

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene

- Beskrivelse av fagfeltet
- Råd og veiledning
- Overordnede rammer

Heftets tittel: Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene

Utgitt: Mars 2007

Bestillingsnummer: IS-1405
ISBN-nr. 978-82-8081-082-3

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Postadresse: Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgaten 2, Oslo

Telefon: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Telefon: 24 16 33 68
Telefaks: 24 16 33 69

Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1405

Forsidefoto: © Jukka Heiskanen / Gorilla / Samfoto
Grafisk design: Aase Bie
Trykk: Nr. 1 Arktrykk

Bedre psykisk helsetilbud til barn og unge i kommunene

En god psykisk helse er grunnleggende for alle barn og unge. Trygghet, tilhørighet og fellesskap med andre er avgjørende for å utvikle en god psykisk helse. Å skape gode oppvekstvilkår og sikre barns rettigheter er sentralt i regjeringens Soria-Moria-erklæring. Kunnskapen om barn og unges psykiske helse har inntil nylig hatt begrenset oppmerksomhet i de kommunale tjenestene. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er den første samlede framstilling av fagfeltet psykisk helsearbeid for barn og unge. Den vil bidra til å styrke tilbudet til barn og unge som er i risiko for å utvikle psykososiale problemer og til de som sliter psykisk.

Regjeringen vil satse på å gi barn som utsettes for fysisk og psykisk vold hjelp og støtte. Barn med psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre skal sikres oppfølging og hjelp. Barn og unge som sliter psykisk vil ofte ha behov for støtte og hjelp fra mange offentlige instanser. Altfor ofte kjenner foreldrene seg alene om å skaffe nok hjelp til barnet sitt. Derfor vil Regjeringen styrke samarbeidet og samordningen av tiltak mellom det kommunale psykiske helsearbeidet, spesialisthelsetjenesten og barnevernet. Disse barna og disse foreldrene er helt avhengig av at de møter et hjelpeapparat som evner å samarbeide om tiltak til barnets beste. Et slikt samarbeid må organiseres, og det er et ledelsesansvar å organisere tjenesten slik at den også treffer barn med sammensatte problemer. Målet er at barn, unge og deres familier skal få riktig hjelp til rett tid. Vi vil også styrke og videreutvikle det forebyggende arbeidet. Helsetjenesten og barnevernet har ansvar og tradisjon for å iverksette forebyggende tiltak. De samarbeider bl.a. med kultur- og fritidssektor både i kommuner og i frivillige organisasjoner. Slike tiltak må tilpasses barn og unge som sliter psykisk.

Veilederen er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet. Vi har store forventninger til oppbyggingen og utviklingen av det psykiske helsearbeid for barn og unge i kommunene.

Lykke til med dette viktige arbeidet!



Sylvia Brustad



Karita Bekkemellem

Forord

Barn- og unges psykiske helse angår oss alle. Å skape gode oppvekstvilkår og gode rammer rundt det enkelte barns oppvekst og utvikling er en av de viktigste oppgavene i samfunnet. Det er viktig at denne erkjennelsen er godt forankret hos de som på ulike måter arbeider for barns psykiske helse.

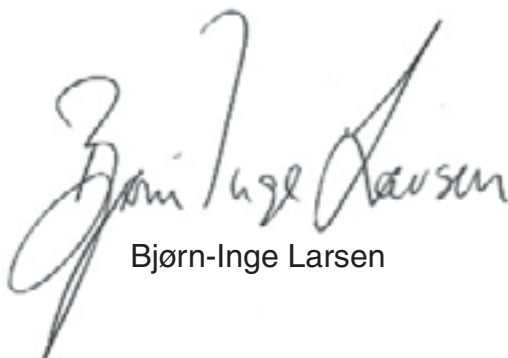
Psykisk helsearbeid for barn og unge er et ansvar for kommunen, og innbefatter både forebyggende arbeid og et koordinert samarbeid i forhold til barn og unge som har utviklet psykiske lidelser av ulike alvorlighetsgrad. Noen barn trenger bistand kun fra enkelte tjenester, mens andre vil ha behov for et mer omfattende hjelpetilbud. Kommunene må derfor ha et differensiert tilbud.

Veilederen vektlegger fem grunnleggende perspektiver:

- Mestringsperspektivet
- Brukerperspektivet
- Helhetsperspektivet
- Helsefremmende og forebyggende perspektiv
- Kunnskaps- og kompetanseperspektivet

Veilederen vil med bakgrunn i disse perspektivene beskrive et helhetlig og samordnet psykisk helsearbeid for barn og unge og gi anbefalinger til tjenesteapparatet om hvordan arbeidet bør legges opp og utøves. I tillegg er veilederen ment å være et grunnlag for kommunenes videre utforming av sine tjenester. Målgrupper for veilederen er i hovedsak kommunenes ledelse og utøvere i de kommunale tjenestene. Brukere og aktuelle samarbeidspartnere i det psykiske helsearbeidet vil også kunne ha nytte av den.

Arbeidet med veilederen har vært forankret i en arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet, med helsefaglig, barnevernfaglig og juridisk kompetanse. Vi har også hatt god hjelp og støtte i en bred og kunnskapsrik referansegruppe. Referansegruppa har bestått av representanter fra brukerorganisasjoner, kommunetjenestene, rusfeltet, regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Folkehelseinstituttet, fylkesmannsembetene samt aktuelle yrkesorganisasjoner og direktorater.



Bjørn-Inge Larsen

Innhold

1. Innledning

1.1	Formål og målgruppe	8
1.2	Begrepsavklaring	8
1.3	Leseveiledning	9

2. Psykisk helsearbeid

2.1	Bakgrunn og mål for psykisk helsearbeid for barn og unge	11
2.2	Kommunens oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge	11
2.3	Forankring, planlegging og organisering	13
2.4	Juridisk rammeverk	15
2.5	Internkontroll	15

3. Psykiske vansker og lidelser hos barn og unge

3.1	Forekomst	17
3.1.1	Psykiske vansker og rusmiddelbruk	17
3.1.2	Psykiske lidelser	17
3.1.3	Kjønnsperspektivet	18
3.1.4	Samtidighet av ulike vansker og lidelser	18
3.2	Faktorer som påvirker barn og unges psykiske helse	19
3.2.1	Beskyttelsesfaktorer – resiliens	19
3.2.2	Risikofaktorer	20
3.3	Rus og psykisk helse	21
3.3.1	Barn som har foreldre med rusmiddelproblemer og/eller foreldre med psykiske lidelser	21
3.3.2	Barn og unge med begynnende rusmisbruk	22
3.4	Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn	22

4. Brukerperspektivet

4.1	Brukermedvirkning	27
4.2	Medvirkning på systemnivå	27
4.3	Medvirkning på individnivå – samtykke	28

5. Tjenester og aktører i det psykiske helsearbeidet

5.1	Barnehagen	31
5.2	Skolen	32
5.3	Skolefritidsordningen (SFO)	34
5.4	Kultur, fritid og fysisk aktivitet	34
5.5	Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	35
5.6	Oppfølgingstjenesten	35
5.7	Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	36

5.8	Fastlegeordningen	37
5.9	Psykologkompetanse i kommunene	39
5.10	Tannhelsetjenesten	39
5.11	Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne	39
5.12	Hjemmebaserte tjenester	40
5.13	Barneverntjenesten	41
5.14	Familievernkontorene	42
5.15	Sosialtjenesten	42
5.16	Bolig	43
5.17	Oppsøkende tjeneste/utekontakt	44
5.18	Politiet	44
5.19	Kriminalomsorgen	45
5.20	Frivillige organisasjoners rolle	45

6. Ulike tilbud ved ulike behov

6.1	Henvendelse ved bekymring	47
6.2	Barn og unge i risiko	48
6.3	Barn og unge som viser symptomer eller har psykiske vansker	48
6.4	Barn og unge som har utviklet en psykisk lidelse	50

7. Koordinert hjelp til barn, unge og deres familier

7.1	Individuell plan (IP)	53
7.2	Ansvarsgrupper	54
7.3	Samordningsmodeller	55
7.4	Familiesenter	55
7.5	Innholdet i samarbeidet mellom forvaltningsnivåene	56
7.6	Samarbeidsavtaler	57
7.7	Avtaler om samarbeid mellom barnevernet og helseforetak	58
7.8	Ambulante tiltak	58
7.9	Taushetsplikt og opplysningsrett/plikt	59

8. Faglig innhold – kompetanse og kvalitet

8.1	Trygge og virkningsfulle tjenester	62
8.2	Tilgjengelighet og samarbeid	62
8.3	Kompetanse	63
8.4	Små kommuners utfordringer	65
8.5	Storbykommuners utfordringer	65

Begrepsavklaringer, regelverk og henvisninger

Begrepsavklaringer	67
Regelverk	68
Diverse publikasjoner	69
Litteratur	72
Nettsteder og telefoner	73



Innledning

Kapittel 1

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne veilederen er å beskrive kommunale oppgaver som skal gi barn, unge og deres familier et helhetlig og samordnet tilbud på psykisk helsefeltet.

Veilederen skal gi råd om hvordan det psykiske helsearbeidet kan ivaretas på en god måte i praksis og er ment å være et grunnlag for kommunenes videre utforming av sine tjenester. Anbefalingene er basert på kunnskap, erfaring og evaluerte metoder så langt slike finnes. Det gis også en rekke henvisninger og eksempler på det gode psykisk helsearbeidet for barn og unge som utføres i kommunene i dag.

Veilederen er primært rettet mot politisk og administrativt ansvarlige i kommunen og utøvere i de kommunale tjenestene. Den vil imidlertid også være nyttig for utdanningsinstitusjoner og for kommunenes samarbeidspartnere i det psykiske helsearbeidet, herunder statlige etater, frivillige organisasjoner med flere. For brukere og pårørende kan den være et verktøy for å se hva kommunen har av forpliktelser og hvordan det anbefales at det psykiske helsearbeidet ivaretas. Målgruppen for veilederen er bred fordi arbeidet omfatter en rekke tjenester.

1.2 Begrepsavklaring

Psykisk helse referer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og evne til fleksibilitet. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse.

Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker osv. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Symptombelastningen behøver ikke å være så stor at det kan stilles diagnose. Psykiske vansker er ofte normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon.

Psykiske lidelser referer til psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose.

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske vansker og lidelser og konsekvenser av disse hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt. Det omfatter arbeid på systemnivå som helsefremmende og forebyggende arbeid, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering. Det forebyggende perspektivet er spesielt sentralt i psykisk helsearbeid med barn og ungdom. Psykisk helsearbeid avgrenses mot psykisk helsevern, som betegner psykisk helsetjeneste på spesialisttjenestenivå.

I denne veilederen defineres barne- og ungdomsalderen til å omfatte tiden frem til 23 år. Barns velferd og utvikling påvirkes allerede i svangerskapet, derfor er også unge gravide en viktig målgruppe i veilederen. I følge lover og forskrifter skal noen av tjenestene gi bistand til ungdom ut over myndighetsalder. Dette gjelder barneverntjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barnevernet kan gi ungdom som mottar barneverntjenester oppfølging til de er 23 år. Ungdom har i følge forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten rett til skolehelsetjeneste til de er 20 år. Tiltak som kan være aktuelle når ungdom nærmer seg voksenalder beskrives i hovedsak i Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene¹.

Med foreldre menes i denne veilederen biologiske foreldre, adoptivforeldre, foresatte eller andre personer som har daglig omsorg for barn.

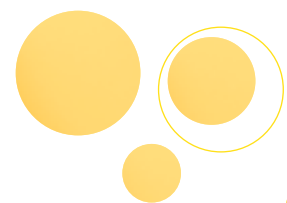
1.3 Leseveiledning

Grønn boks viser til aktuell lovverk, lover og forskrifter.

Blå boks inneholder eksempler og henvisninger til mer informasjon.

Rød boks gir oversikt over en tjenestes oppgaver.

Kapittel 9 inneholder definisjoner av begreper og henvisninger til litteratur, stortingsmeldinger, rapporter, publikasjoner og aktuelle nettsider.





Psykisk helsearbeid

Kapittel 2

2.1 Bakgrunn og mål for psykisk helsearbeid for barn og unge

Store endringer har skjedd de siste 25 årene når det gjelder tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Tidligere fikk barn og unge i all hovedsak behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 (St.prp.nr.63 (1997–1998)) har lagt nye føringer for arbeidet.

Bakgrunnen for Opptappingsplanen er Stortingsmelding nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet, som beskriver utfordringene i tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Planen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. Barn og unge er en prioritert gruppe i Opptappingsplanen. Et overordnet mål er at kommunene skal gi alle barn og unge et likeverdig tilbud og like utviklingsmuligheter, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. Spesialisthelsetjenesten skal bistå der det er behov for mer spesialisert utredning og behandling.

Det er et mål at tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsingsområdene for barn og unge. Veilederen støtter opp under de mål som står beskrevet i Opptappingsplanen og i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Strategiplanen inneholder strategier og tiltak som faller inn under ulike departementers ansvarsområder og er uttrykk for en helhetlig tenkning for å styrke barn og unges psykiske helse².

Rundskriv IS-1 Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Utgis årlig, www.shdir.no

2.2 Kommunens oppgaver i psykisk helsearbeid for barn og unge

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for kommunen som helhet. Det involverer alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge. Barnehage, skole og fritidssektoren er viktige hverdagsarenaer for utvikling av god psykisk helse. Forskning viser at gode skole- og læringsmiljøer beskytter effektivt mot problemutvikling hos barn og unge³.

For barn og unge innebærer et godt psykisk helsearbeid en helhetlig tenkning og et bredt spekter av tiltak i kommunene, på tvers av de tradisjonelle sektorgrensene. For å få til dette, er det forebyggende arbeidet i skoler, barnehager og andre oppvekstarenaer særlig sentralt.

2. Helsedepartementet: Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse ...

3. Nordahl, T., red (2006). Forebyggende innsatser i skolen: rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rusforebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier

Kommunenes overordnede oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er å:

- Legge til rette for gode og trygge oppvekstmiljøer, og iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge
- Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser
- Gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen
- Sørge for bistand fra, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov

I det forebyggende arbeidet bør kommunene ha særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Behov bør avdekkes og hjelp tilbys så tidlig som mulig for at problemene ikke utvikler seg. Kommunene må arbeide systematisk og tiltaksrettet med tidlig intervensjon og tilbud om behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske vansker og lidelser. En sentral utfordring for primærhelsetjenesten er å vurdere når behandling og oppfølging kan ivaretas i kommunen, og når barnets tilstand krever henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegeordningen og andre tilbud om psykisk helsetjeneste er viktige aktører både når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, oppfølging og behandling. Svangerskapsomsorgen i fastlegeordningen og helsestasjonstjenesten har et særlig ansvar når det gjelder å forebygge og avdekke eventuelle psykiske vansker hos gravide. Pedagogisk – psykologisk tjeneste (PPT), barnevern, og sosialtjenesten er også sentrale tjenester i kommunenes psykiske helsearbeid. Frivillige organisasjoner og foreninger er andre bidragsytere.

Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot barn og unge med gode resultater karakteriseres ved at:

- Tjenestene utnytter den styrke som ligger i å arbeide tverrfaglig
- Tiltakene er varige og preget av kontinuitet
- Det satses på et bredt spekter av tiltak for å nå alle grupper
- Tiltakene har sin basis i hjem, skole, eller barnehage for de minste
- Tiltakene involverer foresatte som individer og gruppe
- De legger vekt på ferdighetslæring, utvikling av sosiale ferdigheter, evne til å ta beslutninger, løse problemer og hevde seg
- De legger til rette for arbeidslivserfaring og yrkesopplæring (gjelder ungdom)

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør kjennetegnes av tverrfaglighet og samarbeid mellom tjenestene og være av god kvalitet i tråd med Nasjonal kvalitetsstrategi for helse- og sosialtjenesten⁴.

Følgende faktorer er viktige for å lykkes med arbeidet:

- Et tydelig barne- og ungeperspektiv i den kommunale planleggingen, der også ulikheter i behov mellom jenter og gutter fanges opp
- En tydelig forankring av det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunens faglige, administrative og politiske ledelse
- Bidra til et differensiert tilbud tilpasset barn og unges behov
- Tilstrekkelig kompetanse i forhold til den rolle/det ansvar som er definert
- Koordinering av tjenestene innad i kommunen

4. Sosial- og helsedirektoratet 2004, ...og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

- Godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Spesielt vektlegge sårbare grupper med sammensatte problemer, som barn med tiltak fra barnevernet, barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre og funksjonshemmede barn og unge
- Legge til rette for brukermedvirkning med blant annet god informasjon om rettigheter og tilbud om individuell plan
- Formidling av kunnskap om psykisk helse på de arenaer hvor barn og unge tilbringer mye av sin tid, som barnehage og skole

Informasjon om brukere, innenfor gjeldende lovverk, er en viktig forutsetning for samarbeid.

2.3 Forankring, planlegging og organisering

Skal det psykiske helsearbeidet for barn og unge få et godt fotfeste i kommunen, er det avgjørende med en tydelig forankring på ledelsesnivå. Med ledelsesnivå mener vi her politisk- og administrativ ledelse. Forankring kan handle om plassering av ansvar, organisering, planlegging, prioriteringer, samt holdninger og vilje.

Forebygging forutsetter planlegging, helhetsperspektiv og tid. God forankring viser seg derfor også gjennom prioritering i det kommunale plansystemet. For å sikre gjennomføring av kommunal innsats, bør tiltak nedfelles i kommunale planverk. Det er viktig at helse-tjenesten deltar aktivt i de kommunale planprosessene.

Kommunene har høsten 2006 foretatt en omfattende gjennomgang av planene for det psykiske helsearbeidet for perioden 2007 – 2010⁵. Videre utvikling av disse planene bør foretas som ledd i kommunenes ordinære planarbeid.

Det kommunale plansystemet etter Plan- og bygningsloven består av blant annet kommuneplanen (samfunnsdel og arealdel), ulike kommunedelplaner (tema- eller sektorplaner) og økonomiplan. Dersom kommunen utarbeider sektorvise kommunedelplaner, er det normalt viktig med god forankring mellom de ulike kommunedelplanene. Dette vil legge til rette for god ivaretagelse av det psykiske helsearbeidet for barn og unge i andre sektorer. Kommunen kan også velge å utarbeide en egen temaplan for barn og unges psykiske helse.

Plan- og bygningsloven § 20-1 pålegger kommunene å «utføre en løpende kommuneplanlegging med sikte på å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utvikling innenfor sine områder». Planen skal inneholde to deler: en langsiktig del (samfunnsdel) som blant annet skal omfatte mål for utviklingen i kommunen og retningslinjer for sektorens planlegging og en kortsiktig del som omfatter samordnet handlingsprogram for sektorens virksomhet de nærmeste årene.

