



Departementene

Strategi

Mestre hele livet

Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)



Innhold

1	Hvorfor en strategi for psykisk helse?	7
1.1	Overordnede mål for strategien	8
2	Forekomst av psykiske plager og lidelser	9
3	Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet	13
3.1	Psykisk helse skal forankres bedre i sektorene som har virkemidlene	13
3.2	Livsstil og psykisk helse skal ses i sammenheng	15
4	Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle	19
4.1	Styrke inkludering og deltakelse i arbeidslivet	20
4.2	Mennesker med psykiske lidelser skal sikres gode botilbud	21
4.3	Styrke sosial støtte – redusere ensomhet	22
4.4	Redusere stigma og fordommer forbundet med psykiske lidelser	23
5	Pasientens helse- og omsorgstjeneste	27
5.1	Pasientens helsetjeneste skal styrkes	27
5.2	Sikre kunnskapsbaserte og tilgjengelige tjenester i DPS og BUP	31
5.3	Redusere oversykkelighet og overdødelighet blant pasienter med psykiske lidelser	33
6	Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene	35
6.1	Forskning for å understøtte bedre kunnskap, kvalitet og innovasjon	35
6.2	Helseregistre for å bidra til mer og bedre kunnskap og kvalitet i tjenestene	36
6.3	Nasjonale helse- og levekårsundersøkelser for bedre oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet	37
6.4	Styrket rekruttering, kompetanse og kvalitet i tjenesten	38
7	Fremme god psykisk helse hos barn og unge	41
7.1	Satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet	42
7.2	Godt psykososialt miljø i barnehager og skoler – fremme livsmestring og forebygge mobbing	43
7.3	Sosiale nettverk og sosiale medier	47
7.4	Tidlig innsats og lavterskeltilbud	48
7.5	God samhandling og koordinerte tjenester til barn og unge og deres familier	50
7.6	Barn og unge som pårørende og etterlatte	52
7.7	Utvikle forskning, kunnskap og kompetanse som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet – og ta den i bruk	53
8	Økonomiske og administrative konsekvenser	56
	Referanser	57

Psykt normalt

De fleste av oss snakker både høyt og tydelig når det handler om fysiske smerter og plager. Men når det handler om angst eller vonde tanker, blir mange av oss både lavmælte og fåmælte.

Vi har lært fra vi var ganske små at fysisk smerte er en naturlig del av livet – og at den som oftest går over.

Sjuåringen med sviende skrubbsår på knærne vet at det vonde vil forsvinne når far eller mor blåser på og finner fram plaster.

Syttenåringen med influensa vet at feberen og hodeverken kommer til å gå over etter en dag eller to under dyna.

Både sjuåringen og syttenåringen vet at de kan få hjelp hos legen eller på sykehuset hvis sykdommen eller skaden ikke går over av seg selv.

Det er en selvfølge for dem at vi mennesker har en fysisk helse.

Det er ikke like mange sjuåringer og syttenåringer som vet at vi mennesker også har en psykisk helse.

Det er ikke like mange som vet at vi mennesker også kan få sviende skrubbsår på innsiden.

Det er ikke like mange som vet at det kan verke og gjøre vondt i følelseslivet.

Det er ikke like mange som vet at også denne smerten som oftest går over, og at det er hjelp å få hvis den ikke gjør det.

Derfor trenger vi mer åpenhet og mer kunnskap om psykisk helse.

Derfor trenger vi mer kunnskap om at vår fysiske og psykiske helse virker inn på hverandre.

Det vil gjøre det lettere å takle små og store utfordringer, forebygge sykdom, lettere å behandle sykdom og lettere å mestre og leve med sykdom. Denne strategien handler om alt dette.

Grunnlaget for god psykisk helse legges ikke bare i helsesektoren.

Det legges i alle sektorer i hele samfunnet.

Det legges i barnehager og skoler der barn får utfordringene og omsorgen de trenger.

Det legges på arbeidsplasser og idrettsplasser der alle finner mening og har sin rolle i fellesskapet.

Det legges rundt matbord der man blir både mett og sett

Grunnlaget for god psykisk helse legges når vi tør å snakke like høyt om vonde tanker som vonde knær. For det er jo ingen grunn til å hviske.

Vi har alle en psykisk og en fysisk helse. Gjennom et langt liv vil de fleste av oss oppleve å ha det både godt og vondt – både på utsiden og på innsiden.

