Mosdøl, A. (2014). Migration as a turning point in food habits: The early phase of dietary acculturation among women from South Asian, African, and Middle Eastern Countries living in Norway. *Ecology of food and nutrition*, 53(3), 273–291.
- Tharaldsen, K. B., Slåtten, H., Hancock, C. H. H., Bru, E. & Breivik, K. (2017). *Å ivareta barn og unge som har blitt utsatt for mobbing. Erfaringsbasert kunnskap om utforming og organisering av tiltak*. Stavanger/Bergen: Læringsmiljøsentret. og Uni Research: 2017.
- Tørmoen A. (2017). *Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment*. Oslo: Det medisinske fakultet: Universitetet i Oslo.
- Tørmoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F. & Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adoles-

- cents with multi-problems: training, adherence, and retention. *Archives of suicide research*, 18(4), 432–444.
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Turner, L. M. & Stefansen, K. (2012). *Boforhold blant barnefamilier med lavinntekt* (NOVA-notat 1:2012). Oslo: NOVA.
- Ulriksen, R. & Knapstad, M. (2016). *Digital mobbing. Kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak* (Rapport 2016:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Utdanning.no. (2018). *Yrkesbeskrivelse: Influencer*. Hentet fra: <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/influencer>
- Utdanningsdirektoratet (2017). *Et lag rundt eleven – bruk av flerfaglig kompetanse i skolen*. Hentet fra: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/rapporter/et-lag-rundt-eleven-bruk-av-flerfaglig-kompetanse-i-skolen/>
- Utdanningsdirektoratet. (2015). *Innholdet i SFO*. Hentet fra <https://www.udir.no/utdanningslopet/sfoaks/faktorer-for-kvalitetsutvikling/innholdet-i-sfo/>
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Hva skal skolene gjøre med digital mobbing?* Hentet fra: www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/digital-mobbing/
- Utdanningsdirektoratet. (2018). *Skolemiljøtiltak – kommunalt beredskapsteam mot mobbing*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/skolemiljo/kommunalt-beredskapsteam-mot-mobbing/>
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R. & McGhee, E. M. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research* 2004 Nov 10; 6(4). 40–50.
- Wendelborg, C. (2019). *Mobbing og arbeidsro i skolen. Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2018/19*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R. & Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of interpersonal violence*, 18(2), 166–185.
- Williams, D. R. & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20–47.
-

Vedlegg 1**Tiltak i opptappingsplan for barn og unges psykiske helse**

| Regjeringen vil | Ansvarlig departement |
|--|-----------------------|
| Kapittel 3 – Fremme barn og unges psykiske helse, livskvalitet og opplevelse av mestring | |
| Tydeliggjøre psykisk helse i <i>Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging</i> fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet | KMD |
| Tydeliggjøre forventninger til fylkesmennene om psykisk folkehelsearbeid for barn og unge | KMD/HOD |
| Vurdere å tydeliggjøre psykisk helsefremmende arbeid i folkehelseloven | HOD |
| Inkludere ensomhet i folkehelseloven § 7 | HOD |
| Gjennomføre og følge utviklingen av <i>Program for folkehelsearbeid (2017–2026)</i> , herunder tiltak for å forebygge vold og overgrep og synliggjøring av ensomhet | HOD |
| Sikre at Helsedirektoratets <i>Veiviser for psykisk helse og livskvalitet</i> evalueres, videreutvikles og revideres, med spesiell vekt på barn og unge | HOD |
| Videreutvikle folkehelseprofilene med flere indikatorer om barn og unges helse og trivsel, herunder indikatorer om vold og overgrep | HOD |
| Planlegge for at Ungdata Junior skal inngå som del av den nasjonale Ungdataundersøkelsen | HOD/BFD |
| Vurdere å utarbeide og regelmessig utgi en samlet framstilling av barn og unges oppvekstvilkår, livskvalitet og helse, inkludert periodiske gjentakelser av SHoT-undersøkelsen | HOD |
| Spre gode eksempler som MOT og SMART | KUD |
| Vurdere om krav til psykologfaglig/samfunnspsykologfaglig kompetanse skal forankres i Folkehelseloven (§ 27) på samme måten som krav til samfunnsmedisinsk kompetanse | HOD |
| Tilrettelegge for at vanskeligstilte barnefamilier bor i egnet bolig i gode bomiljø | KMD |
| Videreføre og styrke redusert foreldrebetaling og gratis kjernetid i barnehage for barn av foreldre med lav inntekt | KD |
| Legge til rette for generasjonsmøter på ulike lokale arenaer som sykehjem, omsorgsboliger, skoler og friområder/parker, som del av ny strategi mot ensomhet | HOD |
| Øke og spre kunnskapen om sosialt samspill mellom foreldre og barn, herunder betydningen av foreldres skjermbruk på tilknytning og psykisk helse | HOD |
| Følge opp ny forskrift om rammeplan for barnehagenes innhold og oppgaver | KD |
| Sette i gang et lovarbeid om et trygt og godt barnehagemiljø | KD/HOD |
| Følge opp ny bemanningsnorm og skjerpet pedagognorm i barnehagen | KD |