Kommuneloven omhandler blant annet bestemmelser om kommunal planlegging (§ 5), og økonomiplan og årsbudsjett (kap. 8). Etter kommuneloven § 44 er kommunene pålagt å utarbeide en økonomiplan for den kommende 4 års periode. Planer som omfatter avgrensede deler av kommunens virksomhet, skal integreres i økonomiplanleggingen og bruken av midler innarbeides i planen. Årsbudsjettet er omhandlet i §§ 45–47.

5. Føringer for kommunens planarbeid er gitt i Sosial- og helsedirektoratets brev datert 27.06.06 www.shdir.no.

Disse plankravene omfatter også kommunens psykiske helsearbeid, både for barn, unge og voksne.

Sosialtjenesteloven § 3-1 fastslår at sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, rette spesiell oppmerksomhet mot trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Lovens § 3-2 omhandler samarbeid med andre deler av forvaltningen. Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fastslår at kommunens helsetjeneste til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

Kommunens ansvar etter blant annet ovennevnte bestemmelser i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven bør inngå i kommunens planarbeid på det psykiske helsefeltet.

Alle kommuner er i tillegg pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan, jf. Alkoholoven § 1-7. Kommunene anbefales også å utarbeide en helhetlig ruspolitisk handlingsplan som omfatter både narkotika og alkohol, jf. veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan, IS-1362.

Som et generelt utgangspunkt bør følgende legges til grunn i planleggingen:

- Planen bør utarbeides i tett samarbeid med et bredt utvalg av kommunale aktører, spesialisthelsetjenesten, familievernkontor, frivillige, pårørende og brukere
- Barn og unge bør trekkes inn i planarbeidet
- Det bør legges til rette for nytenkning, samordning og samarbeid, og det bør legges opp til en åpen planprosess
- Planen bør bygge på faglig oppdatert kunnskap og gode erfaringer
- Planen skal skape forutsigbarhet og være et verktøy for brukere, pårørende og aktuelle tjenester og samarbeidspartnere
- Planen bør reflektere en klar felles verdiplattform som preges av respekt og anerkjennelse

Organisasjonen Voksne for barn har laget en «Håndbok i utarbeidelse av plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen». Målgruppen er barn og unge med alvorlige og moderate psykiske lidelser og barn og unge som lever i såkalte risikosituasjoner. www.vfb.no

Kartleggingsverktøyet Nettungen psykisk helse er et dataverktøy for å kartlegge tilbud og tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse på alle nivå. www.nettungen.no

Eidskog kommune har, som en av mange kommuner, utarbeidet en helhetlig Oppvekstplan for barn i kommunen. www.eidskog.kommune.no

Sandnes kommune har utarbeidet en kommunal plan for det psykiske helsearbeidet i kommunen der tjenestene for barn, unge og deres familier er del 1 av planen. www.sandnes.kommune.no/samko

Kommunene står overfor betydelige utfordringer med hensyn til hvordan det psykiske helsearbeidet for barn og unge bør organiseres. En del av arbeidet kan ses i sammenheng med kommunenes generelle folkehelsearbeid, organisert gjennom partnerskap for folkehelse.

2.4 Juridisk rammeverk

Det er gitt ulike typer rettsregler som regulerer kommunenes, tjenestenes og brukernes rettsstilling, som er relevante for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Slike regler er i stor grad gitt i lovs form av Stortinget eller som forskrift av forvaltningen. Rettsregler er av en slik karakter at kommunene og tjenestene som arbeider med barn og unges psykiske helse må følge opp tiltak som blir fastlagt i enten lov eller forskrift. Det er derfor viktig at driften innrettes slik at krav i regelverket overholdes.

En rekke lover og forskrifter fastlegger sentrale oppgaver og plikter for kommunen som direkte eller indirekte har betydning for det psykiske helsearbeidet, herunder rettigheter og plikter i forhold til tiltak og tjenester. En oversikt over relevant regelverk finnes i kapittel 9.

Kommunen har plikt til å sørge for at pasienter og klienter får oppfylt sine rettigheter og at de tjenestetilbud som gis tilfredsstiller krav som er satt i lovgivningen.

Aktuelt regelverk finnes på www.lovdata.no

2.5 Internkontroll

Internkontroll er virksomhetens systematiske tiltak for å sikre at den drives i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring, og innebærer systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Derfor må internkontrollen forankres i virksomhetens ledelse.

Sosialtjenesteloven § 2-1 andre ledd: Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4, 4A, 6 og 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 første ledd: Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Forskrift om internkontroll for kommunens oppgaver etter lov om barneverntjenester



Psykiske vansker og lidelser hos barn og unge

Kapittel 3

3.1 Forekomst

3.1.1 Psykiske vansker og rusmiddelbruk

Psykiske vansker er et utbredt helseproblem blant barn og unge i dag. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at i Norge har mellom 15 og 20 prosent psykiske vansker som påvirker deres funksjonsnivå. Blant 15–16 åringene er utbredelsen ca 17 prosent, hvor jentene utgjør ca 25 prosent og guttene ca 9 prosent. Undersøkelser viser at det er større utfordringer i de største byene. Tall fra Oslo viser at utbredelsen av psykiske vansker i denne aldersgruppen ligger på ca 24 prosent. Blant barn og unge med foreldre som har etnisk minoritetsbakgrunn er tallet enda høyere, ca 27 prosent. Det er ikke påvist forskjell mellom samisk ungdom og etnisk norsk ungdom. Dette behøver ikke å bety at en like stor andel er behandlingstrengende. Å utvikle seg fra barn til voksen byr på mange utfordringer også på det psykiske plan. De fleste håndterer dette på en god måte, men ikke alle har de nødvendige forutsetninger for å håndtere utfordringene.

Når det gjelder utvikling og omfang av ungdommens bruk av rusmidler, viser den årlige ungdomsundersøkelsen fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)⁶ en økning i bruk av alkohol fra gjennomsnitt 3 liter ren alkohol per år i første halvdel av 1990-tallet til ca 5 liter i 2000. Det er store variasjoner i forbruket, 10 prosent av de unge står for halvparten av alkoholforbruket i aldersgruppen. De fleste ungdommer prøver alkohol før de er 15 år.

Bruk av rusmidler blant barn og unge kan, foruten utvikling av avhengighet, få konsekvenser både i forhold til akutte og mer langsiktige skader. For flertallet av ungdommer er den største skaderisikoen at de utsettes for ulykker, havner i slagsmål, får vanskeligheter med politiet eller har ubeskyttet sex under påvirkning av alkohol eller illegale stoffer.

3.1.2 Psykiske lidelser

Med psykiske lidelser menes psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose. Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn at mellom 4 og 7 prosent av barn mellom 4 og 10 år har en psykisk lidelse som gjør at de trenger behandling⁷. Disse tallene er usikre. Trolig er det en høyere andel barn og unge med psykiske lidelser i storbyer enn i distriktene.

Forekomsten av psykiske lidelser hos ungdom er høyere enn for barn og unge sett under ett, for førskolebarn muligens noe lavere. Det foreligger lite kunnskap om forekomst av psykiske vansker og lidelser hos sped- og småbarn. I lys av nyere forskning er det imidlertid grunn til å anta at forekomsten er på samme nivå som hos eldre barn.

Enkelte psykiske lidelser som er sjeldne blant barn, kan komme til uttrykk i ungdomsårene. Noen av disse tilstandene er alvorlige, og kan følge den unge inn i voksen alder. Slike lidelser kan være spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, depresjoner og psykoser⁸.

6. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) gjennomfører hvert år en undersøkelse av bruk av rusmidler blant ungdom mellom 15 og 20 år. Undersøkelsen har klare feilkilder ettersom mange ungdom ikke svarer, men det er tiltro til at de utviklingstendensene som synliggjøres er noenlunde korrekte.

7. St. meld nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Helsedepartementet s. 14

8. Borgen T. Garløv I, red. (2000). En annen smerte: psykiske vansker hos barn og ungdom. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Forekomsten av psykiske vansker og lidelser i barne- og ungdomsbefolkningen gir en viktig rettesnor for dimensjoneringen av tjenestene, enten det handler om forebygging, utredning, behandling, oppfølging eller rehabilitering. Vurderingen av utrednings- og behandlingsbehov må skje i henhold til symptomer og fungeringsevne hos den enkelte. Det er viktig å understreke at når symptomer tilsier behov for utredning og eventuell behandling, er dette ikke det samme som at det automatisk foreligger et behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten. Utredning og behandling bør også kunne foretas i primærhelsetjenesten forutsatt at den nødvendige kompetanse er tilstede.

3.1.3 Kjønnsperspektivet

Kjønnsperspektivet må legges til grunn for det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og tas i betraktning ved barn og unges møte med hjelpeapparatet. Gutter og jenter beveger seg på ulike arenaer og definerer helseproblemer forskjellig. Gutter søker oftere informasjon og tjenester på telefon og nett, mens jenter oppsøker i større grad de kommunale helse-tjenestene.

Før puberteten er den største gruppen med psykiske lidelser gutter der atferdsproblemer og aktivitetsforstyrrelser dominerer. Etter puberteten domineres gruppen av jenter med angst, depresjon og spiseforstyrrelser. Noe av kjønnsforskjellene kan trolig tilskrives reelle forskjeller, samtidig som noen typer problemer er vanskeligere å oppdage. Dette kan være depresjon og oppmerksomhetsvansker hos jenter, og identitetsproblematikk og angst/ depresjon hos gutter.

De store kjønnsforskjellene som eksisterte når det gjaldt bruk av alkohol har endret seg, slik at alkoholforbruket blant jenter er i ferd med å nærme seg guttenes nivå. Nyere funn i Bergensområdet viser at jenter har flere rusrelaterte skader enn gutter⁹. Det ser derfor ut til å være særlig grunn til bekymring for jenters alkoholkonsum.

Seksuell tilhørighet er et aspekt som har betydning i forhold til utvikling av psykisk helse. Å tilhøre en seksuell minoritet gir økt risiko for utvikling av psykiske vansker¹⁰.

3.1.4 Samtidighet av ulike vansker og lidelser

Enkelte psykiske vansker og lidelser øker faren for utviklingen av andre. For eksempel kan emosjonelle forstyrrelser utvikles som et sekundærproblem ved ADHD. En del ungdommer med psykotiske symptomer har så plagsomme symptomer at de forsøker å dempe dem med rusmidler, noe som ofte gjør tilstanden langt mer alvorlig. Hjelpeapparatet må være oppmerksom på, og ha kunnskap om faren for sekundærproblemer. Utviklingen av sekundære problemer kan bety tilleggsbelastninger som er uheldige for utvikling av sosiale og kognitive ferdigheter. Tidlig intervensjon er derfor viktig for å forebygge slike tilleggsbelastninger.

Undersøkelser og analyser av helsedata viser at det er høyere forekomst av psykiske lidelser hos personer med funksjonsnedsettelse og blant for tidlig fødte barn. Spesielt utsatt er barn og unge med språk- og kommunikasjonsvansker¹¹.

9. Skutle A, Iversen E, Bolstad A, red. (2004). *Ungdom og rusmidler 2004: en undersøkelse i Bergen kommune om 8. og 10. klassingers forhold til rusmidler*. Bergen: Stiftelsen Bergenslinikkene.

10. NOVA (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn* (1999).

11. Alonso J et al. (2004). *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) tilbyr samlivskurset «Hva med oss?» til foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne. Familiene opplever ofte store utfordringer knyttet til barnets funksjonsnedsettelse, forholdet til hjelpeapparatet, andre søsken i familien, samlivet, slekt, arbeidsliv og ikke minst egne reaksjoner og følelser. www.bufdir.no

Frambu sender for sjeldne funksjonshemninger. www.frambu.no

IS-1021 Oversikt over kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonshemninger. www.shdir.no/sjeldne

3.2 Faktorer som påvirker barn og unges psykiske helse

Den psykiske helsen påvirkes av både individuelle, familiære og samfunnsmessige faktorer. Noen faktorer innebærer økt risiko for utvikling av psykiske vansker, mens andre bidrar til å beskytte barna mot slike. Hvilke faktorer som er av størst betydning kan variere, blant annet ut fra barnets alder. Forhold som øker sannsynligheten for utvikling av vansker er nå ganske godt identifisert¹². Veier til utvikling av god fungering har fått mindre oppmerksomhet, selv om en rekke studier i de senere år har undersøkt hvilke forhold som bidrar til god fungering hos barn fra belastede familier¹³. Det er helt sentralt at kommunene tar i bruk den kunnskapen som finnes om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer når det psykiske helsearbeidet planlegges.

3.2.1 Beskyttelsesfaktorer – resiliens

Det er i økende grad fokus på det forhold at noen barn, unge og voksne ikke utvikler psykiske vansker til tross for at de over tid har vært utsatt for betydelig stress i form av mange risikofaktorer. Mange av disse har det som kalles resiliente utviklingsforløp. *Resiliens betyr evnen til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært «strukket eller bøyd».* I denne sammenhengen innebærer det å klare seg til tross for belastninger, og å rette seg opp etter en påkjenning. Gjennom resiliensforskningen har en funnet fram til en rekke identifiserbare faktorer og mekanismer som beskytter barn og unge mot å utvikle psykiske vansker. Beskyttelsesfaktorer forekommer på flere nivå:

- **På individnivå:** Medfødt robusthet, sosiale ferdigheter og lett temperament, selvstendighet og opplevelse av å styre viktige aspekter ved eget liv, mestring og følelse av egenverd, kognitiv kapasitet, opplevelse av sammenheng, kreativitet og interesser.
- **I forhold til foresatte og nær familie:** Foreldres varme og utviklingsstøttende omsorg, foreldres deltakelse og interesse i barns liv, konsistens i oppdragelse, foreldre som tillater barnet å motta hjelp fra andre og som selv får god sosial støtte fra naboer, venner og familie.
- **I forhold til øvrig nettverk og samfunn:** Sosialt nettverk preget av støtte (minst en person som har hatt positiv betydning for barnet over tid), tilhørighet i gruppe som representerer verdier innenfor samfunnets anerkjente normer, samfunnsstrukturer som støtter personens mestringsstrategier, inkludering i skole/arbeidsliv, tiltak som virker sosial utjevner.

12. Rutter, Michael, Rutter, Marjorie (1993). *Developing minds: challenge and continuity across the life span*.

13. Werner, Emmy E., Ruth S. Smith (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*.

3.2.2 Risikofaktorer

I stor grad har det vært fokus på enkeltstående faktorer i forståelsen av risiko for utvikling av psykiske vansker. Det er nå enighet om at det primært er antallet risikofaktorer, og ikke en særskilt risikofaktor, som er avgjørende for om et individ vil utvikle psykiske vansker. En hovedregel er at jo flere risikofaktorer et barn eksponeres for, dess større er sannsynligheten for at det utvikler psykiske vansker. Samtidig viser det seg at når tre til fire risikofaktorer er til stede samtidig er risikoen svært høy. Det er store individuelle forskjeller i sårbarhet for risikoeksponering.

Faktorer som innebærer økt risiko er blant annet:

- **På individnivå:** Medfødte egenskaper som genetisk sårbarhet, temperament, sykdom eller funksjonshemninger, manglende tro på egne muligheter til å påvirke situasjoner, dårlig impulskontroll, manglende evne til å planlegge og organisere, ruseksponering i svangerskapet.
- **I forhold til foresatte og nær familie:** Manglende nærhet i relasjon med foreldrene, uklare og inkonsistente regler, høyt konfliktnivå, rusproblemer, vold eller trusler om vold, langtidssykdom, skilsmisse, inkonsistent oppdragelse, negativ kommunikasjon, familie-medlems død, kriminalitet, utilstrekkelige boforhold, manglende sosiale relasjoner utenfor familien, lav sosioøkonomisk status. Internasjonale og nasjonale studier viser at barn i barneverntiltak har økt risiko for å utvikle psykiske problemer sammenlignet med øvrige barn/ungdom.¹⁴
- **I forhold til øvrig nettverk og samfunn:** Utrygt nærmiljø med svake sosiale nettverk, dårlig skolemiljø, lokale forhold som for eksempel utvikling av gjengdannelser i ungdomsmiljøet, fattigdom, arbeidsledighet, dårlige boforhold, etnisk diskriminering og sosial ulikhet. Mobbing er en betydelig risikofaktor i forhold til utvikling av psykisk vansker, ofte med langvarige konsekvenser. Mobbing kan også være en forløper til utvikling av rusmisbruk. Barn og unge som er flyktninger, asylsøkere og/ eller lever i ufrivillig eksil, har større risiko for å utvikle psykiske lidelser¹⁵.

Barns psykiske helse påvirkes av rammebetingelser og faktorer i fosterlivet og fra fødselen av. Allerede på dette tidspunkt kan noen barn være utsatt for risiko. Spesielt angst, stress og depresjon, samt bruk av rusmidler i svangerskapet, er forbundet med for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og reguleringsvansker (søvn- og spisevansker og uro).

I det første leveåret legges mye av grunnlaget for samspill og utvikling. Gravide og barselkvinner som opplever denne tiden som vanskelig og viser symptomer på angst, depresjon og/eller rusproblemer, bør følges tett opp. Fedre eller andre omsorgspersoner bør trekkes aktivt inn i oppfølgingstilbudet. I tillegg til å kartlegge familier i risiko tidlig, har helsepersonell i svangerskapsomsorgen og helsestasjonene ansvar for samspills- og foreldreveiledning.

En rekke studier viser at sosiale ulikheter gir ulikheter i helse¹⁶. Helseforskjeller henger sammen med foresattes utdanning, yrke og inntekt. I følge WHO-rapporten «De harde fakta» kan risikofaktorer knyttet til sosiale ulikheter reduseres gjennom gode forebyggende tiltak. Tiltakene kan være forbedring av kunnskapsnivået hos foreldre og barn, og å skape gode leke- og læringsbetingelser i barnehager og i skolen. Rapporten anbefaler at det legges vekt på tiltak som er tilgjengelige uavhengig av familiens sosiale og økonomiske situasjon.

14. Hjern, A, Vinnerljung, B, og Lindblad, F (2004). *Avoidable mortality among children welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study.*

15. *Psykisk helse for barn i asylmottak – rapport fra en interdepartemental arbeidsgruppe og rundskriv Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger.*

16. *Sosial- og helsedirektoratet (2005). Gradientutfordringer – handlingsplan mot sosiale ulikheter. IS-1229*

Forskning gir oss kunnskap om hvilke faktorer som utgjør en risiko for barn og unge. Kompetansemiljøer som Regionsentrene for barn og unges psykiske helse og Atferds-senteret¹⁷ tilbyr kommunene kunnskap som er viktig for å utføre et faglig arbeid. Kommunene må ha rutiner som sikrer at utøvere tar del i kunnskapsutviklingen, og omsetter kunnskap til praksis i de ulike tjenestene.

I forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten § 4 slås det fast at som et ledd i kommunenes kvalitetsarbeid skal ledelsen sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet.

«Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet»
Justis- og politidepartementet, www.odin.no

«Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer»
www.shdir.no

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (R BUP) har som overordnet målsetting å øke kompetansen om barn og unges psykiske helse og psykiske lidelser og å øke tilgangen på kvalifisert personell slik at det bedrer den geografiske fordelingen av tilbud til barn og unge.

R BUPs ansvarsområde er i tillegg til å omfatte spesialisthelsetjenesten også rettet mot forskning om forebygging og utdanning og veiledning av kommunal virksomhet.

Det er fire regionsentere knyttet til de fem helseregionene :

R BUP Nord er en del av Universitetet i Tromsø web.fm.uit.no/rbup

R BUP Midt-Norge er en del av Universitetet i Trondheim www.medisin.ntnu.no/rbup

R BUP Vest er en del av Universitetet i Bergen www.unifobhelse.no

R BUP Øst og Sør er lokalisert i Oslo som en egen stiftelse www.r-bup.no

3.3 Rus og psykisk helse

3.3.1 Barn som har foreldre med rusavhengighet og/eller foreldre med psykiske lidelser

Barn og unge som vokser opp i familier med rusproblemer, har forhøyet risiko for å utvikle tilsvarende problemer. I et oppvekst- og levekårsperspektiv er dette barn som er svært sårbare. Barn som eksponeres for rusmidler og/eller medikamenter i mors liv kan få varige skader¹⁸. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot all bruk av rusmidler blant gravide, samt mot familie og barn i tiden etter fødsel. Forskning viser at mer enn 50 prosent av pasienter

17. Atferdssenterets målsetting er å styrke kunnskap og kompetanse om atferdsproblemer blant barn og unge. www.atferd.unirand.no/

18. Sosial- og helsedirektoratet (2005). Alkohol og graviditet. Hva er farlig for fosteret? Hvordan forebygge og behandle?

i behandling for rusmiddelavhengighet, har opplevd alvorlige rusmiddelproblemer hos sine foreldre¹⁹. Når det gjelder foreldre med psykiske lidelser viser forskning at deres barn har en økt risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser²⁰.

3.3.2 Barn og unge med begynnende rusmisbruk

Når barn og unge ruser seg er det grunn til bekymring både i forhold til konsekvenser av rusbruken, men også fordi rusbruken kan være indikasjon på andre problemer, deriblant psykiske vansker og lidelser. Personer med alvorlige psykiske lidelser har større tilbøyelighet til å få en ruslidelse enn befolkningen generelt²¹. Dette betyr at man må være spesielt oppmerksom på bruken av rusmidler blant ungdom med alvorlige psykiske lidelser.

Tjenesteapparatet bør tidlig identifisere barn og unge som eksperimenterer med rusmidler. Det er mange atferdsmønstre eller handlinger som kan være kjennetegn på et begynnende problem. Eksempler på dette kan være sosial mistilpasning på skolen, lave faglige prestasjoner, skulking, lovbrudd, selvdestruktiv atferd, aggresjon og angst. Vi vet av fortellinger til voksne rusmiddelavhengige at eksperimentering kan begynne i svært ung alder. Det er derfor viktig å være bevisst på denne problemstillingen allerede fra barneskolealder²².

3.4 Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn

En økende andel barn i det norske samfunn, særlig i de større byene, har minoritetsbakgrunn. Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn er en stor og sammensatt gruppe som blant annet omfatter asylsøkere, flyktninger og andre generasjons innvandrere. Den samiske befolkningen er også en etnisk minoritet i Norge.

Barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn skal som utgangspunkt møtes på samme måte, og med samme type tjenester, som andre. En overfokusering på kultur kan gjøre at barns grunnleggende behov kommer i bakgrunnen, men kunnskap om kulturbakgrunn er nødvendig. Barn med etnisk minoritetsbakgrunn bør tilbys hjelp innenfor det eksisterende tilbud, men det kan i enkelte lokalsamfunn være nyttig å etablere treffsteder for barn og unge med samme bakgrunn. Det tilbudet som finnes må gjøres tilgjengelig og relevant også for barn og unge med etnisk minoritetsbakgrunn. Det bør finnes god informasjon om tjenestetilbudet på flere språk. For å hjelpe barna er det også nødvendig med god kommunikasjon med foreldrene. Mestrer ikke foreldrene norsk, er bruk av kvalifisert tolk

19. Lauritzen, G., H.Waal, A.Amundsen, O.Arner (1997). *A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment. Methods and Findings*. Melberg, H.O., G.Lauritzen, E.Ravndal (2003). *Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. Solbakken, B.H., Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Solbakken, B.H., Lauritzen, G., Ødegård Lund, M.K. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*.

20. Rimehaug, Tormod m. fl. (2006). *De usynlige barna*. Tidsskrift for Den norske lægeforening. Årg. 126, nr. 11.

21. Mueser, Noordsy, Drake, Fox. (2006). *Integrert behandling – av rusproblemer og psykiske lidelser* Universitetforlaget 2006

22. Tolan P, Szapocznik J, Sambrano S, red (2007). *Preventing youth substance abuse : science-based programs for children and adolescents*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Ferrer-Wreder L, red. *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga : en forskningsöversikt*.

avgjørende. Barn eller andre familiemedlemmer skal ikke benyttes som oversettere. Hjelpeapparatet bør aktivt være pådriver for bruk av tolk fordi ikke alle foreldre etterspør dette. Når det gis helsehjelp skal informasjonen som gis være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn²³. Bruk av tolk bør alltid vurderes.

Enslige mindreårige asylsøkere er en særlig utsatt og sårbar gruppe som har behov for ekstra oppfølging. Det bør blant annet sikres rask og god bosetting. Enslige mindreårige kan på grunnlag av individuelle vurderinger bosettes før oppholdstillatelse er gitt, og det skal utvikles en tiltaksplan til bruk i mottaket og ved bosetting.

Det anbefales et tverrsektorielt samarbeid i kommunen der både det barne- og flyktningefaglige perspektivet er ivarettatt. I de tilfeller der barnevernet ikke er ansvarlig instans i bosettingen av enslige mindreårige, bør barnevernet delta i vurderingen av den enkeltes behov og tilretteleggingen av tiltak. For å oppnå målet om å bosette enslige mindreårige så raskt som mulig og med gode omsorgstiltak, vil kommunene få statlig refusjon for kommunale barneverntiltak for enslige mindreårige utover en bestemt egenandel²⁴.

Rapporter, rundskriv og veiledere utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet er lagt ut på www.psykisk.no og er tilgjengelige på flere språk.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er informasjons- og kunnskapsformidlere på blant annet flyktningers helse og tvungen migrasjon. Senteret kan også kontaktes for mer informasjon om temaer som stressmestring, kollektive belastningssituasjoner, vold og seksuelle overgrep. www.nkvts.no

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) er under etablering i hver helseregion. Sentrene skal bistå det offentlige hjelpeapparatet og frivillige hjelpetiltak med generell kompetanseutvikling, konsultasjon og råd og veiledning. Fire sentre er etablert og et er under etablering.

Ressursenter region Øst www.aus.no

Ressursenter region Vest www.helse-bergen.no/avd.rvts/rvts/htm

Ressursenter region Nord www.unn.no/rvts

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) er en enhet for somatisk og psykisk helse for personer med innvandrerbakgrunn. NAKMIs hovedoppgaver er innsamling og formidling av tilgjengelig kunnskap, nettverksbygging, forsknings- og utviklingsarbeid, informasjonsutveksling nasjonalt og internasjonalt. Målgrupper for NAKMIs arbeid er i første rekke helsepersonell, forskere og andre som jobber med minoritetshelse. www.nakmi.no

I en del store kommuner er det tilbud om foreldreveiledning, ICDP-programmet, for familier med minoritetsbakgrunn. Dette er en del av Foreldreveiledningsprogrammet som er forankret i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. www.bufdir.no

Mental helse ungdom Akershus har opprettet et flerkulturelt lag som arbeider for å hjelpe og opplyse flerkulturell ungdom om psykiske problemer. www.mentalhelse.no

23. Jfr. pasientrettighetsloven § 3-5.

24. Rundskriv Q-05/2004 fra Barne- og familiedepartementet

MIRA-senteret i Oslo arbeider for å fremme minoritetskvinnens helse. MIRA er et kompetansesenter med mange typer tilbud som; undervisning, veiledning, organisering av selvhjelpsgrupper, selvtillitstreningkurs og landsdekkende opplysningsvirksomhet til jenter og kvinner fra ikke-vestlige kulturer. www.mirasenteret.no

PMV: Senter for helse, dialog og utvikling, arbeider med utvikling av aktiviteter og metoder for helsefremming for og med innvandrerkvinner. Senteret eies og drives av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo www.skbo.no

Det er opprettet et nasjonalt kompetansesenter for samiske barn og unges psykiske helse ved BUP Karasjok. www.helsefinnmark.no/sanks

For å sikre kommunikasjon mellom tjenesteyter og personer med psykiske lidelser, må kommunene ha rutiner for bruk av kvalifiserte tolker når det er behov for slik bistand. www.tolkeportalen.no



Brukerperspektivet

Kapittel 4

Brukerperspektivet er en grunnstein i det psykiske helsearbeidet for barn, unge og deres familier. Gjennom god informasjon, medvirkning og selvbestemmelsesrett gis brukerne innflytelse på egen situasjon og kan bidra med erfaringer, kunnskap og ønsker ved utviklingen av tjenestetilbudet. Nivå, profesjon og system bør tilpasse seg brukernes behov, ikke omvendt.

Barns rett til å si sin mening, bli hørt og respektert i forhold som berører barnet, er et av de grunnleggende prinsippene i FNs konvensjon om barnets rettigheter, jf. art. 12. Barnet skal etter denne artikkel særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet. Barnekonvensjonen med tilleggsprotokoller ble tatt inn i norsk rett gjennom menneskerettsloven i 2003. Dette betyr at rettighetene mindreårige har krav på etter bestemmelsene i denne konvensjonen og dens protokoller, gjelder som norsk lov.

Barns rett til å si sin mening og bli hørt er videre fastsatt i flere norske lover, bl.a.:

Barneloven § 31 slår fast at barn, etter hvert som det blir i stand til å danne egne synspunkter på saker som angår dem, skal høres før foreldrene tar avgjørelser om personlige forhold for dem. Barnets mening skal vektlegges etter alder og modenhet. Det samme gjelder for andre som barn bor hos eller som har med barn å gjøre.

Lov om familievernkontorer § 6 annet ledd omhandler barn under 16 år sin rett til å bli hørt før samtykke gis av foreldre eller foresatte til rådgivning eller behandling.

Barnehageloven § 3 gir barn i barnehagen 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 dets alder og modenhet.

Bestemmelser om barns rett til å si sin mening og bli hørt er også nedfelt i sosialtjenesteloven § 8-3, pasientrettighetsloven §§ 3-4, jfr. 4-3 og 4-4, jfr. § 4-3 og barnevernloven § 6-3.

Informasjon til barn og foreldre er grunnleggende for at brukeren skal kunne medvirke til og gjøre bruk av sine rettigheter. Retten til informasjon fremgår blant annet av forvaltningsloven § 11, sosialtjenesteloven § 4-1 pasientrettighetsloven § 3-2 og § 3-4.

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven §§ 6 og 15 omhandler informasjon og brukermedvirkning.

4.1 Brukermedvirkning

Barn og unge bør gis innflytelse i saker som har betydning for deres utvikling, trivsel og oppvekstkår. Barn og unges medvirkning bør stimuleres og bli en del av det ordinære arbeidet i kommunen. Det er viktig å huske på at de minste barna er avhengige av foreldre og hjelpeapparatet som sine brukerrepresentanter.

Brukermedvirkning kan uttrykkes slik²⁵:

Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på utformingen av tjenester og i det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver.

Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har innflytelse på egen livssituasjon. Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver.

4.2 Medvirkning på systemnivå

Medvirkning på systemnivå er knyttet til tjenesteutvikling, gjennomføring og evaluering av tjenestene. Her utpekes brukere som representanter for en brukergruppe eller brukerorganisasjon. For å få realisert målet om brukermedvirkning på systemnivå er det hensiktsmessig å:

- Etablere fora eller råd i kommunen hvor bruker- og pårørenderepresentanter har reell innflytelse
- Etablere gode systemer for å innhente brukererfaringer
- Bruke brukererfaringer til forbedring av tjenestene
- Invitere brukerrepresentanter til å delta i utviklings- og endringsarbeid som berører brukergruppen.
- Sørge for at tjenesteutøverne får nødvendig opplæring om brukermedvirkning

Mental Helse Ungdom er en medlemsstyrt organisasjon under Mental Helse Norge. Organisasjonen er åpen for ungdom mellom 15 og 30 år som har eller har hatt psykiske problemer, er pårørende, interesserer seg for psykisk helse eller som ønsker å støtte det arbeidet som organisasjonen utfører. www.mentalhelse.no

Sosial- og helsedirektoratet har i flere år gitt støtte til «ARENA» som er et program for brukermedvirkning fra barn og unge. Programmet er utviklet og drevet av Organisasjonen Voksne for barn. Det er etablert et nettverk av talspersoner som kan tale barn og unges sak. En talsperson kan representere barn og unge på systemnivå, og kan dessuten sette i verk aktiviteter som bidrar til at barn og unge høres direkte i forhold som berører dem.

25. Rapport Brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapporten er ment som hjelp for brukerne og tjenesteutøvere til blant annet å få oversikt over formelle krav til brukermedvirkning og stimulere til ytterligere utvikling av reell brukermedvirkning.

«Ung i Osen» er et eksempel på hvordan man kan invitere unge til å bidra til utvikling av tjenestetilbud. Dette er et prosjekt i samarbeid med Voksne for barn, der ungdomsskolelever inviteres til å bidra med sine erfaringer og ønsker i forbindelse med revidering av kommunens plan for psykisk helsearbeid. www.vfb.no

Ski kommune ble kåret til årets barne- og ungdomskommune i 2005. Kommunen har satset aktivt på medvirkning fra barn og ungdom og har både ungdomsråd samt barn og unges kommunestyre. I tillegg skal det opprettes et kommunalt elevråd. Barn og unges kommunestyre får egne midler til disposisjon til strakstiltak. Aktuelle saker tas opp i ungdomsrådet og rådet får veiledning av to kommunepolitikere. Representanter fra ungdomsrådet diskuterer problemer i ungdomsmiljøet, nærmiljøutvikling og planarbeid. Ungdom opplever selv at de blir tatt på alvor i kommunen (www.ski.kommune.no).

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4, andre ledd bokstav e, fremgår det at internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten. Se også pkt 3.1.5 i veileder IS-1183 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten – Hvordan holde orden i eget hus.

4.3 Medvirkning på individnivå – samtykke

For at barn, unge og deres foreldre skal få oppfylt rett til medvirkning og informasjon på individnivå, må de oppleve muligheten for å medvirke som reell. Det som oppleves som god tilretteleggelse for medvirkning for en bruker, trenger ikke å være det for en annen. Det er tjenesteapparatets ansvar å legge til rette for reell brukemedvirkning. Dette kan gjøres ved at:

- Tjenesteutøver bruker tid sammen med bruker og eventuell familie for å etablere tillit. Det bør åpnes for dialog der brukeren kan uttrykke sine ønsker, mål og behov og der tjenesteutøver nøye vurderer brukerens synspunkter
- Tjenesteutøver informerer om hva som finnes av aktuelle tjenestetilbud, brukerens rettigheter og tjenesteyters vurderinger og forslag til tiltak. Det bør gis rom for spørsmål og oppklaring
- Tjenesteutøver tilpasser informasjonen i forhold til den enkeltes situasjon og alder
- Det utarbeides serviceerklæringer eller annen informasjon som sier hva som kan forventes av det offentlige tjenestetilbudet
- Den muntlige informasjon som tjenesteyter gir understøttes av skriftlig materiale
- Personer i familie og nettverk trekkes inn i utredning og behandling etter behov og ønsker.
- Individuell plan tas i bruk for å sikre brukermidvirkning på individnivå

Det er avgjørende å se barnet i sammenheng med sitt naturlige miljø. Samtidig må barnet inkluderes som bruker på egne premisser der det er mulig. Tjenesteyter må være oppmerksom på at det kan være interessenmotsetninger i foreldrenes og barnas opplevelse av situasjonen.

Etter hvert som barnet blir eldre vil det være naturlig å se barnet/ungdommen som bruker på egne vegne, uavhengig av foreldrene. Helsehjelp kan som hovedregel bare gis med pasientens samtykke. Pasientrettighetsloven § 4-3 første ledd b), som regulerer hvem som har samtykkekompetanse, fastsetter «den helserettslige myndighetsalder» til 16 år, med mindre unntak følger av lov eller av tiltakets art. Foreldre eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for barn under 16 år. Dette følger naturlig av at avgjørelser om helsehjelp faller inn under foreldreansvaret i henhold til barnelovens regler.

Barn skal imidlertid ha en økende grad av medbestemmelse i helsespørsmål og har fra de er 12 år rett til å bli hørt når det gjelder egen helse og behandling. Unntaksvis kan barnet selv samtykke til helsehjelp før fylte 16 år. Dette kan for eksempel være aktuelt ved lettere psykiske problemer og hvor foreldrene er i en konfliktsituasjon og derfor ikke ønsker å samtykke til helsehjelpen. Det bør i slike situasjoner informeres om muligheten til å ta med seg en venn eller en annen tillitsperson.

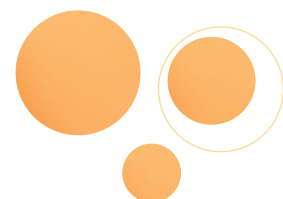
Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven §§ 4-6 annet ledd, 4-8 eller § 4-12 har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.

Fra 16 års alder er det som hovedregel opp til ungdommen i hvilken grad foreldrene skal involveres. Unntaksvis skal foreldre til barn under 18 år gis informasjon som er nødvendig for at de skal kunne oppfylle foreldreansvaret selv om ikke ungdommen ønsker det. Dette kan for eksempel være informasjon om selvmordsfare.