Det er helt normalt. Psykt normalt.

Bent Høie
Helse- og omsorgsminister

Solveig Horne
Barne- og likestillingsminister

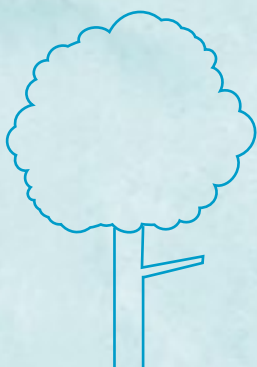
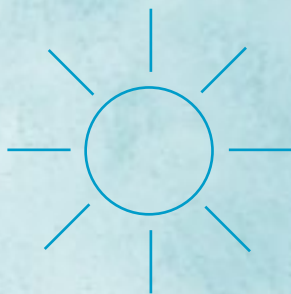
Anniken Hauglie
Arbeids- og sosialminister

Linda Hofstad Helleland
Kulturminister

Torbjørn Røe Isaksen
Kunnskapsminister

Jan Tore Sanner
Kommunal- og moderniseringsminister

Per-Willy Amundsen
Justis- og beredskapsminister



1

Hvorfor en strategi for psykisk helse?

Vi vil skape et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Regjeringen har som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Samtidig vil vi legge til rette for å fange opp de som trenger hjelp, og iverksette målrettede tiltak for den enkelte som er i en sårbar situasjon, før de kanskje utvikler lidelser. For de som utvikler psykiske lidelser, skal tjenestene være tilgjengelige, gode og koordinerte. Behandlingen må ha effekt. Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet. De norske sykdomsbyrde-rapportene (1;2) viser at angstlidelser og depressive lidelser er blant de sykdommene som gir mest helsetap i Norge.

Stortinget ba i 2016 regjeringen om å legge frem en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse som omfatter individ og samfunn, og som inneholder både helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ (3). I anmodningsvedtaket vises det til at *Opptappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) ble avsluttet for tidlig. Norge har ikke hatt en helhetlig plan eller strategi for psykisk helsefeltet etter 2008. Regjeringen har derfor besluttet å legge frem en helhetlig strategi for hele psykisk helsefeltet, men med særlig fokus på barn og unge som kan danne grunnlaget for en opptappingsplan. De ulike delene i strategien må ses i sammenheng fordi vi trenger en bred tilnærming for å møte en av våre største helseutfordringer. De helsefremmende, forebyggende og kurative perspektivene skal

ivaretas gjennom hele strategien. Opptappingsplanen, som ble avsluttet i 2008, var i hovedsak en plan for å desentralisere og bygge ut tjenestene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Med denne strategien ønsker regjeringen også å synliggjøre betydningen av det helsefremmende og forebyggende arbeidet, som er en viktig del både i folkehelsearbeidet og kommunenes psykiske helsetjenester. En slik helhetlig tilnærming er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjons *Mental Health Action Plan* (2013–2020). Strategi for god psykisk helse er i tillegg forankret i flere globale og regionale handlingsplaner hvor Verdens helseorganisasjon, i samarbeid med blant annet EU-kommisjonen, har gitt en rekke føringer for hvordan psykiske lidelser kan forebygges og behandles.

En strategi med internasjonal forankring

- Mental Health Action Plan 2013–2020 (WHO)
- European Mental Health Action Plan 2013–2020
- European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services
- Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all ages
- Helse 2020: Et verdi- og kunnskapsbasert rammeverk for helse og trivsel i overensstemmelse med Verdens helseorganisasjons reformprosesser

I denne strategien ønsker regjeringen også å tydeliggjøre livskvalitet og mestring som viktige deler av psykisk helsefeltet. Psykisk helse er ofte blitt ensbetydende med psykiske plager og lidelser. I strategien brukes psykisk helse som en samlebetegnelse for temaområdet og praksisfeltet, men også for å omtale god psykisk helse, psykiske plager og lidelser. En slik sammensatt bruk går igjen i både nasjonale og internasjonale strategier og handlingsplaner. Å sørge for at psykisk helse blir en likeverdig del av folkehelsepolitikken er et viktig fundament for en helhetlig satsing på psykisk helse.

Det er nær sammenheng mellom psykiske lidelser og rusproblemer, både i form av samsykelighet, hjelpebehov og når det gjelder utfordringer for tjenestene. Rustjenestene og tiltak for videre utvikling er nærmere omtalt i St.prp. 15 S (2015–2016): *Opptappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020).