| Regjeringen vil | Ansvarlig departement |
|--|-----------------------|
| Ta i bruk kunnskap fra MoBa Kinder, GoBaN, SOL-studien, Stavanger-prosjektet og bidra til at kunnskap fra andre studier om kvalitet i barnehagene blir tatt i bruk | KD/HOD |
| Følge utviklingen med fylkesvise og regionale mobbeombud | KD |
| Følge opp forskningsbasert evaluering av programmene <i>Psykisk helse i skolen</i> | HOD/KD |
| Vurdere om tilskudd til psykologistudentenes opplysningsarbeid for unge (POFU) skal videreføres | HOD |
| Videreføre tilskuddsordningen Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk | HOD |
| Innføre folkehelse og livsmestring som ett av tre tverrfaglige temaer i læreplanverket i tråd med føringene i Meld. St. 28 (2015–2016) <i>Fag – Fordypning – Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet</i> og overordnet del av læreplanverket | KD |
| Utarbeide nasjonale retningslinjer for barnehage- og skoleeiere om bruk av løsninger som skjuler alvorlig skadelig innhold på nettbrett, PC og lignende digitale enheter som barn og unge bruker i barnehagen og på skolen | KD/HOD |
| Legge til rette for det videre arbeidet med etiske retningslinjer for påvirkere, nettverk og annonsører | BFD |
| Sikre et forsterket tilsyn med usunn reklame rettet mot barn og unge | BFD |
| Gjennomgå og vurdere endringer i regelverket for tilbud og bruk av kosmetiske injeksjoner | HOD |
| Gjennomgå og vurdere innstramminger i reguleringen av kommersiell markedsføring av kosmetisk kirurgi | HOD |
| Foreslå endringer i markedsføringsloven § 2 for å presisere at annonsører skal sørge for at reklamen ikke viser et urealistisk eller usunt skjønnhetsideal | BFD |
| Foreslå endringer i markedsføringsloven § 21 for å motvirke kroppspress mot barn og unge | BFD |
| Utarbeide en egen strategi mot internettrelaterte overgrep | JD |
| Vurdere etablering av et nasjonalt forskernettverk og analysesamarbeid på området barn, risiko og internett | JD |
| Inkludere informasjon om betydningen av levevaner for psykisk helse på ung.no | HOD |
| Gjennomføre kunnskapsoppsummeringer og initiere forskning om betydningen av levevaner for psykiske helse hos barn og unge | HOD |
| Arbeide for matens rolle og betydning for barn og unges psykiske og fysiske helse og matkulturens betydning for deres identitet og fellesskap, blant annet gjennom <i>Matnasjonen Norge</i> og oppfølging av <i>Nasjonal plan for bedre kosthold</i> | LMD/HOD |
| Kapittel 4 – Tidlig innsats | |
| Videreutvikle familieverntjenestens tilbud til familier som lever med høykonflikt etter samlivsbrudd og til familier som lever med vold | BFD |
| Tilpasse meklingsstilbudet til familiene og tilrettelegge for økt deltakelse fra barn og unge | BFD |
| Videreutvikle opplæringsprogrammet <i>SNAKKE</i> og bidra til at programmet tas i bruk i kommunene | BFD/HOD |