Aktuelt regelverk i forhold til medvirkning, informasjon og samtykke er bl.a. pasientrettighetsloven kap. 3 og kap 4, sosialtjenesteloven § 8-4, jf. § 8-3, forvaltningsloven § 17, barneloven § 33 og barnevernloven § 6-3.

Rapport Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalninger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Rundskriv Q-27/2006 B Deltagelse og innflytelse fra barn og ungdom – informasjon og veiledning for arbeidet i kommunene.





Tjenester og aktører i det psykiske helsearbeidet

Kapittel 5

I dette kapitlet beskrives ulike tjenester og aktører i det kommunale arbeidet med barn og unges psykiske helse. De ulike aktørene som omtales skal støtte både barn, unge og deres familier. Noen barn utvikler gjennom sin oppvekst psykiske vansker og kan ha behov for mange offentlige tjenester.

For å ivareta barn og unges psykiske helse må tilbudet være samordnet og helhetlig. Alle aktører bør ha planer, rutiner og avtaler for samarbeid med andre offentlige etater. Det er viktig at kompetanse og tiltak benyttes fleksibelt.

Barnehage, skole, skolefritidsordning og fritidstilbud utgjør viktige arenaer for barns utvikling og for identifisering av problemer. Derfor beskrives de først, mens tjenestene omtales senere i kapittelet.

5.1 Barnehagen

Barnehagen har et ansvar for å skape et godt grunnlag for barns utvikling og helse, derfor bør barnehagepersonalet ha grunnleggende kompetanse og bevissthet om barns psykiske helse.

Barnehagens oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er blant annet å:

- Fremme psykisk helse og stimulere barnas evner og ressurser
- «Se» barn som viser en bekymringsfull atferd og melde bekymringen videre til rette vedkommende
- Utjevne sosiale forskjeller, forebygge mobbing og diskriminering, arbeide for likestilling mellom kjønnene, ivareta kulturelt mangfold samt støtte og ta hensyn til hvert enkelt barn og fellesskapet
- Tilrettelegge barnehagetilbudet til barn med særskilte behov. Barn med nedsatt funksjonsevne skal prioriteres ved opptak i barnehage. Barnehageplass er også et barneverntiltak barneverntjenesten bruker
- Delta i tverrfaglig samarbeid med aktuelle instanser

Barnehageloven § 2 tredje ledd slår fast at omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal fremme menneskelig likeverd, likestilling, åndsfrihet, toleranse, helse og forståelse for bærekraftig utvikling.

Barnehageloven § 22 fastsetter at barnehagepersonalet i sitt arbeid skal være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side, og viser til at de har opplysningsplikt til barneverntjenesten i visse situasjoner.

Forskriften rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver utdyper personalets ansvar for barns læringsmiljø og for å fremme positive handlinger som motvirker avvisning, mobbing og vold.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skoler mv. se punkt 5.2.

Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. IS-2619.

5.2 Skolen

Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte elev kan oppleve trygghet og sosial tilhørighet. Gode læringsmiljøer viser klar sammenheng mellom trivsel, sosial læring og god psykisk og fysisk helse. Ved å skape et inkluderende læringsmiljø kan skolen bidra til at både jenter og gutter opplever aksept, åpenhet og gode relasjoner, og dermed motvirke ensomhet og isolasjon hos den enkelte elev.

Skolens oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er blant annet å:

- Være arena for forebyggende og helsefremmende tiltak
- Legge til rette for et godt og inkluderende læringsmiljø
- «Se» barn og unge som viser en bekymringsfull atferd, og melde bekymringen videre til rette vedkommende
- Tilrettelegge undervisningstilbud for barn med særskilte behov
- Samarbeide med elever og foreldre og andre aktuelle kommunale instanser om utforming av skolemiljøet
- Delta i tverrfaglig samarbeid med aktuelle instanser
- Undersøke og varsle, eventuelt gripe inn, overfor mobbing, diskriminering, vold og rasisme

Gode lærere og god skoleledelse er trolig de viktigste forutsetningene for å utvikle et godt læringsmiljø. Det er viktig å styrke skoleledere, lærere og annet personell i skolen med hensyn til kunnskap og bevissthet når det gjelder å se og forstå jenter og gutter som har det vanskelig. Gode utearealer kan, med tilfredsstillende tilsyn, stimulere til trivsel, motivasjon og læring og redusere omfanget av vold, mobbing og uro blant elevene.

Mange barn og unge med psykiske vansker og lidelser opplever skolehverdagen som vanskelig. Skolen må ta opp bekymring med barnet og foreldrene, og det skal være lett for barn og foreldre å be om bistand. Skolen har et selvstendig ansvar for at det blir vurdert om alle elevene får tilfredsstillende utbytte av opplæringen, og for å bidra til inkludering og tilpasset opplæring.

De barn og unge som av ulike grunner ikke har et tilfredsstillende utbytte av den vanlige opplæringen, har rett til spesialundervisning. Kommunen skal basere sitt vedtak på en sakkyndig uttalelse. Undervisningen skal planlegges ut fra realistiske mål for eleven, og så langt det er mulig utarbeides i samarbeid med eleven og foreldrene. Det skal også utarbeides individuell opplæringsplan. For enkelte kan dette, foruten faglig tilrettelagt opplæring, innebære bistand fra assistent, tilrettelagt timeplan og arbeidsdag, eget hvile-rom, og alternativ opplæring utenfor skolen.

Skolens personell kan ved behov få råd og veiledning fra skolehelsetjenesten. Når henvendelsen gjelder et navngitt barn, må dette skje med samtykke fra foresatte. Rektor har ansvaret for at skolen har gode rutiner for kommunikasjon med elever og foreldre, og for tverrfaglig og tverretattlig samhandling. Det er også anledning til anonym konsultasjon med kommunehelseaktører og spesialisthelsetjenesten.

Opplæringslova § 9a-1 slår fast at alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring.

Skolens plikt til å arbeide for dette fremgår av opplæringslova § 9a-3.

Opplæringslova § 13-2, jf. 13-3a omhandler kommunens og fylkeskommunens plikt til å oppfylle retten til grunnskoleopplæring og spesialpedagogisk hjelp.

Opplæringslova § 5-1 viser til at elever som ikke har eller som ikke kan få tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, har rett til spesialundervisning.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skoler mv. har som formål å bidra til at miljøet i barnehager, skoler og visse andre virksomheter fremmer helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold – og dessuten forebygger sykdom og skade.

Opplæringslova § 15-, jf. forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt i §§ 13-13e.

«Psykisk helse i skolen» er fem opplæringsprogram spesielt tilrettelagt for lærere og elever støttet av Sosial- og helsedirektoratet. Målene ved å sette psykisk helse på timeplanen er å:

- Bidra til større åpenhet og aksept i forhold til psykiske problemer
- Gi økt kunnskap om psykisk helse, og hvordan ivareta sin psykiske helse
- Gi økt kunnskap om hvordan man kan være venn for en som sliter
- Gi økt kunnskap om hjelpeapparatet. Hvor og hvordan søke hjelp?

I tillegg til skoleprogrammer rettet mot elevene, finnes det også kurs for lærere. Kurset skal gi økt kunnskap om og forståelse for psykiske vansker hos ungdom, samt informasjon om gode samarbeidsmodeller mellom skole og hjelpeapparat. Les mer om skolesatsningen på www.phis.no

Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet har samarbeidet om å utarbeide forskningsrapporten «Forebyggende innsatser i skolen» (2006). Denne finnes på www.skolenettet.no

5.3 Skolefritidsordningen (SFO)

SFO skal gi barn omsorg og tilsyn og skal legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter tilpasset alder, funksjonsnivå og interesser hos barna. SFO bør ha en tydelig profil på helsefremmende og forebyggende arbeid. Ansatte ved SFO kan være aktuelle samarbeidspartnere og deltakere i tverrfaglige team ved skolene.

Opplæringslova § 13-7 fastslår at kommunen skal ha eit tilbod om skolefritidsordning før og etter skoletid for 1.–4. årstrinn, og for barn med særskilte behov på 1.–7. årstrinn.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skoler mv. § 2. Forskriften gjelder også for SFO.

5.4 Kultur, fritid og fysisk aktivitet

Barn og ungdom har behov for å delta i aktiviteter også utenom skoletid. Deltakelse i positive fritidsaktiviteter kan gi barn og unge opplevelse av mestring, og å bli inkludert i et fellesskap. I helsefremmende og forebyggende arbeid er gode og trygge møteplasser av stor betydning. For noen barn vil deltakelse i aktiviteter kreve noe ekstra bistand. Møteplassene bør være rusfrie og åpne for alle, og preges av at prestasjonskrav eller økonomisk evne ikke stenger for deltakelse. Fritidsassistent kan være et viktig tiltak for at barn og unge skal kunne delta i sosiale aktiviteter.

Fysisk aktivitet er av stor betydning for barns vekst og utvikling, og er en kilde til helse og trivsel. De nasjonale anbefalingene sier at barn og unge bør være i variert fysisk aktivitet minst 60 minutter hver dag. Det er særlig på tre arenaer det kan legges rammer for fysisk aktivitet, i barnehagen, i skolen og i SFO. Stadig flere barn tilbringer mer tid i disse institusjonene, og det er derfor nødvendig at de får muligheten til å være i aktivitet i løpet av tiden de tilbringer der.

Kommunen har et ansvar for at barn og unge bidrar aktivt i tilretteleggingsarbeidet. Når det gjelder barnehager og skoler har kommunen ansvar for å tilrettelegge utearealer som sikrer at barn og unge får en oppvekst med mulighet for fysisk aktivitet. Det er et generelt behov for å styrke kunnskapen om betydningen av fysisk aktivitet for psykisk helse.

Forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager mv. § 10. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

«Grønn omsorg» er et samarbeid mellom landbruket og helsemyndigheter for å hjelpe personer som for kortere eller lengre tid trenger eller ønsker endring, trening eller arbeidstilvenning. Tilbud til barn og unge kan omfatte gårdsbarnehager, pedagogiske tilbud, tilrettelagt opplæring og fritidstilbud. De fleste fylker i Norge har gårder med «Inn på tunet» tilbud. Les mer om tilbudet på www.innpaaatunet.no

5.5 Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

Pedagogisk- psykologisk tjeneste (PPT) sin rolle i kommunens psykiske helsearbeid er å bistå skoler og barnehager i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. PPT skal både ha fokus på den enkelte elev som har vansker i opplærings situasjonen, og på skolen som system.

PPTs oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er blant annet å:

- Gi råd til elever, foreldre og skoler om opplæring, oppdragelse og ulike problemer i barnehage- og skolesammenheng
- Gi sakkyndige råd om elever som har behov for spesialundervisning
- Gi sakkyndige råd angående Opplæringslovens kapittel 9a som omhandler det psykososiale miljøet på skolen
- Fange opp bekymring og eventuelt kontakte andre instanser for bistand
- Delta i tverrfaglig samarbeid

PPT skal gjennom sitt individrettede arbeid bidra til å styrke barn og unges utviklingsmuligheter og psykiske helse. PPT kan kontaktes av skolen for oppfølgingssamtaler når eleven selv opplever, eller oppleves å ha, psykiske vansker. Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet en sakkyndig vurdering i forbindelse med tilbud om spesialundervisning og ved utarbeiding av individuelle opplæringsplaner.

PPT skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanse- og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særskilte behov.

Opplæringslova § 5-6: Kvar kommune og kvar fylkeskommune skal ha ei pedagogisk-psykologisk teneste. [...] Tenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov.

Opplæringslova § 5-7: Barn under opplæringspliktig alder som har særlege behov for spesialpedagogisk hjelp, har rett til slik hjelp.

5.6 Oppfølgingstjenesten

Enkelte ungdommer kan falle utenfor de ordinære opplæringstilbud og arbeidslivet. Oppfølgingstjenesten skal sørge for at all ungdom som tilhører tjenestens målgruppe får tilbud om opplæring, arbeid eller annen sysselsetting. Tjenesten skal kontakte disse ungdommene og gi et tilbud hvert skoleår så lenge de er omfattet av den lovfestede retten til videregående opplæring. Aktuelle samarbeidspartnere i dette arbeidet vil være grunnskole og videregående opplæring, PP-tjeneste, NAV (ny arbeids- og velferdsforvaltning) og helse- og sosialetaten.

Opplæringslova § 3-6: Fylkeskommunen skal ha ei oppfølgingsteneste for ungdom som har rett til opplæring etter § 3-1, og som ikkje er i opplæring eller i arbeid. Tenesta gjeld til og med det året dei fyller 21 år. Tenesta omfattar også ungdom som har tapt opplæringsretten etter § 3-8 eller § 4-6.

5.7 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for, barn, unge og gravide i kommunene. Ofte er det helsestasjons- og skolehelsetjenesten som først kontaktes ved bekymring for barn og ungdoms utvikling og psykiske helse. Man kan komme både med og uten avtale.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode miljømessige forhold, herunder et godt psykososialt læringsmiljø i skolen. Tjenesten skal i tillegg forebygge fysisk og psykisk sykdom og skade. Tilbudet benyttes av nær 100 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og av alle grupper, uavhengig av sosial status og geografisk tilhørighet. Dette gir tjenesten en unik mulighet til å forebygge og avdekke psykiske vansker og rusrelaterte problemer og bidra til å sette i verk tiltak tidlig.

Tjenesten omfatter:

- Svangerskapsomsorg
- Helsestasjon for barn 0–5 år
- Skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven eller privatskoleloven).
- Helsestasjon for ungdom (HFU)

Helsestasjon for ungdom skal være et tillegg til og ikke en erstatning for skolehelsetjenesten.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver i forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge er blant annet å:

- Være et sted der barn, unge og foreldre kan komme med sin bekymring eller sine problemer
- Styrke og støtte gravide og sped- og småbarnsforeldre i foreldrerollen
- Drive nettverksskapende og annet psykososialt miljørettet arbeid
- Observere og styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn
- Oppdage psykiske vansker og risikofaktorer på et tidlig stadium
- Bidra til tidlig intervensjon når vansker avdekkes
- Bidra til å fremme skoleelevers læringsmiljø
- Delta i og koordinere samarbeid med andre instanser i og utenfor kommunen

Tromsø kommune har lagt helsestasjon for ungdom inn som en integrert del av Ungdomshuset TVIBIT. Det vil si at terskelen senkes for at unge jenter og gutter tar kontakt med helsepersonellet og tilbudet er der de befinner seg. Ungdomshelsestasjonen i Tromsø har også egen psykologtjeneste. www.tromso.kommune.no

Nettstedet «Morild» er en egen hjemmeside for barn og unge med psykisk syke foreldre. Det besøkes ukentlig av 700 barn og unge og har et eget diskusjonsforum. www.morild.org

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 slår fast at kommunens helsetjeneste skal omfatte blant annet helsestasjonsvirksomhet, herunder helsestasjon for ungdom og helse-tjenester i skoler.

Kommunehelsetjenesteloven § 2-2: Barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommune barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, jf. pasientrettighetsloven § 6-1.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 1-1 har som formål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skader.

Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154.

5.8 Fastlegeordningen

Fastlegen er en del av det samlede psykiske helsearbeidet i kommunen. Dette gjelder i forhold til barn og unge som legen selv kan hjelpe, og i de tilfeller der legen etter den første vurderingen må henvise videre.

Fastlegens oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er blant annet å:

- Foreta somatisk utredning for å avdekke eventuelle sammenhenger mellom fysiske og psykiske symptomer
- Utrede psykiske vansker i samarbeid med psykisk helsevern for barn og unge
- Henvise til videre utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten
- Iverksette og følge opp behandling, inkludert medikamentell behandling
- Koordinere medisinske tiltak, delta i tverrfaglig samarbeid, herunder ansvarsgrupper og samarbeid om individuell plan
- Utøve helsestasjons- og skolelegefunksjonen i tråd med legenes rammeavtale om offentlig allmennlegearbeid

Fastlegen kan være den første foreldre tar kontakt med når de er bekymret for barnets utvikling, eller når barnet viser somatiske eller psykiske symptomer. Fastlegene har et ansvar for å møte denne bekymringen fra barn, ungdom og foreldre og sørge for nødvendig utredning. Fastlegene er medisinsk faglig ansvarlig og har en sentral rolle som «døråpner» overfor andre tjenester og ytelser som blant annet henvisningsinstans til spesialisthelsetjenesten og i forbindelse med økonomiske ytelser som sykemelding til foreldre.

En betingelse for en god fastlegeordning er det tverrfaglige samarbeidet med andre utøvere i kommunen, og med spesialisthelsetjenesten. Dette kan blant annet innebære deltakelse i ansvarsgrupper, samarbeidsmøter og samarbeid om individuell plan. Legens rolle i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig forutsetning for at barn og unge skal få et helhetlig og samordnet tilbud.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten innebærer at respektive poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), tilbyr veiledning til fastlegene om enkeltpasienter. Det kan være behov for avklaringer når det gjelder innholdet i henvisningen og utredning/ behandlingsopplegg. I tillegg er det nødvendig å følge opp barnet og familien i samarbeid med BUP under og etter endt utredning og eventuell behandling. Fastlegen og BUP har et felles ansvar for at barnet og familien får en forsvarlig behandling og oppfølging.

En utfordring for fastlegene, innenfor rammen av fastlegeordningen, er å sette av nok tid til barn og unge med psykiske lidelser, og å være fleksible i forhold til å tilby hjelp når barnet eller familien har behov for det. Støtte og hjelp til foreldre, blant annet ved å henvise foreldre som selv har behov for bistand eller behov for sykemelding, vil være en del av fastlegens oppgave.

I fastlegeordningen er det avtalefestet at det skal være et samarbeidsutvalg mellom fastlegene og kommunen. Dette er et egnet forum for utarbeiding av samarbeidsrutiner mellom kommunale tjenester og fastlegene.

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning har gitt ut heftet «Psykiske lidelser og psykiske vansker hos barn og ungdom». Hftet tar for seg behovet for å analysere bredt i vurderingsarbeidet, der både symptombildet, utvikling, personlige egenskaper og oppvekstmiljø står sentralt. www.psykopp.no

Rammeavtale mellom KS og Den Norske Lægeforening om allmennlegepraksis i kommunene. www.legeforeningen.no

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3 slår fast at kommunens helsetjeneste blant annet skal omfatte allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, og legevaktordning.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 4 omhandler valg av fastleger for barn. Fastlegene har et ansvar for pasienter på sin liste etter gjeldende lovverk jf § 7.