Strategien bygger videre på stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner som regjeringen har lagt frem, blant annet *Barn som lever i fattigdom – regjeringens strategi* (2015–2017), *Et liv uten vold – handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (2014–2017), *En god barndom varer livet ut – tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom* (2014–2017), Prop. 12 S (2016–2017)

Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), *Retten til å bestemme over eget liv: Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse* (2017–2020), Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*, Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter* og Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Regjeringens konkrete tiltak innenfor disse områdene er presentert i disse dokumentene og gjentas ikke i denne strategien.

1.1 Overordnede mål for strategien

Regjeringen har fem overordnede mål for strategien:

1. Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet
2. Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle
3. Pasientens helse- og omsorgstjeneste
4. Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene
5. Fremme god psykisk helse hos barn og unge

2

Forekomst av psykiske plager og lidelser

Det eksisterer mange ulike datakilder og data om psykisk helse, men disse er begrenset til forekomst av psykiske plager i ulike deler av befolkningen, og sier ikke noe om psykiske lidelser. For å beregne forekomsten av psykiske lidelser i Norge for voksne, har vi bare tre norske forekomststudier, men ingen av disse er nasjonalt representative eller av nyere dato. For barn og unge er tallgrunnet fra forekomststudier enda svakere, og vi har ingen landsrepresentative studier. Vi må derfor sammenstille informasjon fra ulike kilder og tilnærminger for å beregne forekomsten i Norge.

Forekomst av psykiske plager og lidelser hos voksne

Psykiske plager og lidelser er vanlig (4). Folkehelseinstituttet har tidligere estimert at mellom 30 og 50 prosent vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. I instituttets tvillingstudie ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne, med spesifikke fobier som den hyppigste enkeltdiagnosen. Rundt en firedel av den norske befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet, og ca. 15 prosent i løpet av et år. Én av fem vil få en depresjon i løpet av livet, og én av ti i løpet av 12 måneder.

Flere forhold kan gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen, men de fleste studier som har sammenliknet forekomsttall i befolkningen over tid, finner ingen slik økning. Med økende folketall vil likevel det absolutte antallet mennesker med psykiske lidelser øke.

Noen sentrale begreper

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltak på feltet omfatter hele bredden fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering.

God psykisk helse betoner trivsel og opplevelse av god livskvalitet, mening med tilværelsen, og evne til å mestre hverdagens utfordringer, samt fravær av alvorlige psykiske plager og lidelser.

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

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

Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt.

Et stort antall personer er årlig i kontakt med helsetjenesten for depresjon: 7,0 prosent av menn og 12,1 prosent av kvinner i alderen 18–79 år har hatt en konsultasjon hos fastlege eller legevakt for depresjon i løpet av de siste 5 årene. Tilsvarende tall for angstlidelser er 5,4 prosent blant kvinner og 3,4 prosent blant menn.

Det er sterke sammenhenger mellom sosio-økonomisk status og indikatorer på psykisk helse: Jo lavere sosioøkonomisk status, desto større er risikoen for psykiske lidelser og psykiske plager. Ifølge Folkehelseinstituttet viser resultater fra instituttets tvillingundersøkelse for eksempel at angstlidelser er nesten tre ganger vanligere blant personer med bare grunnskole, enn blant de med en utdanning som tilsvarer mastergrad eller høyere. En finner nokså tilsvarende sosiale gradienter for depresjon og for andre lidelser, blant annet for schizofreni.

Hvert år tar mellom 500 og 600 nordmenn sitt eget liv. Over 50% av dem som tar livet sitt var i kontakt med allmennlege for psykiske plager siste år, kvinner i noe større grad enn menn. Forskning tyder på at forekomsten av selvmord er høyere blant samiske menn enn i majoritetsbefolkningen, men ikke blant samiske kvinner (6). Vi har i dag ingen oversikt over selvmord blant innvandrere i Norge, og man vet ikke om innvandrere har samme selvmordsrisiko som befolkning forøvrig.