| Regjeringen vil | Ansvarlig departement |
|---|---------------------------|
| Videreutvikle den digitale nettressursen <i>Jeg Vet</i> og bidra til at ressursen tas i bruk i barnehager og skoler | BFD/KD |
| Igangsette et utviklingsarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet for å styrke det tverrfaglige samarbeidet for barn og unge i barnehage og skole, herunder barn og unge med psykiske vansker | HOD/KD |
| Vurdere forsøk med programfinansiering av enkelte tilskuddsordninger gjennom 0–24-samarbeidet | KD/HOD/BFD/ASD/KMD |
| Synliggjøre og bidra til å videreutvikle tjenester knyttet til Inn på tunet og Ut på vidda, som nære og tilpassede tilbud til barnehager, skoler, helse-, sosial- og omsorgssektoren, integrering og arbeidstrening | LMD |
| Videreutvikle kunnskap om effekten av tjenester knyttet til Inn på tunet, Ut på vidda samt naturbaserte og dyreassisterte intervensjoner og betydningen av kontakt med natur og dyr | LMD |
| Iverksette inkluderingsdugnadens mål om å få flere med nedsatt funksjons- evne eller hull i CV-en inn i arbeidslivet, herunder arbeidssøkere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer | ASD, HOD |
| Kapittel 5 – Barn og unges behov for støtte og behandling | |
| Legge til rette for at samvalgs- og medvirkningsverktøy i større grad tas i bruk og utvikles. Dette arbeidet bør skje i tett samarbeid med barn og unge selv | HOD/BFD/ASD |
| Legge til rette for at bruker- og pårørendeorganisasjoner bedre kan ivareta og videreutvikle sitt medvirkningsarbeid | HOD |
| Sende på høring forslag om å tydeliggjøre i forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, at helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan bidra til behandling og oppfølging for lettere psykiske og somatiske tilstander | HOD |
| Gjennomgå og revidere helsesykepleierutdanningen slik at den møter dagens og fremtidens behov | KD/HOD |
| Igangsette pilotprosjekt for lavterskel behandling av psykiske helseutfordringer for barn og unge | HOD |
| Legge til rette for å utvikle digitale kontaktflater mellom helsepersonell og barn og unge | HOD/BFD |
| Utarbeide en ny, tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal inkludere arbeid med rusproblematikk, vold og overgrep | HOD/KD/BFD/ASD/KMD/JD/LMD |
| Videreføre KS' læringsnettverk <i>God samhandling for barn og unge</i> | HOD |
| Utrede hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre | HOD/BFD/ASD/KD |
| Utrede og evaluere samarbeidsløsninger for dialog mellom kommune og spesialisthelsetjeneste før og under henvisning | HOD |
| Videreføre satsingen på bedre psykiske helsetjenester til barn i barnevernet | HOD/BFD |
| Utarbeide en pårørendestrategi som skal angi regjeringens videre arbeid på feltet og som skal følges opp av en handlingsplan | HOD |

| Regjeringen vil | Ansvarlig departement |
|---|-----------------------|
| Sørge for at helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende implementeres i tjenestene | HOD |
| Bidra til god oppfølging av barn og unge som er etterlatte etter selvmord, gjennom samarbeid med bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner | HOD |
| Arbeide for at tjenestene har kompetanse på bruk av tolk | KD/HOD/BFD/ ASD |
| Bidra til at kultursensitive utrednings- og behandlingsverktøy tas i bruk og spres | HOD |
| Vurdere tiltak for å øke rekrutteringen til helsepersonellutdanning fra minoritetsgrupper og fra grupper med særskilt kulturbakgrunn | KD/HOD |
| Utarbeide en handlingsplan for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse | KUD |
| Utvikle og pilotere modell/forløp for oppfølging av barn og unge som er eller har vært utsatt for mobbing | HOD/KD |
| Legge til rette for å videreutvikle oppfølgings- og behandlingstilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer | HOD |
| Igangsette et utviklingsarbeid om forebygging av selvskading gjennom blant annet å styrke kunnskapen om forebygging av selvskading i tjenestene og gjennom bidrag til opplæring av personell i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder | HOD |
| Vurdere utvikling av nasjonale mål og/eller indikatorer for effekt av behandling og pasientopplevd kvalitet for pasienter med psykiske lidelser | HOD |
| Vurdere å utvikle håndboken fra RBUP til også å omfatte behandlingstiltak som er relevante i primærhelsetjenesten | HOD |
| Kapittel 6 – Forskning, kunnskap og kompetanse | |
| Gi relevante regionale og nasjonale kompetansesentre i oppdrag å bidra i arbeidet med å implementere opptreppingsplan for barn og unges psykiske helse og sikre videre kunnskapsspredning og kompetanseoppbygging om barn og unges psykiske helse | HOD |
| I samarbeid med relevante aktører følge opp Forskningsrådets kartlegging av forskningssvake områder innenfor psykisk helsefeltet | HOD |

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 Media AS – 06/2019