5.9 Psykologkompetanse i kommunene

Flere kommuner har ansatt psykologer i tjenester for barn og unge som barnevern, PPT og helsestasjons- og skolehelsetjenesten, eller som egen psykologtjeneste. Opptrappingsplanen for psykisk helse legger opp til at flere psykologer rekrutteres til kommunene. Psykologer kan styrke kunnskapsutvikling innen psykisk helse ved blant annet å formidle psykologisk kunnskap til beslutningstakere, kommunetjenestene og brukere. De kan arbeide med forebygging via tidlig identifikasjon av skjevutvikling og psykiske vansker, utredning og iverksetting av tiltak. Videre arbeider psykologer med behandling av psykiske vansker og lidelser og med iverksetting av miljø- og individrettede tiltak.

Lørenskog og Bærum kommune har erfaring med, og modeller for, psykologkompetanse i kommunalt psykisk helsearbeid for barn og unge. www.lorenskog.kommune.no

Brukerundersøkelser i Bærum viser meget høy grad av tilfredshet med tjenestene. www.baerum.kommune.no

5.10 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten har ansvar for å drive oppsøkende virksomhet, forebygging og behandling rettet mot alle barn og unge fra 0 (3) til 18 år. Tannhelsetjenesten kan dermed oppdage psykiske vansker hos barn på et tidlig stadium. Eksempelvis kan seksuelt misbruk eller spiseforstyrrelser manifestere seg oralt. Det kan også være viktig å innlemme tannhelsetjenesten mer aktivt i det tverrfaglige behandlingstilbudet som gis til barn og unge med psykiske vansker da det i enkelte tilfeller kan være behov for individuelt tilpassede forebyggende tiltak og behandlingsstrategier.

Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr. 54 § 1-3.

5.11 Kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne

Det samlede kommunale psykiske helsearbeidet er inne i en omfattende oppbygging både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Om lag 20 prosent av de øremerkede tilskuddene er benyttet til tiltak for barn og unge. De øvrige 80 prosent har i betydelig grad vært rettet inn mot voksne, i hovedsak tiltak og tjenester for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Som ledd i disse tiltakene har mange kommuner også utviklet tilbud til familier og personer i livskriser og lettere psykiske lidelser, herunder ungdommer med psykiske vansker. Det er viktig at kommunen benytter de samlede ressursene innen sitt psykiske helsearbeid på en fleksibel måte.

En del barn og unge vil ha behov for kommunale tjenester også etter fylte 18 år. Samarbeidet mellom tjenester til barn, unge og voksne bør starte i god tid før voksentjenesten skal overta ansvaret. Dette samarbeidet er viktig med tanke på å ivareta barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Foreldrenes psykiske helse og sosiale livssituasjon er sentral for barn og unges psykiske helse og sosiale fungering. Dermed vil helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot de voksne også ha positiv innvirkning på barnas psykiske helse.

Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunene www.shdir.no

5.12 Hjemmebaserte tjenester

Praktisk bistand er en fellesbetegnelse for ulike typer virksomhet for personer og familier som på grunn av psykiske vansker og lidelser, funksjonshemninger eller lignende trenger hjelp. I mange tilfeller kombineres helsetjenester med praktisk hjelp i hjemmet.

Barn av foreldre som i kortere eller lengre perioder ikke er i stand til å ivareta deres behov for oppfølging, kan oppleve dette som svært belastende. Barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelmissbruk tar ofte på seg omsorgsoppgaver som er for belastende i forhold til deres alder og deres behov for omsorg. Dette kan medføre en økt risiko for barnas psykiske helse. Familien kan gjennom kommunens hjemmebaserte tjenester få praktisk bistand i hjemmet. I tillegg kan det enkelte barn eller ungdom gis hjelp i form av støttekontakt.

Noen barn og unge med psykiske lidelser har behov for hjelp til å mestre dagliglivets krav. Symptomene kan være så omfattende at de påvirker hele familiens fungering, der også søsken blir sterkt påvirket. For eksempel kan barn med omfattende tvangslidelser ha behov for en assistent for å komme seg til skolen. Andre kan ha behov for assistanse fordi foreldrene midlertidig ikke klarer å hjelpe barnet på grunn av risiko for konflikter mellom barn og foreldre.

Rakkestad kommune har gode erfaringer med å tilby slik hjelp til familier hvor barnets mor eller far er psykisk syk. www.rakkestad.kommune.no

Rundskriv IS-05/2006 «Barn med psykisk syke/rusavhengige foreldre» (Sosial- og helsedirektoratet)

Lov om sosiale tjenester § 4-2: De sosiale tjenester skal blant annet omfatte praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

5.13 Barneverntjenesten

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Barneverntjenesten skal avdekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås. Mange barn og unge som barneverntjenesten kommer i kontakt med har psykiske vansker og er risiko-utsatt. Barn som viser symptomer på psykiske vansker skal henvises til spesialisthelsetjenesten, i tillegg til å få de tiltakene de har behov for fra barneverntjenesten. Barneverntjenesten tar ofte koordineringsansvar i det tverrfaglige arbeidet rundt barn, unge og familier som mottar barneverntiltak. Barn og unge med psykiske lidelser har en selvstendig rett til å bli vurdert for støttetiltak, uavhengig om foreldre er gode omsorgspersoner eller ei.

Barneverntjenestens oppgaver i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er blant annet å:

- Ta i mot bekymringsmeldinger
- Undersøke grunnlaget for bekymringen
- Sette i gang forebyggende hjelpetiltak for barnet og familien. Eksempler på hjelpetiltak er barnehage, besøkshjem og avlastningstiltak i hjemmet og andre foreldre-støttende tiltak. Barnet kan også gis anledning til å bo utenfor hjemmet i kortere eller lengre tid
- Fremme sak om omsorgsovertakelse i tilfeller hvor foreldrene av ulike grunner ikke kan gi barnet tilstrekkelig omsorg
- Delta i tverrfaglig samarbeid, herunder ansvarsgrupper og arbeid med individuell plan
- Tilby barn som mottar tiltak fra barnevernet når de fyller 18 år hjelp fram til de er 23 år

Barnevernloven § 1-1. Formålet med denne loven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Barnevernloven § 3-1: Kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. Barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke å avdekke omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette.

Barnevernloven § 3-2: Barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer.

Barnevernloven § 3-3: Barneverntjenesten bør også samarbeide med frivillige organisasjoner som arbeider med barn og unge.

Rundskriv Q-25/2005 Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familie.

Rundskriv IS-05/2006 Oppfølging av barn til psykiske syke og/eller rusavhengige foreldre.

Utøveres meldeplikt til barnevernet fremkommer i barnehageloven § 22, opplæringslova § 15-3, friskoleloven § 7-4, sosialtjenesteloven § 8-8a, familievernkontorloven § 10, helsepersonelloven § 33 og barnevernloven § 6-4a.

Rundskriv Q-1094B, Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger. Her fremgår det at alle som bekymrer seg for et barns utvikling eller omsorg kan ta kontakt med barneverntjenesten.

5.14 Familievernkontorene

Familievernkontorene er en spesialtjeneste som har familierelaterte problemstillinger som sitt fagfelt. Familievernets oppgaver er rådgivning og behandling overfor par og familier, samt utadrettet veilednings- og informasjonsarbeid. En sentral oppgave er mekling ved samlivsbrudd for å lage gode samværsavtaler for barna. All kontakt med familievernet er gratis. Familievernkontorene er et lavterskeltilbud med høy kompetanse om samspillsproblematikk. Alle kan henvende seg direkte til familievernkontoret i sin kommune.

Familievernet kan gi hjelp til alle som trenger å prate om vanskelige forhold i familien
www.bufetat.no

Familievernkontorloven § 1.

5.15 Sosialtjenesten

Formålet med sosialtjenesteloven er blant annet å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling, og å forebygge sosiale problemer. For å oppfylle dette formålet kan sosialtjenesten yte økonomisk stønad eller iverksette andre støttetiltak. Ved vurdering av hjelpebehovet har sosialtjenesten rett og plikt til å foreta en konkret individuell vurdering, og legge vekt på hensynet til at barn skal ha en så normal oppvekst som mulig.

Sosialtjenesten bør ha rutiner som sikrer at barn av tjenestemottakere blir ivaretatt, samt gis nødvendig oppfølging og eventuelle tiltak. Sosialtjenesten skal ta stilling til barnas behov når familiens økonomiske situasjon skal vurderes. Tjenester og ytelser etter sosialtjenesteloven skal ligge på et forsvarlig nivå, og hensynet til at barna skal ha en så normal oppvekst som mulig må tillegges vekt. Når barnefamilier lever under svært vanskelige økonomiske forhold, preger dette barnas oppvekstvilkår, og det kan bidra til å gjøre oppveksten vanskelig. Det kan være godt forebyggende arbeid for barn å sørge for at disse familiene er i stand til å gi barna tryggere materielle vilkår. Barn må sikres en trygg oppvekst og gis

muligheter til å delta i aktiviteter, selv om foreldrene har en vanskelig økonomisk situasjon. Dette kan sosialtjenesten bidra til å sikre ved økonomisk stønad eller andre tjenester som for eksempel støttekontakt eller avlastning.

Sosialtjenesteloven kapittel 4 inneholder bestemmelser om hvilke sosiale tjenester en kommune skal ha, og hvem som har rett til disse. Lovens kapittel 5 regulerer rettigheter til økonomisk stønad for de som ikke kan sørge for sitt livsopphold.

Rundskriv om oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre
IS-5/2006

5.16 Bolig

Barnebolig er et tilbud om bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg. Tjenesten gjelder barn og unge som på grunn av sine funksjonshemninger ikke kan gis et tilfredsstillende botilbud sammen med sine foreldre. Kommunen har ansvar for planlegging, etablering og drift av barneboliger.

Kommunens ansvar for blant annet barneboliger er regulert i sosialtjenesteloven § 4-7 d).

Barneboligene skal gi et heldøgns tilbud, der barna er sikret gode og trygge omsorgstjenester. Tilbudet kan gjelde til barna er 18 år. Kommunene skal sørge for utflytting til egen bolig før barna fyller 18 år. Utflyttingsplanen skal være klar ved fylte 16 år.

Den nasjonale strategien «På vei til egen bolig» har som hovedmål å motvirke at mennesker blir bostedsløse og bidra til at bostedsløse raskt får tilbud om varig bolig. Et av resultatmålene i strategien er at ingen skal måtte tilbringe tid i midlertidige løsninger etter utskrivning fra institusjon. Dette resultatmålet omfatter også unge som utskrives fra barneverninstitusjon og psykisk helsevern.

Mange kommuner har etablert ulike former for barne- og ungdomsboligtilbud overfor målgruppen. Husbankens tilskuddsordninger; tilskudd til utleieboliger, etablering og utbedring samt bostøtte er aktuelle virkemidler for å framskaffe egnede boliger med en akseptabel husleie overfor denne målgruppa.

Kommunene er oppfordret til å utarbeide lokale boligsosiale handlingsplaner. Dette sikrer kommunene oversikt over boligbehovene. Også behovet for barne- og ungdomsboliger bør kartlegges og inngå som en naturlig del i planarbeidet.

Ungbo i Oslo har utvidet sitt ordinære tilbud til å inkludere ungdommer mellom 17–23 år med et stort og sammensatt oppfølgingsbehov som følge av en psykisk lidelse. Oppfølgingstilbudet er utvidet og tilpasset den enkeltes behov. Ungdommene har

individuell plan og prosjektet samhandler med 2. linjetjenesten.

www.bydel-st-hanshaugen.oslo.kommune.no/storbyavdelingen/ungbo/ungbos_boliger/

Kongsberg kommune har gjennomført en kartlegging av unge fra 14–18 år der foreldre/andre med omsorgsansvaret har meldt behov for bolig og tjenester etter fylte 18 år i perioden 2006–2014. Kommunen har iverksatt et prosjekt for å gjennomføre en fordypet gjennomgang og tverrfaglig utredning av situasjonen for barn og unge i Kongsberg kommune i den kommende 10 års periode. Utredningen er planlagt politisk behandlet høsten 2007. www.kongsberg.kommune.no

5.17 Oppsøkende tjeneste/utekontakt

Kommunen ved sosialtjenesten har et ansvar for generell forebyggende virksomhet. Oppsøkende tjeneste/utekontakt er ikke en lovpålagt tjeneste for kommunene, men over 80 kommuner har dette i en eller annen form. Tjenesten er ulikt organisert, men felles er at kommunen gjennom denne tjenesten får en mulighet til å fange opp barn og ungdom som ofte ikke selv ber om hjelp.

Sosialtjenesteloven § 3-1 pålegger sosialtjenesten å drive generell forebyggende virksomhet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten blant annet arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk, jf. § 3-1 tredje ledd.

5.18 Politiet

Politiet har et ansvar for et godt og trygt oppvekstmiljø og mot barne- og ungdomskriminalitet. Politiet samarbeider ofte med andre aktører i nærmiljøet og har tradisjonelt et godt samarbeid med skolene.

SLT (Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak) er en modell for samordning for å få mer effekt ut av allerede igangsatte tiltak ved at forskjellige etater/virksomheter støtter og utfyller hverandres arbeid. Målet er redusert barne- og ungdomskriminalitet, samt videreutvikling av trygge og gode oppvekstmiljø for barn og unge som igjen virker kriminalitetsforebyggende. Samordningen i SLT-modellen er forankret hos ledelsen i kommunen og det lokale politidistrikt. Som i andre samordningsmodeller må det ligge en bevisst vilje bak samordningen, og kommunens og politiets ledelse må sitte sentralt i modellens styrende organ. Det utpekes en SLT-koordinator som har ansvaret for å være pådriver i alle ledd av samarbeidet.

Vennesla kommune har evaluert metoder og tiltak i sitt forebyggende SLT-arbeid: www.vennesla.kommune.no

5.19 Kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen er aktuell samarbeidspartner når det gjelder unge lovbyggere. Kriminalomsorgen samarbeider med etater og kommuner når det gjelder innsatte, forberedelse til løslatelse til kommunene, ved prøveløslatelse og når domfelte er under samfunnsstraff.

5.20 Frivillige organisasjoners rolle

Som aktør i det psykiske helsearbeidet for barn og unge er de frivillige organisasjonene et supplement til det offentlige tjenestetilbudet. Frivillig sektor betyr mye for å opprettholde levende, aktive og trygge lokalsamfunn.

Frivillige aktører på lokalplan kan være idrettslag, andre lag og organisasjoner og menigheter. Større organisasjoner, som for eksempel Røde Kors, har deler av sin virksomhet øremerket for barn og unge.

Deltakelse i frivillig organisasjon kan i seg selv gi helsefordeler. Det er også vist at de frivillige organisasjonene har en sosialt integrerende evne, blant annet ved å være arenaer for et aktivt sosialt samkvem og ved å gi mulighet for tilhørighet og fellesskap.

Det gis statlige tilskudd til frivillige organisasjoner innen psykisk helsefeltet og til frivillige organisasjoner på rusmiddelområdet. Det finnes kriterier for hver tilskuddsordning, de legges ut på Sosial- og helsedirektoratets nettsider.

Flere frivillige organisasjoner har opprettet egne hjelpetelefoner dit barn og unge kan henvende seg, blant andre:

- Barn- og unges kontakttelefon er Røde Kors grønne nummer for de unge: 800 33 321
- Homofiles Ungdomstelefon: 810 00 277
- Voksne for barns bekymringstelefon: 810 03 940
- Mental Helses hjelpetelefon: 810 30 030



Ulike tilbud ved ulike behov

Kapittel 6

I dette kapitlet beskrives hva som bør være kommunens tilbud ved ulike behov for psykisk helsehjelp for barn, unge og deres familier.

Kommunen vil trenge et differensiert tilbud for å imøtekomme barn og unges behov. En særlig utfordring er knyttet til å vurdere om barnet eller den unge kan hjelpes gjennom et utrednings-, behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunal regi, eller om det er behov for utredning og eventuell behandling i spesialisthelsetjenesten. En slik vurdering krever fagkompetanse av lege eller psykolog.

6.1 Henvendelse ved bekymring

Barn, ungdom og foreldre må vite hvor de kan henvende seg når de er bekymret, og bekymringen de opplever må tas på alvor. Det må i hvert enkelt tilfelle vurderes om bekymringen kan håndteres av vedkommende som mottar den, om den bør drøftes med andre eller om den må videreformidles til annen instans.

Generelle bekymringstegn hos barn kan blant annet være:

- Barnet gir uttrykk for at det er noe det ikke tør, vil eller kan snakke om
- Barnet trekker seg tilbake, blir passivt og usynlig, lar seg ikke trøste
- Barnet har konsentrasjonsvansker, fall i evner eller prestasjoner, begrenset eller påfallende lek
- Barnet oppfattes som trist, gledeløst, passivt eller irritabelt
- Barnet blir utagerende og urolig
- Barnet viser symptomer på kroppslige plager, har søvnforstyrrelser eller redusert appetitt
- Barnet viser et uventet funksjonsfall

Det er kommunens ansvar å gi innbyggerne god og lett tilgjengelig informasjon. Informasjon om tjenestene og hva innbyggerne kan forvente av tjenestene kan framgå av serviceerklæringer og tjenestebeskrivelser som legges på nett og/eller deles ut på skoler/ barnehager/fritidsklubber/ helsestasjoner for barn og ungdom.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet maler der kommunene selv enkelt kan fylle inn opplysninger og gi informasjon om det psykiske helsearbeidet og det enkelte tjenestetilbud www.psykisk.no

Asker kommune har en informativ hjemmeside som gir god og tilgjengelig informasjon. www.asker.kommune.no

I tillegg til å informere om de kommunale tjenestene, bør kommunen informere om andre støttetilbud som for eksempel frivillige hjelpetjenester.

Organisasjonen Voksne for barn har en egen bekymringstelefon og e-posttjeneste bekymring@vfb.no

Klara Klok er et nettsted der ungdom kan stille spørsmål om blant annet helse, seksualitet, familie og rusmidler. Klara Kloks fagpanel består av helsesøster, lege, psykolog, jordmor sykepleier og sosionom med russpesialisering, prest, familievernkompetanse og fysioterapeut. www.klara-klok.no

Den nasjonale helseportalen til ungdom www.unghelse.no er knyttet tett opp til Klara Klok. Her kan unge finne oversikt over anonyme rådgivningstelefoner, lokale helse-tilbud og andre lokale hjelpetilbud til ungdom på vei mot eller i krise.