Forekomst av psykiske plager og lidelser hos barn og unge

Vi har ikke nasjonale studier som kan si noe sikkert om forekomsten av psykiske lidelser hos barn og unge. Ulike undersøkelser viser at rundt 15–20 prosent av barn og unge i alderen 3 til 17 år har betydelige psykiske plager, og at omtrent 8 prosent har så alvorlige problemer at de tilfredsstillende kriteriene til en psykisk lidelse. For de fleste barn og unge er psykiske plager forbigående, men hos noen vedvarer plagene. En firedel av barn som ved 18 måneders alder har betydelige psykiske plager, har det også ved 4-årsalder (7). Også blant barn og ungdom er det et klart mønster mellom sosio-økonomisk status og psykisk helse: I familier med dårlig økonomi der foreldrene har lav utdanning, finner vi høyere nivåer av psykiske helseproblemer hos barna. Barn i Bergenstudien (8) viste at det er fem ganger så høy forekomst av psykiske lidelser hos barn i 1.–3. klasse fra lavinntektsfamilier, sammenliknet med barn i familier med gjennomsnittsinntekter.

Flere undersøkelser tyder på at andelen barn og unge som oppgir å ha psykiske plager, økte fra 1990-tallet og utover på 2000-tallet, særlig blant

unge jenter. En systematisk gjennomgang av internasjonale studier finner en økning i emosjonelle plager og atferdsproblemer blant ungdom, mens man ikke finner en tilsvarende utvikling for nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD og autismspekterforstyrrelser.

Det er vanlig at flere psykiske lidelser opptrer samtidig: Om lag fire av fem 4-åringer med depresjon og atferdsforstyrrelser har en annen psykisk lidelse i tillegg. Emosjonelle lidelser (angst- og depresjonslidelser) og atferdslidelser opptrer ofte samtidig. Ved 8–10-årsalder har mange barn med ADHD, atferdslidelse eller emosjonell lidelse en annen psykisk lidelse i tillegg. Mellom 3 og 5 prosent av barn og unge under 18 år har ADHD. Det er stor variasjon i diagnostiseringen av ADHD mellom fylkene.

Ifølge tall fra Reseptregisteret har det vært en kraftig økning i bruk av antidepressiva for jenter i alderen 15–17 år for perioden 2010 til 2013, men denne har siden flatet ut. Det har ikke vært en tilsvarende økning for gutter. Andelen brukere i alderen 0–17 år som fikk utlevert et sentralstimulerende legemiddel ved ADHD, har vært relativt stabil siden 2010, men det er store geografiske forskjeller. Det har vært en økning i bruken av antipsykotika blant jenter i alderen 15–17 år i årene 2010–2015, men det ser ut til å flate ut i 2016. Det har ikke vært en tilsvarende økning hos gutter i samme alder.

Forekomst av psykiske plager og lidelser blant flyktninger og innvandrere

Ulike studier har undersøkt forekomsten av psykiske plager blant flyktninger og innvandrere (9–12). Innvandrere, definert som personer født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre, utgjør over 13 prosent av befolkningen i Norge (13). Sammen med sine etterkommere (norskfødte med innvandrerforeldre) utgjør gruppen med innvandrerbakgrunn over 16 prosent av befolkningen. Vi har ingen norske forekomststudier av psykiske lidelser blant innvandrere. Kunnskapen om forekomsten av *symptomer* på psykiske lidelser i den voksne innvandrerbefolkningen er også mangelfull. Studier basert på intervjudata fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere i 2005/2006, 2016 og Helseundersøkelsen i Oslo 2000–2002

(HUBRO) viser at en høyere andel av innvandrere fra lav- og mellominntektsland rapporterer om betydelige symptomer på psykiske lidelser i større grad enn i den øvrig befolkningen. Statistisk sentralbyrås nye levekårsundersøkelse blant ti store innvandrergupper fant at dobbelt så mange innvandrere rapporterte betydelige symptomer på psykiske lidelser; 12 prosent sammenliknet med 6 prosent i forhold til resten av befolkningen. Det er stor variasjon etter landbakgrunn.

Internasjonale studier viser at flyktninger har betydelig flere symptomer på psykiske lidelser enn andre innvandrere og majoritetsbefolkningen for

øvrig. En metaanalyse viser at omtrent 40 prosent av flyktninger rapporterer betydelige symptomer på depresjon eller angst, og 36 prosent rapporterer betydelige symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En norsk studie av flyktninger finner at 48 prosent rapporterer om symptomer på depresjon og angst og 18 prosent om symptomer på posttraumatisk stresslidelse. Forekomsten av psykiske lidelser er imidlertid lavere, og internasjonal forskning viser at forekomsten er om lag 9 prosent for posttraumatisk stresslidelse, 5 prosent for alvorlig depresjon, 4 prosent for angst og 2 prosent for psykotiske lidelser (12). Enslige, mindreårige asylsøkere synes å være en særlig utsatt gruppe.



3

Psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet

Psykisk helse skal være en likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Fysisk og psykisk helse skal ses i sammenheng, og barnehager og skoler, arbeidsplasser, fritidsarenaer og lokalmiljø skal være psykisk og fysisk helsefremmende arenaer. Livskvalitet, trivsel og mestring bygges gjennom hele livsløpet. De sektorene som har virkemidlene til å fremme psykisk folkehelsearbeid, må også ha eierskap til det.

Med psykisk helse i folkehelsearbeidet menes samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser og utjevning av sosiale forskjeller i psykisk helse.

Med mestringsbetingelser menes forholdet mellom individets kompetanse og ressurser og omgivelsenes krav og muligheter (14). Vellykket mestring og høy trivsel er avhengig av balansen mellom disse to. Når mestringen svikter, kan resultatet være stress, helsesvikt og mistriivsel, og forklaringen på dette kan ligge både hos individet og omgivelsene, og ikke minst i møtet mellom dem.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet handler om å vise til hva som fremmer god helse og gode liv. Psykisk helse i folkehelsearbeidet peker derfor i større grad på positive aspekter ved psykisk helse, det vil si mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening og positive relasjoner. Menneskets opplevelse av disse faktorene i livet virker beskyttende for deres psykiske helse (15).

Internasjonale organer som Verdens helseorganisasjon og OECD benytter begrepet well-being for å beskrive en tilstand av positiv fysisk og psykisk helse. Well-being kan være vanskelig å oversette eller definere helt entydig. Helsedirektoratet har blitt anbefalt av fagmiljøer å bruke ordet «livskvalitet» i sitt arbeid med utvikling av psykisk helse i folkehelsearbeidet (16).

3.1 Psykisk helse skal forankres bedre i sektorene som har virkemidlene

Det har blitt en økt bevissthet om betydningen av psykisk helse i barnehage, skole, arbeidsliv og frivillig sektor. Dette er en utvikling i riktig retning, men fortsatt blir psykisk helse i for stor grad sett på som helsesektorens ansvarsområde alene. At psykisk helse ofte oppfattes som synonymt med psykiske plager og lidelser, kan ha bidratt til dette. Helsesektoren spiller en viktig rolle, men mange av virkemidlene ligger i andre sektorer. De som har virkemidler, har også ansvar. Derfor må rollen og virkemidlene til alle sektorer klargjøres. Samtidig må språk og tilnærming tilpasses de ulike sektorene, slik at sammenhengen mellom sektorenes ansvar og psykisk helse fremstår tydelig. Videre må samarbeidet mellom helsesektoren og andre sektorer styrkes.

Kunnskap om psykisk helse som noe positivt som også inkluderer mestring og livskvalitet, bidrar til bredere eierskap. Å skape et samfunn som fremmer befolkningens livskvalitet, er et mål

som deles av mange ulike sektorer. For å styrke menneskers mestringsbetingelser og skape gode rammer for deres hverdagsliv, er det nødvendig å samarbeide på tvers av sektorer og politikkområder. Ensidig fokus på psykiske plager kan også føre til økende sykeliggjøring av normale reaksjoner og følelser.

Livskvalitet er en viktig verdi i seg selv, samtidig som livskvalitet henger sammen med fysisk og psykisk helse, levevaner og sosial støtte. Høy livskvalitet styrker motstandskraften i møtet med belastninger. Livskvalitetsperspektivet er nyttig i folkehelsearbeidet fordi det gir et annet innhold i arbeidet med psykisk helse enn det som handler om å behandle plager og lidelser. Vi trenger bedre mål på livskvalitet slik at den enkelte sektor og samfunnet som helhet vurderer tiltak ut fra hvordan tiltakene fremmer eller hemmer livskvalitet (17). Regelmessige datainnsamlinger om livskvalitet i hele befolkningen vil være et viktig styringsverktøy for å se om utviklingen går i riktig retning.

Det psykiske folkehelsearbeidet skal bygge på de strukturene og arenaene som er etablert for tverrsektorielt samarbeid i folkehelse. I Riksrevisjonens gjennomgang av det offentlige folkehelsearbeidet (2014–2015) heter det: «Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet» (18).