6.2 Barn og unge i risiko

Enkelte grupper av barn og unge defineres som «risikogrupper». Med det menes at psykiske vansker og lidelser kan oppstå hyppigere i disse gruppene enn hos andre barn og unge. Det er viktig å identifisere barn i disse gruppene for å kunne forebygge og hindre utvikling av langvarige vansker eller lidelser. Noen eksempler på risikogrupper er:

- Barn og unge av foreldre med psykiske vansker/lidelser eller rusproblemer
- Barn og unge i fattige familier
- Barn og unge i minoritetsgrupper, herunder seksuelle minoriteter
- Barn og unge med spesielle behov, herunder sykdom og funksjonshemninger
- Ungdom med atferdsproblemer eller involvert i vold og kriminalitet
- Ungdom med rusproblemer
- Barn og unge som har vært utsatt for seksuelle, fysiske eller psykiske overgrep, eller har opplevd vold og overgrep i nære relasjoner

Alle som arbeider med barn og unge har et ansvar for å identifisere barn i risiko og sørge for at de som trenger det får den nødvendige hjelp og oppfølging.

Kommunen bør ha en beredskapsplan som iverksettes ved akutte hendelser. Et tverrfaglig og tverretattlig kriseteam må ha kompetanse på psykisk helse og kunne mobiliseres raskt ved situasjoner som selvmord, ulykker og lignende.

6.3 Barn og unge som viser symptomer eller har psykiske vansker

Når barn og unge viser symptomer eller har psykiske vansker er det avgjørende at disse identifiseres så tidlig som mulig og at hjelp settes inn på riktig omsorgsnivå. Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom forsinket utvikling og forskjeller innen normalutvikling hos sped- og småbarn. Kommunehelsetjenesten har ansvar for å vurdere symptomene og avgjøre om utredning og behandling skal gjøres i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Tidlig identifikasjon og intervensjon har betydning for omfang av hjelpebehov og prognose. Det å komme tidlig til vil innebære behov for mindre omfattende ressursbruk over tid, og medføre at forløpet av lidelsen blir av kortere varighet. Dette gjelder både for psykiske og fysiske vansker og lidelser. Hvor mange som søker hjelp, eller som aktivt blir fanget opp av hjelpeapparatet, og på hvilket tidspunkt dette skjer, er avhengig av en rekke faktorer. Slike faktorer kan være tilgjengelig informasjon til befolkningen om psykisk helse, tilgjengelighet til hjelpeapparatet, kunnskap og kompetanse i tjenestene, myter, fordommer og holdninger.

TIPS-prosjektet (Tidlig intervensjon ved psykose) arbeider for å oppdage og behandle alvorlige psykiske lidelser så tidlig som mulig. Hovedmålet er å forkorte den tiden det tar fra pasienter med psykoser utvikler symptomer til behandlingen starter.
www.tips-info.com

Avgjørende faktorer for god intervensjon:

- Å lytte til barn, unge og foreldre
- Gode metoder og kartleggingsverktøy ved bekymring eller debuterende symptomer
- Tidlig utredning og diagnostikk
- Tilstrekkelig kompetanse på kartlegging og utredning
- Tiltak for å forebygge at psykiske vansker utvikler seg til alvorlig psykisk lidelse
- Individuell tilpasset behandling

Alle kommunale tjenester som retter sin virksomhet mot barn og unge bør kunne noe om tidlige tegn på psykiske vansker. For lærere og pedagogisk personale ved barnehager handler det om å ha tatt del i opplæringsprogram om psykisk helse. Helse- og sosialtjenesten må inneha kunnskap som gir kompetanse til å vurdere intervensjon etter bekymringens alvorlighetsgrad, og i forhold til tjenestestedets ansvar og rolle. Hvert tjenestesteds ansvar og rolle bør være tydeliggjort.

Den første vurderende instansen bør som minste standard:

- Kunne skille lettere fra alvorligere vansker
- Ha henvisningskompetanse
- Ha en avklart rolle i forhold til oppfølgingen av pasienter under og etter endt behandling på poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- Ha en aktiv og ansvarlig holdning til samarbeid med andre instanser underveis

I enkelte tilfeller har kommunen behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten for å kunne utrede og diagnostisere. Noen symptomer og vansker er sjeldne blant barn og unge. Symptomene kan da være vanskelig å identifisere og det kan være lite kompetanse på dette i kommunen. I slike tilfeller, eller når barnet viser symptomer på dyptgripende psykiske vansker eller lidelser, bør primærhelsetjenesten henvise til spesialisthelsetjenesten for videre utredning og behandling.

I Lørenskog kommune har de utarbeidet kriterier for når utredning og behandling kan gjøres av psykisk helsetjeneste i kommunen. www.lorenskog.kommune.no

6.4 Barn og unge som har utviklet en psykisk lidelse

Den koordinerte innsatsen til barn og unge som har utviklet psykiske lidelser vil innbefatte et behandlings- og rehabiliteringstilbud og må derfor være forankret i den kommunale helsetjenesten. Flere kommuner har utviklet lavterskeltilbud for barn og unge med lette eller moderate psykiske lidelser.

I denne sammenheng defineres lavterskeltilbud som en tjeneste der ett av målene er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper; barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at tiltak tilbys uten venting og lang saksbehandling.

Kompetansen er i stor grad avgjørende for om flere barn og unge får hjelp på laveste omsorgsnivå, og det vil også øke sjansene for at de som trenger det blir raskere henvist til spesialisttjenesten. Kompetansen bør være tverrfaglig og god nok til at saker kan løses uten for mange ledd og instanser. Samtidig må nødvendigheten av henvisning til spesialisthelsetjenesten kunne vurderes.

Det hender at barn og unge utvikler alvorlige psykiske lidelser. Eksempler kan være psykoser, alvorlige atferdsvansker eller alvorlige spiseforstyrrelser. De fleste av disse barna har behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten, i perioder kanskje også innleggelse. Like fullt har kommunen ansvar for å gi disse barna og deres familier god og tilrettelagt hjelp. En alvorlig psykisk lidelse får som regel betydning for barnets fungering på flere arenaer, og hjelpebehovet er ofte langvarig og sammensatt. Kompetansen i en kommune i forhold til de alvorligste psykiske lidelsene hos barn og unge kan være begrenset, da dette er relativt sjeldne tilstander. Derfor er det i disse tilfellene særlig viktig med tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Samarbeid er viktig både ved henvisning fra kommunen, og ved tilbakeføring av ansvar etter endt behandling.

Viktige oppgaver i et kommunalt lavterskeltilbud for psykisk helse er å:

- Gi tidlig og rask vurdering av type og omfang av videre hjelpebehov
- Gi hjelp til å henvise til riktig hjelpetiltak
- Gi råd og veiledning
- Gi behandling til dem som har behov for dette på kommunalt nivå
- Være premissleverandør i planlegging av kommunens prioritering av praktisk psykisk helsearbeid
- Sikre høy kvalitet i tverrfaglig samarbeid, både internt i kommunen og i samarbeid med spesialisttjenesten rundt barn og ungdom med alvorlige eller omfattende psykiske vansker

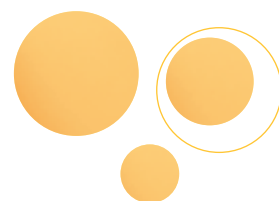
Mange kommuner har knyttet et spesifikt tilbud til barn og unge i krise, i risiko eller med psykiske vansker til helsestasjonen. Her bør personell med spesiell kompetanse på barn og unges psykiske helse inngå.

Sandnes kommune har opprettet en egen «ressurshelsestasjon» der helsesøstre, pedagoger, barnevernpedagoger og psykolog danner tverrfaglige team som gir tilbud til småbarnsfamilier med særskilte behov. www.sandnes.kommune

SINTEF Helse gjennomførte på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2006 en kartlegging av ulike lavterskeltilbud. Kartleggingen viser at drøyt 3 av 10 kommuner har et særskilt behandlings- og oppfølgingstilbud til barn og unge med psykiske lidelser og deres familier. Et lavterskeltilbud i kommunene kan være ungdomshelsestasjon, tverrfaglig barne- og /eller ungdomsteam og utekontakttjeneste. Kommunene framhever den «losfunksjonen» et lavterskeltilbud kan ha for barn, ungdom og deres familier. Rapporten «Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer» kan lastes ned på www.shdir.no

Psykisk helsetjeneste for barn og unge, PSBU (tidligere Gyssestad Gård) i Bærum kommune har et lavterskeltilbud ved lettere psykiske vansker rettet mot gravide, barn og ungdom og deres foreldre. www.baerum.kommune.no

«Ungdom og utviklingsfremmende samtaler» er et prosjekt på Sogn videregående skole og Lambertseter videregående skole i Oslo. Prosjektet er et samarbeid mellom helsetjenesten ved skolene og Nic Waals Institutt. I løpet av de to årene prosjektet har vart har det vært en betydelig økning i bruken av helsetjenesten på skolene og langt flere har søkt hjelp med bekymringer for sin psykiske helse. www.nwi.no





Koordinert hjelp til barn, unge og deres familier

Kapittel 7

Det er et sentralt mål at barn, unge og deres familier opplever tjenestetilbudet som helhetlig og sammenhengende. Koordinert hjelp innebærer at det ved behov foreligger et tverrfaglig samarbeid om tjenester, på tvers av tjenester, profesjoner og forvaltningsnivåer, både på individ- og tjenestenivå. Samarbeidet kan innbefatte tjenester utenom kommunens ansvarsområde, som det psykiske helsevern for barn og unge og det statlige barnevernet.

På individnivå innebærer koordinering å gi barn, unge og deres familier et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. Individuell plan og rutiner for brukermedvirkning, er på individnivå viktige verktøy for å sikre god samordning mellom brukere, pårørende og tjenesteapparatet

På tjeneste- og systemnivå må både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak koordineres. Eksempler på koordinering på systemnivå er ulike typer samordningsmodeller, vaktordninger, koordinatorene, tverrfaglige team og kontaktmøter. På individnivå vil ansvarsgrupper, primærkontakter og individuelle planer være sentrale samordningsinstrumenter.

7.1 Individuell plan (IP)

Barn og unge tilbringer mye av sin tid i barnehage, skole, SFO eller et kommunalt fritidstilbud. Psykiske vansker kan ofte oppdages på disse arenaene. For å ivareta intensjonen om en helhetlig og koordinert plan for den enkelte, er det avgjørende å trekke inn samarbeidspartnere fra tjenester utenom helse- og sosialtjenestene.

Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har en lovfestet rett til individuell plan i helse- og sosiallovgivningen, og tjenestene er pålagt en planplikt for å sikre nødvendig samhandling. Ansvar for å utarbeide individuelle planer er pålagt både kommuner og helseforetak.

Pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1, med nærmere regulering i forskrift av 23. desember 2004 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Intensjonen er at IP skal fungere som en sektorovergripende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivåer. I tillegg til å bidra til samordning og koordinering av tjenestene, er IP et verktøy for brukermedvirkning. IP er et særlig godt verktøy for å ivareta samarbeid og god planlegging ved sentrale overganger, som for eksempel fra barn og ungdom til voksen. IP danner også grunnlaget for samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på individnivå. Planarbeidet må koordineres. I praksis vil som regel hovedansvaret for koordineringen legges til kommunen ut fra nærhetsprinsippet.

Utarbeidelse av IP forutsetter samtykke fra tjenestemottager. IP er brukerens plan som brukeren selv skal delta i utformingen av, og kommunen skal legges til rette for dette.

Bestemmelsen gir pasienten en rett til å få planen utarbeidet og vedlikeholdt, men ikke en

rett til de ytelser planen beskriver. Planen er i seg selv kun et virkemiddel for å oppnå et helhetlig tilbud av nødvendige tjenester. Den individuelle planen gir altså ikke pasienten en større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av regelverket for de ulike tjenestene, for. eks. skal hjemmesykepleie vurderes etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Selv om ikke planen i seg selv utløser rettigheter vil den være en viktig premiss når vedtak om tjenester skal fattes, og dermed kan den bidra til å utløse nødvendige tjenester.

Rundskriv I-3/2004 «Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan», omtaler dette.

Sandnes kommune har utarbeidet et system for arbeidet med individuelle planer. Nært knyttet til dette er det etablert koordinerende gruppe på systemnivå, for barn/unge og for voksne, med egne retningslinjer. Ordningen om individuell plan og koordinerende grupper er nedfelt i retningslinjer vedtatt av rådmannen. www.sandnes.kommune.no

Fredrikstad kommune er et eksempel på en kommune som har god informasjon om individuell plan på sine hjemmesider. www.fredrikstad.kommune.no

SINTEF Helse har i samarbeid med Sosial – og helsedirektoratet og brukerrepresentanter utviklet et planleggingsverktøy for bruk av individuell plan for psykisk helse. Planverktøyet kan nedlastes gratis fra www.shdir.no

Veileder til forskrift om individuell plan (Sosial- og helsedirektoratet 2005) IS-1253

Veiledning om spesialundervisning i grunnskole og videregående opplæring. www.skolenettet.no

7.2 Ansvarsgrupper

En ansvarsgruppe består av brukeren selv eller en som representerer han/henne og alle tjenesteutøvere som yter eller er ansvarlig for tilbud og tjenester til brukeren. Ansvarsgruppen har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester/tilbud for det enkelte barn og den enkelte familie. Dersom det utarbeides eller foreligger en individuell plan, bør denne være et utgangspunkt for arbeidet i ansvarsgruppen. I samarbeid med bruker oppnevnes en av ansvarsgruppens deltakere som barnets koordinator i forhold til tjenesteapparatet. Gruppens sammensetning må være tilpasset brukerens tjenestebehov. Gruppen kan ha forholdsvis få medlemmer som deltar fast på alle møter, mens kan hentes inn ved behov. Det er ikke lovpålagt å etablere ansvarsgrupper for det enkelte barn eller den enkelte ungdom, men det anbefales som en god arbeidsform.

7.3 Samordningsmodeller

Kommunens størrelse, personellet's samlede kompetanse og andre rammebetingelser er viktige faktorer for å avgjøre hvordan det kan være fordelaktig å arbeide. Samarbeid mellom tjenester internt i kommunen ligger som basis for de fleste modellene. For små og mindre kommuner vil interkommunalt samarbeid vært en forutsetning for å kunne gi helhetlige og sammensatte tjenester.

SINTEF Helse gjennomførte i 2006 en kartlegging av samordningsmodeller for psykisk helsearbeid for barn og unge på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Kartleggingen viser at 7 av 10 kommuner har en modell for samordning av tjenester til barn og unge. Av disse har 1/3 av kommunene organisert det psykiske helsearbeidet som en egen organisatorisk enhet, mens ¼ har fordelt ansvaret på ulike tjenester. Mange kommuner oppgir at de har tverrfaglige team der helsesøster, sykepleier eller annet høyskoleutdannet personell med tilleggsutdanning innen psykisk helse samt psykolog er de vanligst representerte yrkesgruppene. www.sintef.no

Barne- og familietjenesten i Trondheim kommune er organisert med ett forvaltningskontor og en tiltaksenhet i hver bydel. www.trondheim.kommune.no

Psykisk helsetjeneste er organisert som egen tjeneste i flere kommuner. Slike tjenester kan være organisert i ulike samarbeidsmodeller, som et tilbud uten aldersgrense, eller som egne tjenester til barn og unge. Tjenestene bør være tverrfaglige og er som oftest tverretattlig sammensatt.

I Farsund er Psykisk helsetjeneste opprettet som en egen resultatenhet. Tjenesten tilbyr oppfølging og behandling til alle aldersgrupper. Det er et tett samarbeid med BUP og psykisk helsevern for voksne(DPS). Veiledning fra spesialisthelsetjenesten er en viktig del av samarbeidet. Det er laget prosedyrer på mottak og oppfølging av barn og unge, barn av psykisk syke og foreldre med rusproblemer. www.farsund.kommune.no

7.4 Familiesenter

Et familiesenter er en lokalt forankret og samordnet virksomhet rettet mot barn, unge og deres familie. Virksomheten omfatter ofte den lokale helsestasjonstjenesten, inkludert svangerskapsomsorg, åpen barnehage, forebyggende pedagogisk-psykologisk tjeneste og gjerne det kommunale barnevernet. Dersom det er ansatt en kommunepsykolog i kommunen, anbefales det at denne er tilknyttet familiesenteret. Tilstedeværelse av lege i helsestasjon er viktig for å sikre senteret tilstrekkelig utredningskompetanse. En forutsetning for et velfungerende familiesenter er at barneverntjeneste og PPT deltar, med sosialtjeneste, undervisnings- og kulturretat som nære samarbeidspartnere.

Formålet med et familiesenter er at familiene på et og samme sted skal få et helhetlig og

samordnet tjenestetilbud. Familiesentret skal være forebyggende og helsefremmende gjennom kunnskapsformidling, nettverksbygging og mobilisering av ressurser innen lokalsamfunn og familie. Foreldre- og familiestøttende rådgiving og veiledning er en viktig del av arbeidet. Barn, unge og foreldre skal i tillegg ha lett tilgang til tjenester i og utenfor familiesenteret.

Familiesentermodellen har vært utprøvd og evaluert som prosjekt i 6 kommuner, og er per 2006 etablert i mer enn 50 kommuner. Konklusjonen fra evalueringen av familiesenterprosjektet viser at dette er en modell som har gitt et mer tilgjengelig tilbud til barn og unge i risiko. Brukere rapporterer om at det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet bidrar til at de nå får raskere og mer helhetlig hjelp. I tillegg viser rapport fra SINTEF Helse at samlokalisering gjennom familiesentermodellen har bidratt til bedre forankring av samarbeidsrutiner og skapt større fleksibilitet i tjenesteapparatet.

Rapport 03/05 Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge, www.sintef.no

Evaluering av forsøk med familiesentre i Norge. www.uit.no/rbup

7.5 Innholdet i samarbeidet mellom forvaltningsnivåene

Når barn og unges symptomer tilsier det, kan det søkes bistand til utredning og behandling fra spesialisthelsetjenesten. Personell i alle kommunale tjenester har et ansvar for å fange opp signaler på at barn og unge ikke har det bra. Barn og unge med psykiske lidelser har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i henhold til pasientrettighetsloven kapittel 2 med tilhørende forskrift.

I tillegg til poliklinisk oppfølging ved BUP, kan enkelte i perioder ha behov for akutte tjenester eller innleggelse ved en døgnavdeling i psykisk helsevern for barn og unge. Det er viktig at forvaltningsnivåene samarbeider og koordinerer sitt arbeid, og samarbeidet bør baseres på felles kunnskap og forståelse om barn og unges psykiske helse og hvilke faktorer som påvirker denne. Plikten til å gi opplysninger, råd og veiledning hviler på den enkelte utøver som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, slår fast at helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Kommunene er gjennom de årlige rundskriv om helse- og sosialtjenestene pålagt å legge til rette for at veiledningsplikten fra spesialisthelsetjenesten kan oppfylles, blant annet

gjennom at utøverne får avsatt tid og at det er lagt til rette for samarbeidsarenaer med det psykiske helsevern for barn og unge.