Over halvparten av kommunene rapporterte i 2014 at psykisk helse er blant deres største utfordringer, men langt færre visste om tiltak de kunne sette inn. De rapporterte både om manglende kunnskap om hva som virker, men også mangel på tiltak og verktøy. Kommunene forklarte dette blant annet med at psykisk helse ikke har vært del av folkehelsearbeidet på samme måte som de klassiske levevanetemaene (18).

Det er derfor nødvendig at det legges bedre til rette for flere gode data til kommunene om psykisk helse og livskvalitet, og at det utvikles verktøy og metoder for kommunale tiltak. Indikatorer og data som regelmessig samles inn og publiseres i for eksempel kommunehelseprofilene, kan benyttes i

ABC for bedre psykisk helse i hele befolkningen

Det australske programmet ABC (Act-Belong-Commit) for god psykisk helse er den første universelle innsatsen med formål å fremme befolkningens psykiske helse, som har vist seg effektiv og mulig å implementere.

Act-Belong-Commit har vist seg å være effektiv i å:

- Øke folks bevissthet om hva man kan gjøre for å ta vare på egen og andres psykiske helse
- Få folk til å engasjere seg i aktiviteter som fremmer deres psykiske helse
- Endre holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom
- Redusere stigmatisering av psykisk sykdom
- Fremme utbredelsen av en lang rekke lokale psykisk helsefremmende initiativer

Helsedirektoratet

det psykiske folkehelsearbeidet, sammen med *Veiviser i lokalt folkehelsearbeid* fra Helsedirektoratet. Folkehelsekoordinatorfunksjonen i kommuner og fylker skal utvikles gjennom skoloring i psykisk folkehelsearbeid. Program for folkehelsearbeid gjennomføres fra 2017 til 2027. Programmet retter seg i særlig grad mot barn og unge og er omtalt under kapittel 7 om barn og unge.

Det australske programmet ABC er et universelt program for å fremme psykisk helse i befolkningen. Helsedirektoratet er i dialog med Statens Institut for Folkesundhed i Danmark og ABC-partnerne om å teste ut programmet.

Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har ansvar for å bidra med kompetansestøtte til kommunene. De skal bygge opp kunnskap og kapasitet omkring psykisk helse og livskvalitet i forvaltningen, kommuner, andre sektorer og frivillig innsats. De skal også utvikle kompetanse som gir grunnlag for å gi råd til sentrale og lokale myndigheter om strategier og tiltak. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har som prioritert oppgave å samle og spre kunnskap som kommunene kan bruke.

Frivillig innsats er en stor ressurs i kraft av å mobilisere til felles innsats og skape et sosialt, inkluderende og støttende fellesskap. Deltakelse i frivillig aktivitet kan motvirke ensomhet ved at folk kan ta del i et mangfold av aktiviteter, og inngå i meningsfulle sosiale sammenhenger. Å styrke frivillig sektor bidrar dermed til å fremme psykisk helse og livskvalitet. I overkant av 60 prosent av den norske befolkningen har utført frivillig arbeid, og flere barneforeldre gjør en frivillig innsats sammenliknet med tidligere år.

Med støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet satte Frivillighet Norge i 2016 i gang en treårig kampanje for fellesskap og sosial støtte. Gjennom å gi mennesker økt tilgang til aktiviteter og deltakelse, er målet å bruke frivilligheten som en vaksine mot ensomhet.

Samarbeidet med næringslivet er viktig i deler av folkehelsearbeidet og skal, i større grad, også omfatte psykisk helse. Det gjelder blant annet samarbeid med landbruket hvor regjeringen har understreket at den vil ta i bruk landbruket som en ressurs for innovasjon og entreprenørskap. Landbruket har mange muligheter for å aktivisere både eldre og yngre mennesker. I næringslivet ser mange mulighetene til å bidra til bedre psykisk helse og å se muligheter for å være med å løse sosiale utfordringer. Sosialt entreprenørskap kan brukes for å utvikle nye nettverk på tvers av fagfelt og virksomhetsmodeller. Arbeids- og velferdsdirektoratet har etablert en tilskuddsordning. Ordningen skal stimulere utvikling av sosialt entreprenørskap som er rettet mot bekjempelse av fattigdom og sosial eksklusjon.