Barneverntjenesten har ansvar for å gi råd og veiledning i saker som omhandler bekymring om barns levekår. Fagteamene i regionens statlige barnevern (Bufetat) skal bistå kommunene med råd og veiledning, etter anmodning fra kommunene.

Ventetiden før et behandlingstilbud kan oppleves lang. Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør i samarbeid legge hensiktsmessige planer for hvordan kommunen kan følge opp mens barnet venter på utredning og/eller behandling.

Selv om et barn eller en ungdom mottar behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, har kommunen fremdeles ansvar for tilrettelegging, tilbud og oppfølging under og etter behandling.

7.6 Samarbeidsavtaler

I St.prp. nr.1 (2004–2005) forutsettes det at alle kommuner og respektive helseforetak innen utløpet av 2005 hadde etablert et fast strukturert samarbeid om psykiske tjenester både til barn, unge og voksne. For kommunen vil den viktigste samarbeidsaktøren på spesialisthelsenivå være BUP. Andre aktuelle samarbeidspartnere er barnehabiliteringen, pediatrien, psykiatriske ungdomsteam, psykisk helsevern for voksne og brukerorganisasjonene.

Formålet med samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er å tydeliggjøre kommunens og spesialisttjenestens fordeling av ansvar, oppgaver og roller for å kunne gi en sammenhengende tjeneste med god pasientflyt. Dette handler om helsetjenestens evne til å gi riktig behandling på riktig nivå, til riktig tidspunkt, uten unødige omveier. Pasientflyt stiller særlige krav til god ledelse og evne/vilje til samhandling på tvers av nivåer og tjenester.

En samarbeidsavtale er et godt utgangspunkt og styringsredskap i kommunens overordnede psykiske helsearbeid.

Forpliktende samarbeidsavtaler bør omfatte:

- Rutiner for henvisning, oppfølging i ventetid og utskriving eller endt utredning
- Faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere
- Rutiner for utarbeidelse og oppfølging av individuell plan
- Rutiner for samarbeid om tjenesteutvikling og kompetanse mv
- Rutiner for samarbeid om planlegging og evaluering av tjenester
- Veiledningstjenester som omfatter faste veiledningsdager og veiledning ved behov
- Rutiner for revidering av samarbeidsavtalen

For ungdom som nærmer seg 18 år er det avgjørende å legge til rette for at de som har behov for videre spesialisert behandling får en god overføring til psykisk helsevern for

voksne. Samhandling mellom etater og nivåer må ikke hindres av aldersgrenser. Det er behov for å samkjøre behandlingsopplegg og planlegge overganger på en god måte. Det bør være etablert faste møter mellom Distriktpsikiatriske sentre (DPS), BUP og kommunen for overføring av enkeltpasienter samt regelmessige evalueringer av samarbeidspraksis.

Psykisk helsevern for voksne og rusbehandlingssektoren har et viktig ansvar i forhold til å fange opp barn av psykisk syke/rusavhengige foreldre.

7.7 Avtaler om samarbeid mellom barnevernet og helseforetak

Det er inngått rammeavtaler om et styrket samarbeid mellom regionene i barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og helseregionene. Avtalen skal sikre at barn får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene. Avtalene er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet.

7.8 Ambulante tiltak

Ambulante tjenester er et ledd i et desentralisert tjenesteapparat. Tjenesten innebærer at fagpersoner oppsøker brukerne i deres eget miljø. Ambulante team må ha tverrfaglig kompetanse og bør være sammensatt av utøvere fra kommunene og det psykiske helsevern. I større kommuner etableres slike team i kommunal regi med råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Ved å møte den unge sammen med familie og lokale hjelpere på hjemstedet er det i mange tilfeller mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne fram til gode løsninger.

Ambulant behandling er relevant innen tidlig intervensjon ved alvorlige psykiske lidelser, systematisk langtidsbehandling, rehabilitering av personer med alvorlige psykiske lidelser og som tilbud til personer i akutte krisesituasjoner. Det viser seg også at ambulant behandling er hensiktsmessig i forhold til rusmiddelavhengighet. Forskning indikerer at ulike former for ambulant, hjemmebasert akuttbehandling reduserer behovet for døgnbehandling og at risiko for tilbakefall fra fall fra behandlingen også reduseres.

I Vest-Agder er det etablert et ambulant akutt-team for ungdom, som er tverrfaglig sammensatt. Teamet arbeider innen hele fylket, og er forankret i Ungdomsklinikken

som er en døgnetenhet. Den behandlingsansvarlige er den samme ved innleggelse som ved oppfølging ute. Arbeidsområdene for temaet er delt i:

- Akutt- og øyeblikkelig hjelpvirksomhet
- Ekstra støtte i saker hvor ungdom/familie allerede har annen oppfølging ved for eksempel poliklinikk
- Ettervern

I Gjesdal kommune har barne- og ungdomspsykiater faste dager på helsestasjonen. Psykiateren bistår i utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker og lidelser sammen med kommunens psykiske helseteam. www.gjesdal.kommune.no

7.9 Taushetsplikt og opplysningsrett/plikt

Utøvere i kommunen vil være omfattet av taushetsplikt, men etter dels ulike lovbestemmelser. Taushetsplikten skal hindre at opplysninger om noens personlige forhold blir kjent for uvedkommende, og innebærer dermed et forbud mot å videreformidle slike opplysninger til andre instanser og tjenester. Hensynet til vedkommendes personvern og integritet er sentralt, samt tillit til den aktuelle tjeneste.

Det er to hovedsett av regler om taushetsplikt; den forvaltningsmessige taushetsplikt og den profesjonsbestemte taushetsplikt. Den forvaltningsmessige taushetsplikten er generell og gjelder i utgangspunktet for alle som arbeider i offentlig forvaltning og følger av forvaltningsloven. I tillegg finnes det særlige bestemmelser om taushetsplikt i lover som regulerer virksomheten innen de forskjellige områdene og knytter seg til arbeidssted/oppgaver (bl.a. kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og barnevernsloven). Den profesjonsbaserte taushetsplikten er en spesiell taushetsplikt for visse yrkesutøvere og følger av bestemmelser i særlover. Særlig aktuell er helsepersonelloven som regulerer helsepersonells taushetsplikt.

For å sikre et helhetlig og koordinert tilbud vil det ofte være behov for et samarbeid mellom ulike tjenester, herunder behov for å utveksle opplysninger. For å kunne utveksle opplysninger som er omfattet av taushetsplikten må det foreligge et grunnlag – unntak fra taushetsplikten – som gir adgang til å videreformidle ellers taushetsbelagte opplysninger.

Mest praktisk vil det være at det være at det gis samtykke til at opplysninger gis. Ifølge helselovgivningen har foreldrene eller andre med foreldreansvaret rett til å samtykke til å gi informasjon for barn under 16 år. Etter direktoratets vurdering er det i forhold til samtykke viktig å

- Gi god informasjon til barn, ungdom og foreldre om behov for å dele informasjon mellom berørte instanser/tjenester, herunder forklare hvorfor det er viktig og hva det innebærer
- Klargjøre hva det gis samtykke til, hvilke opplysninger det handler om og hvem opplysningene skal deles med
- Understreke at et samtykke ikke fungerer som en blankofullmakt for hjelpeapparatet til å dele alle slags opplysninger med alle og enhver

Det kan være hensiktsmessig at det innhentes et skriftlig samtykke. Dette kan gjøre det lettere og mer oversiktlig for både tjenestene og den som skal samtykke.

Videre vil det i enkelte situasjoner kunne foreligge et lovgrunnlag som enten gir tjenestene en rett eller en plikt til å gi opplysninger. Det må i slike tilfeller foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet i forhold til aktuelt regelverk.

Sentral i denne sammenheng er opplysningsplikten til barnevernet. Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid. For at barnevernet skal kunne ivareta denne oppgaven overfor barn og unge i alvorlige omsorgs- og livssituasjoner, er barnevernet avhengig av at andre som kjenner barnets situasjon melder fra til den kommunale barnevernstjenesten.

Opplysningsplikten gjelder for alle offentlige myndigheter, samt for en rekke yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt, som for eksempel leger, psykologer og sykepleiere (helsepersonelloven). Opplysningsplikten gjelder når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller utsatt for andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten til barnevernet reguleres i barnevernloven § 6-4, jfr. tilsvarende bestemmelser i andre lover, for eksempel helsepersonelloven § 33, sosialtjenesteloven § 8-8a, opplæringsloven § 15-3 og barnehageloven § 22.

For en nærmere omtale av unntak fra helsepersonells taushetsplikt og bestemmelser som gir en rett og plikt for helsepersonell til å utlevere opplysninger til barneverntjenesten, sosialtjenesten og politiet, vises det til direktoratets rundskriv IS-17/2006.

Aktuelle lovbestemmelser i forhold til taushetsplikt og opplysningsrett/plikt er:

- Helsepersonelloven kap 5 og 6
- Kommunehelsetjenesteloven §§ 6-6, 6-6a
- Sosialtjenesteloven §§ 8-8, 8-8a
- Barnevernloven §§ 6-7, 6-4
- Barnehageloven §§ 20, 21 og 22
- Opplæringsloven §§ 15-1, 15-3, 15-4
- Forvaltningsloven §§ 13-13f



Faglig innhold – kompetanse og kvalitet

Kapittel 8

Enhver kommune må sikre at barn og ungdom gis et tjenestetilbud av god kvalitet og med nødvendig kompetanse.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenester «Og bedre skal det bli» nevner sentrale elementer for god kvalitet:

- Faglig gode tjenester
- Levert på en menneskelig sett god måte
- I et system som fremmer helhet

Strategien tar utgangspunkt i brukeren som en viktig premissleverandør for god kvalitet, både i utforming av tjenestene og i det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver.

8.1 Trygge og virkningsfulle tjenester

Analyse av tilgjengelig kommunal statistikk og data vil være et grunnlag for planlegging, handling og evaluering. Her kan kommunen benytte fastsatte indikatorer som mål for tjenestetilbudet, statistikk fra barneverntjenesten, psykisk helsevern for barn og unge samt fastlegen, og helse- og sosialtjenestens kunnskap om helse og sosiale forhold.

Kunnskapsbasert viten skal benyttes ved valg av tiltak og metoder. Praksis må evalueres jevnlig. Dette kan blant annet gjøres gjennom brukerundersøkelser og vurdering av mål-opnåelse i forhold til sentrale mål og prioriteringer og egne planer.

Brukerundersøkelser må kvalitetssikres for å sikre at resultatene gir svar på det en er ute etter. Det er også viktig å vurdere hvem som spør. Brukerorganisasjonene kan vise til positive erfaringer med prosjektet «Bruker spør bruker».
www.psykiskhelsearbeid-nettbok.no

8.2 Tilgjengelighet og samarbeid

Tjenestene må være innrettet etter brukernes ulike behov. Dette innebærer blant annet fysisk tilgjengelighet og kultursensitiv tilrettelegging. God tilgjengelighet kjennetegnes ved²⁷:

- God informasjon til både barn og voksne
- Tilstedeværelse på barn og unges arenaer
- Innbydende og ikke-stigmatiserende lokaler
- God oversikt over hva slags hjelp man kan få og fortelle når hjelpen kan gis
- God akutt-tjeneste
- Kort ventetid til utredning og tiltak

27. Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge, RBUP-nord 2006

- Kort vei til 2. linjens kompetanse
- Fellesmøter med familier som flere instanser arbeider med, f.eks danne «arbeidslag» sammen med familien der brukermedvirkningen er reell.

Åpningstider, riktig kompetanse og at tilbudet baseres på befolkningens behov er andre faktorer av betydning.

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som innebærer at flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål. Slikt samarbeid vil blant annet gi økte muligheter for å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, økt fokus på helhetsperspektivet, øke den helhetlige kompetansen i tjenestetilbudet og bidra til bedre ressursutnyttelse.

Tverrfaglig samarbeid krever samarbeidskompetanse. Samarbeidskompetanse innebærer brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne²⁸. Tverrfaglig samarbeid forutsetter også en ledelse som sørger for at en samarbeidskultur utvikles og at tjenestene arbeider mot felles mål med bakgrunn i et felles verdigrunnlag. Faste møteplasser og etablerte fora for samarbeid er viktig. Faste samarbeidsmøter og tverrfaglige team er eksempler på slike fora.

Det er avgjørende at tjenestene har god kjennskap til hverandres oppgaver og ansvarsområder. Parallelt med at det tverrfaglige samarbeidet styrkes, må både fagspesifikk og generell kompetanse respekteres og videreutvikles. Tverrfaglig samarbeid står ikke i motsetning til at de enkelte tjenestene bevarer sin særegenhet og ivaretar sine ansvarsområde.

8.3 Kompetanse

Tjenestetilbudet må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om psykisk helsearbeid. Med kompetanse menes her teoretisk-, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap samt holdnings- og handlingskompetanse. I psykisk helsearbeid vil dette blant annet innebære:

- Gode og oppdaterte fagkunnskaper på eget fagområde
- Relasjonskompetanse
- Samarbeidskompetanse og kjennskap til hverandres arbeidsområde
- Kompetanse om brukermedvirkning
- Forvaltningskompetanse, som innebærer kjennskap til å kunne praktisere lover og regler i offentlig forvaltning

De ulike tjenestene bør ha god kunnskap om egne og andres ansvarsområder etter lov og forskrift og oppgaver definert i veiledere, utredninger og kommunens planer. På bakgrunn av kommunenes ansvarsområder og oppgaver er det nyttig å foreta en strategisk analyse av kompetanse og kompetansebehov innen psykisk helsearbeid.

Arbeidsgiver har ansvar for å legge til rette for videreutvikling av eksisterende kompetanse og at ny kunnskap sikres. Styrking av kompetanse kan skje gjennom grunn- og etterutdanning og øking av tverrfagligheten i det kommunale tjenesteapparatet. Et tiltak er å opprette

28. Glavin og Erdal, *Tverrfaglig samarbeid i praksis*, 2000

flere psykologstillinger i kommunene. De vil både kunne jobbe direkte med barnet og familien, men også bistå med konsultasjon og veiledning til annet helsepersonell.

Kompetanseoppbygging må vurderes ut fra det behovet som barn og ungdom har i kommunen. Et viktig styringsredskap i det psykiske helsearbeidet er å få oversikt over den eksisterende kommunale kompetansen.

Det finnes erfarings- og forskningsbasert kunnskap om hva som er god praksis med tanke på tilnærmingssmåte og behandling for de ulike vanskene og lidelsene. Ulike kompetansesentre, Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer og veiledere kan være nyttige kilder til kunnskap.

De fire regionssentrene for barn og unges psykiske helse (R BUP) har et spesielt ansvar for kompetanseheving, undervisning og forskning om barn og unges psykiske helse.

Et sentralt virkemiddel for å styrke psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene er etablering av en tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid. Utdanningen er et toårig deltidsstudium, og skal gi kompetanse i å fremme og styrke mestring, trivsel og psykososiale beskyttelsesfaktorer samt kartlegge og dempe innflytelsen av psykososiale belastninger i hjem, barnehage, skole og nærmiljø. Flere høyskoler vil gi tilbud om videreutdanningen fra høsten 2007. For ansatte i kommuner og bydeler kan arbeidsgiver søke om lønnstilskudd gjennom en tilskuddsordning. www.shdir.no

Borgestadklinikken har, i samarbeid med høyskolen i Telemark, tilbud til jordmødre og helsesøstre om videreutdanning i arbeid med gravide og barnefamilier med rusmiddelmissbruk. www.borgestadklinikken.no

Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R.BUP) Øst og Sør tilbyr en 2-årig tverrfaglig etterutdanning i sped- og småbarns psykiske helse. www.r-bup.no

Ved R.BUP Nord og R.BUP Midt-Norge er det startet opp et erfaringsbasert mastergradsstudium i barn og unges psykiske helse. Studiet retter seg mot ansatte i spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og institusjoner. <http://web.fm.uit.no/rbup/>

R.BUP helseregion Vest: www.rbup.uib.no

R.BUP helseregion Midt-Norge: www.ntnu.no

Sosialtjenesteloven § 2-3: Kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like.

Helsepersonelloven § 4: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

8.4 Små kommuners utfordringer

Å arbeide med psykisk helse i små kommuner innebærer noen særlige utfordringer og muligheter. Småkommuner kan være sårbare når det gjelder kompetanse og stabilitet i tjenestene. Det kan oppstå habilitetsproblemer når utøveren opptrer i flere roller i lokalsamfunnet. Samtidig gir nærheten i de små kommunene muligheter for fleksible og tilpassede løsninger, og god oversikt og tilgang i forhold til ressurser i lokalsamfunnet.

En av de største utfordringene i små kommuner er at det er få utøvere som skal kunne mye på mange fagområder. De møter få brukere, og kan ikke på samme måte som i større kommuner bygge opp spesialisert og erfaringsbasert kunnskap på alle de fagområdene de skal arbeide med.

Småkommuneprosjektet i Nordland har fremskaffet kunnskap om den profesjonelle rollen i småkommuner, hva det er som særpreger bl.a. det sosiale arbeidet, og nødvendigheten av interkommunale samarbeidsløsninger. Det er pekt på at interkommunalt samarbeid handler om mye mer enn tradisjonelle organisatoriske samarbeidsløsninger. Kommunene kan i dag kun inngå interkommunalt samarbeid om å løse administrative oppgaver og felles utøvelse av tjenestene. Prosjektet har tydeliggjort hvordan kompetanseutvikling mellom forskning, undervisning og praksis kan foregå.
www.fylkesmannen.no/smakommuner

8.5 Storbykommuners utfordringer

Storbyene preges av stor tilflytting og befolkningsøkning. Av alle landets fylker var det Oslo som hadde størst befolkningsvekst i 1. halvår 2006. Befolkningsøkningen i storbyene skyldes først og fremst tilflytting fra andre deler av landet, men også av stor innvandring fra alle deler av verden. En stor andel av disse er fra ikke vestlige land og kommer som flyktninger, asylsøkere eller i forbindelse med familiegjenforening. Et særtrekk i storbyene er at det i tillegg til stor tilflytting også er stor grad av flytting innenfor bygrensen. Dette flyttemønsteret som er typisk for storbyene kan for noen føre til manglende tilhørighet og svake sosiale nettverk.