3.2 Livsstil og psykisk helse skal ses i sammenheng

Livsstil handler om summen av enkeltpersoners levevaner, som blant annet kosthold, søvnvaner, fysisk aktivitet og sosialt liv. Det er flere felles og overlappende risikofaktorer for psykiske og fysiske plager og lidelser: Psykiske plager og lidelser gir økt risiko for senere fysisk sykdom og tidlig død. Motsatt er det langt større risiko for psykiske lidelser blant personer med en rekke somatiske sykdommer. Å legge til rette for helsevennlige valg

Kostrådene som anbefales for å fremme helse og forebygge livsstilssykdommer, bidrar også til å fremme god psykisk helse. Vi vet også at psykisk sykdom påvirker levevaner, og at mangelfullt kosthold kan påvirke forløp av psykiske lidelser

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)
www.regjeringen.no

som kan motivere til sunne mat- og måltidsvaner, mer fysisk aktivitet, gode søvnrutiner, å redusere skadelig bruk av alkohol og rusmidler og stimulere til røykeslutt er viktig også for befolkningens psykiske helse. Eksempelvis har søvnevansker de senere årene blitt et stadig større folkehelseproblem og har vist seg å være en sterk risikofaktor for å utvikle både psykiske lidelser og smertelidelser. Søvnevansker både påvirker og påvirkes av vår fysiske og psykiske helse (19).

Ny kunnskap tyder på at kostrådene som er utformet på grunnlag av dokumentasjon for bedre fysisk helse, også kan være positive for psykisk helse (20). Det er særlig kosthold rikt på omega-3 og middelhavskosthold som har vært undersøkt. Flere av disse studiene viser til sammenhenger med psykisk helse og mulig redusert risiko for depresjon. Helse- og sosialpersonell og nøkkelpersonell i barnehager og skole må ha kunnskap om mat, måltid og ernæringens betydning både for fysisk og psykisk helse. Ungdata-tall fra 2017 viser at bare én av tre ungdommer spiser frukt og grønt hver dag, samtidig som mange unge sjelden får i seg slike matvarer. *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)* legger særlig vekt på måltider og måltidsglede. Som oppfølging av planen skal behov for kunnskapsoppsummeringer om kosthold og psykisk helse defineres. Dette inkluderer både biologiske, psykologiske og sosiale forhold, herunder sammenhenger mellom psykisk helse og måltider/ måltidsfellesskap. Ny forskrift om rammeplan for barnehagen, gjeldende fra 1. august 2017, legger vekt på betydningen av å bruke måltider og matlaging for å utvikle matglede og sunne helsevaner hos barna.

I et samfunn hvor en økende andel av befolkningen lever alene (aleneholdninger), og i særlig grad

eldre, vil måltidsfelleskap ha stor betydning for trivsel.

Det regnes i dag som godt dokumentert at 30 minutters fysisk aktivitet om dagen kan ha behandlende effekt på mild og moderat depresjon, på linje med kognitiv terapi og antidepressiva (21). Men fysisk aktivitet kan også virke forebyggende: En systematisk gjennomgang av prospektive studier fra 2013 konkluderer med at «fra et folkehelseperspektiv vil fysisk aktivitet tjene som en verdifull strategi for å redusere risikoen for å utvikle depresjon» (22). Vi vet mindre om betydningen av fysisk aktivitet for psykisk helse hos barn og unge, men en norsk studie (23) har funnet at fysisk aktivitet beskytter mot depresjon. Norges idrettshøyskole gjennomfører en studie i samarbeid med flere andre forskningsmiljøer for å undersøke effekten av mer fysisk aktivitet på elevenes fysiske og psykiske helse, læring og læringsmiljø. Studien er oppfølging av et tiltak i *Folkehelsemeldingen* (2014–2015).

Studier (24) viser at lett tilgang til natur og naturopplevelser er av betydning for psykisk helse og god livskvalitet, kan forebygge psykiske problemer og bidra inn i behandlingen av slike problemer. Ivaretagelse og utvikling av parker og grøntområder i byer og tettsteder er derfor viktige bidrag for å tilrettelegge for god psykisk helse i befolkningen.