Et annet kjennetegn er store forskjeller i levekårene internt i byen. I noen av bydelene i Oslo kan en finne større problemer knyttet til dårlige boforhold, fysisk miljø, arbeidsledighet, helse, skoleforhold og manglende norskkunnskaper enn noen andre steder i landet. Det er kjent at alle de forannevnte faktorene også i stor grad har sammenheng med rusproblemer og psykisk helse. I en rapport fra SAMDATA - nr 7/01 påpekes det blant annet at samfunnsmessige belastningsfaktorer er mer framtrepende henvisningsårsaker til psykisk helsevern for barn og unge i Oslo enn i øvrige kommuner, samt at barn bosatt i Oslo er utsatt for andre risikofaktorer i sitt oppvekstmiljø enn barn bosatt i småkommuner.

Storbyene har et generelt godt utviklet tjenestetilbud og bred kompetanse innenfor fagfeltet. Utfordringene ligger i at brukerne ofte opplever tjenestene som fragmenterte og at

tjenestetilbudet varierer fra bydel til bydel. For å møte utfordringene og kunne arbeide både med forebygging og behandling er det avgjørende med strukturert og forpliktende samarbeid mellom aktørene.

De fleste storbyene har som ledd i sin handlingsplan for psykisk helsearbeid inngått avtaler om retningslinjer for samarbeid om psykisk helsearbeid mellom kommunen og helseforetaket samt lokale samarbeidsavtaler mellom bydelene og DPS/ BUP.

Begrepsavklaringer, regelverk og henvisninger

Begrepsavklaringer

Psykisk helse referer til utvikling av og evne til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav i forhold til ulike livsaspekter. Det handler om emosjonell utvikling, evnen til velfungerende sosiale relasjoner, evne til fleksibilitet med mer. Fravær av psykiske vansker eller lidelse er ikke ensbetydende med god psykisk helse.

Psykiske vansker refererer til symptombelastning som for eksempel grad av angst, depresjon, søvnvansker osv. Vanskene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Symptombelastningen behøver ikke å være så stor at det kan stilles diagnose. Psykiske vansker kan være normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon.

Psykiske lidelser referer til psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose.

Psykisk helsearbeid betegner arbeidet i kommunen rettet mot psykiske vansker og lidelser i befolkningen, herunder også rusproblematikk. Arbeidet omfatter både helsefremmende arbeid, forebygging, utredning, behandling og rehabilitering. Psykisk helsearbeid inkluderer tiltak både på individ, gruppe og samfunnsnivå, og utgjør et viktig ledd i kommunens folkehelsearbeid.

Psykisk helsevern er psykisk helsetjeneste på spesialisttjenestenivå.

Resiliens betyr evnen til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært «strukket eller bøyd». I denne sammenhengen innebærer det å klare seg tross belastninger og å rette seg opp etter en påkjenning.

Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på saksbehandlingen og utformingen av tjenester og det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver. Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være etterspørbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvers plikter er ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratas sitt faglige ansvar.

Folkehelsearbeidet er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i befolkningen. Det innebærer både å svekke faktorer som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse.

Helsefremmende arbeid er en verdibasert sosial og faglig prosess rettet mot individuelle, sosiale, miljømessige og økonomiske forhold. Målet er å styrke folks ressursene for god helse og bygge beskyttelse.

Forebyggende arbeid er arbeidet for å redusere sykdom, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer²⁹.

29. St.meld.nr. 37 (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.*

Lavterskeltilbud defineres som en tjeneste som er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at hjelp tilbys uten lang saksbehandling.

Koordinert hjelp defineres her som et formalisert, forpliktende og tverrfaglig samarbeid om tjenester, på tvers av virksomheter, profesjoner og forvaltningsnivåer. Samarbeidet kan innbefatte tjenester utenom kommunens ansvarsområde, som det psykiske helsevern for barn og unge, men ikke i forhold til alle barn, unge og deres familier.

Et familiesenter er en lokalt forankret og samordnet virksomhet rettet mot barn, unge og deres foreldre. Virksomheten kan omfatte den lokale helsestasjonstjenesten, inkludert svangerskapsomsorg, åpen barnehage, familierådgivning, forebyggende pedagogisk-psykologisk tjeneste og gjerne det kommunale barnevernet. Andre kommunale tjenester for barn og unge kan være viktige samarbeidsparter for senteret.

Individuell plan er en lovhemlet rettighet for brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester og for brukere i det psykiske helsevernet. Individuell plan skal fungere som en sektorovergripende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivåer. I tillegg til å bidra til samordning og koordinering av tjenestene, er individuell plan et verktøy for brukermedvirkning

En ansvarsgruppe består av brukeren selv eller en som representerer han/henne og alle tjenesteutøvere/fagpersoner som yter eller er ansvarlig for tilbud og tjenester til brukeren. Brukermedvirkning er sentralt. Ansvarsgruppen har som oppgave å planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike tjenester/tilbud for det enkelte barn og den enkelte familie.

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som innebærer at flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål.

Regelverk

- Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19.november 1982 nr. 66 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om sosial tjenester mv (sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr. 81 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17. juli 1992 nr.100 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr.7 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) av 17. juli 1998 nr. 61 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om barnehager (barnehageloven) av 17. juni 2005 nr.64 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. februar 1967 med relevante forskrifter.
- Plan- og bygningslov (plan- og bygningsloven) av 14. juni 1985 nr. 77 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 25. sept. 1992 nr. 107 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om familievernkontorer (familievernkontorloven) av 19.juni 1997 nr. 62.

- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2.juli1999 nr. 64 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) av 18. mai 2001 nr. 24 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62 med relevante forskrifter og rundskriv.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (tilsynsloven) av 30. mars 1984 nr. 15 (§ 3 om plikten til å opprette internkontroll).
- FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989.

Det vises også til Rikspolitiske retningslinjer for barn og planlegging, fastsatt av Miljøvern-departementet 20.09.1995 som en del av norsk tilrettelegging for å oppfylle forpliktelser i FNs konvensjon om barnets rettigheter, ratifisert av Stortinget 08.09.1991.

Stortingsmeldinger

- St. meld. nr. 25 (1996–1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Sosial og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 21 (1998–1999). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 50 (1998–1999). Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Noreg. Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Helsedepartementet.
- St. meld. nr. 45 (2002–2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St. meld. nr. 40 (2001–2002). Om barne- og ungdomsvernet. Barne- og likestillingsdepartementet.
- St. meld. nr. 37 (1992–1993). Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsproposisjoner

- St. prp. nr. 63 (1997–1998). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2003–2004). Statsbudsjettet for budsjetterminen 2004. Helsedepartementet.
- St. prp. nr. 1 (2004–2005). Statsbudsjettet for 2005. Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv

- Justis- og politidepartement, Kommunal- og regionaldepartement, Sosialdepartementet (2002). Boligsosialt arbeid – bistand til å mestre boforhold. Rundskriv U-10/2002.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerkede tilskudd til kommunene 1999. Rundskriv I-4/99.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Handlingsplaner og kommunal planlegging, Rundskriv I-30/99.
- Sosialdepartementet (2002). Ikraftsetting av endringer i sosialtjenesteloven om internkontroll og utvidelse av Fylkesmannens tilsyn med tjenester etter kapittel 4 og 6A mv.

Statens helsetilsyns ansvar for overordnet faglig tilsyn med sosialtjenesten. U-14/2002.

- Sosial- og helsedirektoratet (2002). Statsbudsjettet 2003 – Opptappingsplanen for psykisk helse. Kap. 743 Post 62 Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner. Foreløpig orientering. Nye føringer. Rundskriv IS-12/2002.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2003. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Rundskriv IS-1/2003. Kapittel 5 omhandler Opptappingsplanen.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Rundskriv IS - 1/2004. Kapittel 6 omhandler Opptappingsplanen.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. IS-1183. 12/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Lov om pasientrettigheter, Rundskriv IS-12/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2005. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Rundskriv IS-1/2005. Kapittel 8 omhandler Opptappingsplanen.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger IS-22/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre IS-5/2006.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid IS-15/2006.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger – faglige råd og en påminning om gjeldende lov – og regelverk – med særlig vekt på psykisk helse. IS- 22/2004.

Veiledere

- Sosial- og helsedirektoratet (2001). Veileder for individuell plan 2001. IS-1013.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Veileder i saksbehandling og dokumentasjon for pleie og omsorgstjenesten. IS-1041.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven IS-1201/2004.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Veileder Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen IS-1388.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Individuell plan 2005, veileder til forskrift om individuell plan, IS-1253.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Veileder for diagnostisering og behandling av AD/HD IS-1244.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan IS-1362.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1154.
- Sosial- og helsedirektoratet (1998). Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. IS-2619.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Veileder i miljørettet helsevern IS-1104.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Internkontroll i sosial- og helsetjenesten IS-1183.

- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Gylne øyeblikk – erfaringer med samordningsforsøk IS-1347.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Gravide rusmiddelbrukere og misbrukere med små barn IS-0158.
- Sosial- og helsedirektoratet (1998). Å forstå og forklare selvmordsatferd. Av Wenche Haukø og Mette Ystgaard IS-2613.
- Sosial- og helsedirektoratet (2002). Seksuelle overgrep mot barn: En veileder for hjelpeapparatet IS-1060.
- Sosial- og helsedirektoratet (2000). Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk IS-2727.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Planlegging og evaluering av forebyggende arbeid IS-1145.
- Kunnskapsdepartementet (2006). Veileder til opplæringsloven kapittel 9a – elevenes skolemiljø.

Retningslinjer

- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179.
- Sosial- og helsedirektoratet (1998). Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-2618.
- Sosial- og helsedirektoratet (1998). Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år IS-2621.

Flere retningslinjer finnes på www.shdir.no

NOU

- NOU 2004:18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2005:3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.

Andre publikasjoner

- Helsedepartementet (2003). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse sammen om psykisk helse I-1088.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Status for psykisk helse IS-1127 Sosial- og helsedirektoratets vurdering.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008, IS-24/2004.
- Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006, Rapport IS-1128.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Nasjonal plan for selvhjelp IS-1212.
- Sosial- og helsedirektoratet: Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser IS-1202. Tipshefte IS-1197.
- Statens helsetilsyn (2000). Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Rapport 2-2000.
- Statens helsetilsyn (2002). Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 9-2002.

- Statens helsetilsyn (2003). Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport 10-2003.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Skolens utearealer. Om behovet for arealnormer og virkemidler 11/2003 IS-1130.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser IS-1349.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Rapport Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse IS-1315.
- Barne- og familiedepartementet (2003). Meir innflytelse til barn og ungdom – eksempler fra arbeidet i kommuner og fylker Q-0302.
- Voksne for barn (2002). Planlegging for og med barn og unge – fra et brukerperspektiv.
- Sosial- og helsedirektoratet: Ny strategi for elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren IS-0036.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). De harde fakta om sosiale ulikheter i helse IS-1286.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Sosiale ulikheter i helse i Norge IS-1304.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). Du er kommet til rett sted... IS-1358.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). Gradientutfordringer – handlingsplan mot sosiale ulikheter. IS-1229.
- WHO-rapporten «De harde fakta».
- Sosial- og helsedirektoratet 2004. og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.
- NOVA (1999). Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn.
- Psykisk helse for barn i asylmottak – rapport fra en interdepartemental arbeidsgruppe. Kommunal- og regionaldepartementet (2005).

Litteratur

- Alonso J et al.(2004). *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):21-7.
- Borgen T.Garløv I, red (2000). *En annen smerte: psykiske vansker hos barn og ungdom*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Ferrer-Wreder L, red. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga: en forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia.
- Glavin K.Erdal B, editor(2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hjern, A, Vinnerljung, B, og Lindblad, F (2004). *Avoidable mortality among children welfare recipients and intercountry adoptees: a national cohort study*. Journal of Epidemiology and Community Health, 58.
- Lauritzen, G., H.Waal, A.Amundsen, O.Arner (1997). *A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment. Methods and Findings*. Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift, 14, 43–63.
- Melberg, H.O., G.Lauritzen, E.Ravndal (2003). *Hvilken nytte for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. SIRUS rapport nr. 4/2003.
- Meltzer et. al. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England. Summary report*. Norwich, UK: National statistics/ Her Majesty` Stationary Office (HMSO).
- Nordahl T, red (2006). *Forebyggende innsatser i skolen: rapport fra forskergrupper oppnevnt av Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet om problematferd, rus-*

forebyggende arbeid, læreren som leder og implementeringsstrategier. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Nærde og Neumer (2003). *Psykiske lidelser blant barn 0–12 år*. Rapport 2003:10, Folkehelseinstituttet.
- Rimehaug, Tormod m. fl. (2006). *De usynlige barna*. Tidsskrift for Den norske lægeforening. Årg. 126, nr. 11.
- Rutter, Michael, Rutter, Marjorie (1993). *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. New York. BasicBooks
- Schancke VA (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis: en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. nr 1/2005 ed. [Narvik]: Nordnorsk kompetansesenter – Rus, ved Nordlandsklinikken.
- Skutle A, Iversen E, Bolstad A, red. (2004). *Ungdom og rusmidler 2004: en undersøkelse i Bergen kommune om 8. og 10. klassingers forhold til rusmidler*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikken.
- Solbakken, B.H., Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Rapport nr.1 SIRUS
- Solbakken, B.H., Lauritzen, G., Ødegård Lund, M.K. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*.
- Tolan P, Szapocznik J, Sambrano S, editors. *Preventing youth substance abuse: science-based programs for children and adolescents* (2007). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Werner, Emmy E., Ruth S. Smith (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca, N.Y. Cornell University Press

Nettsteder og telefoner

Informasjon om psykisk helse for tjenestepersonell er lagt ut på www.psykisk.no

Informasjon om psykisk helse til befolkningen er lagt ut på www.shdir.no/psykiskhelse

En egen flyktningeguide for enslige mindreårige asylsøkere er utarbeidet. Den skal bidra til å styrke mindreåriges sosiale nettverk og bedre integreringen i lokalsamfunnet. www.udi.no

En del sentrale nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljø har påvist stor nytte og store kostnadsreduksjoner som følge av helsefremmende og forebyggende innsats. Se for eksempel: www.gcappmentalhealth.org/ValuableLinks.asp og www.forebygging.no

Det er inngått rammeavtaler om et styrket samarbeid mellom regionene i barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og helseregionene. Avtalen skal sikre at barn som har behov får et sammenhengende og helhetlig tilbud fra de to tjenestene. For mer informasjon om avtalene www.bufetat.no

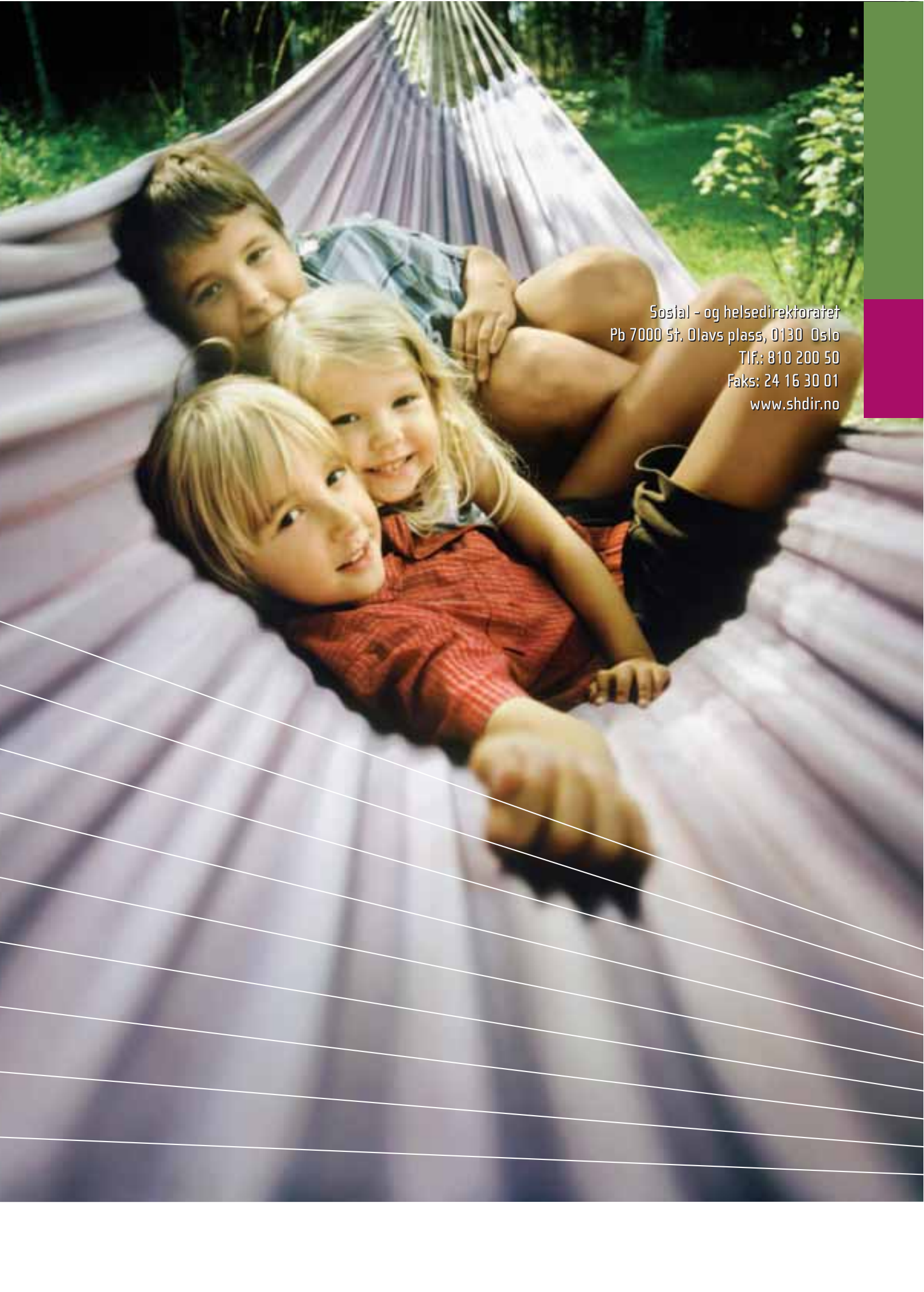
www.unghelse.no er et hjelpetilbud på nett. Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med UNG i Nordland står bak tjenesten. Spørresiden www.klara-klok.no har ungdom og unge voksne i aldersgruppen 10–30+ som hovedmålgruppe. Hensikten med tjenesten er å gi god informasjon og veiledning om temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet uavhengig av kjønn, alder, bosted, etnisk tilhørighet og funksjonsnivå.

Barn- og unges kontakttelefon er Røde Kors grønne nummer for de unge: 800 33 321

Homofiles Ungdomstelefon: 810 00 277

Voksne for barns bekymringstelefon: 810 03 940

Mental Helses hjelpetelefon: 810 30 030



Sosial- og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no