En systematisk gjennomgang av studier fra 2009 (25) antyder at røyking øker risiko for depresjon, samtidig som depresjon kan øke risikoen for at man røyker. Flere studier fra Folkehelseinstituttet viser til sammenhenger mellom røyking i graviditeten og psykiske plager hos barnet. En større metaanalyse fra 2014 konkluderer med at røykeslutt har sammenheng med mindre depresjon, angst og stress, og bedre humør og livskvalitet – sammenliknet med fortsatt røyking (26).

For mange ulike helseproblemer er alkoholbruk en viktig risikofaktor. Inntak av alkohol fører også til økt skaderisiko i form av fall, ulykker og selvmord. Befolkningsstudier fra Europa og USA viser at rus- og psykiske lidelser ofte opptrer sammen (27). Et høyt alkoholinntak øker også risikoen for svekket sosialt nettverk og sosiale problemer som

samlivsbrudd, tap av venner og arbeidsledighet. Økt alkoholbruk blant eldre mennesker kan forsterke helseproblemer og være et tegn på mistriivsel og ensomhet. Flere internasjonale studier konkluderer med at særlig risikofylt alkoholbruk blant eldre har økt de siste tiårene, og at det kan forsterke psykiske lidelser som angst og depresjon og være en selvstendig risikofaktor for selvmord (28). Foreldres alkohol- og rusmiddelbruk kan også føre til en vanskelig og utrygg oppvekst for barn. Barn med foreldre som misbruker alkohol, har 2,4 ganger forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative følger (29).

For å synliggjøre at helsevennlige valg er bra både for psykisk og fysisk helse, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å legge mer vekt på psykisk helse i det eksisterende kampanjearbeidet, både i sosiale og mer tradisjonelle medier. Psykisk helse skal være en integrert del av direktoratets øvrige informasjonsarbeid til helsetjenesten, fylker og kommuner.

Regjeringen vil

- Arbeide for at psykisk helse, livskvalitet og mestring er forankret i alle sektorer, og er gjennomgående i folkehelsepolitikken, i kommunesektoren og i staten
- Arbeide for å øke den fysiske aktiviteten i befolkningen og for at alle har grønne områder for fysisk aktivitet og naturopplevelser i nærheten av der de bor
- Sikre at livskvalitet blir innarbeidet som mål på samfunnsutviklingen både nasjonalt, regionalt og lokalt
- Sørgje for at betydningen av helsevennlige valg for psykisk helse er en del av helsemyndighetenes kampanjer og informasjonsarbeid



4

Inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet for alle

Opplevelsen av tilhørighet og å kunne delta i samfunnet er sentrale faktorer for god psykisk helse og livskvalitet. Barnehager, skoler og arbeidsplasser er de viktigste samfunnsarenaene for å legge til rette for inkludering og deltakelse. I tillegg bør nærmiljø og lokalsamfunn legge vekt på tilbud som fremmer deltakelse: sosiale møteplasser, grønt-områder, fritids- og kulturtilbud. Gode bomiljøer kan fremme inkludering og tilgjengelighet for alle. Mennesker med psykiske lidelser kan ha behov for tilrettelagt bolig.

Lav gjennomføring og frafall fra videregående opplæring er et alvorlig problem – ikke bare for den enkelte, men også for samfunnet som helhet. De samfunnsmessige konsekvensene av lav gjennomføring i videregående opplæring er betydelige. Dette omtales nærmere i kapittel 7 om barn og unge.

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne pålegger stat og kommune konkrete forpliktelser innenfor en rekke samfunnsområder. Målet er å ivareta grunnleggende rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder personer med psykiske lidelser. Helsetjenestens ansvar er å støtte det overordnede målet om inkludering og deltakelse i alt arbeid med pasientene og i samarbeidet med andre samfunnsaktører.

Ensomhet rapporteres oftest i aldersgruppene 16–24 år og blant eldre over 80 år. Blant de med

lavest inntekt og utdanning er det også høyest andel som rapporterer at de er ensomme (30).

Forebygge diskriminering av minoriteter

Noen grupper i samfunnet er særlig utsatt for diskriminering, manglende inkludering og opplevelse av tilhørighet. I en rapport fra Institutt for samfunnsforskning (31) gjennomgås forskningen om likestillings- og diskrimineringsutfordringer som samer, nasjonale minoriteter og innvandrere står overfor. Resultatene viser at alle disse gruppene står overfor diskriminering, og at den forekommer på de fleste samfunnsområder. Innvandrere har større problemer enn befolkningen for øvrig med å få seg jobb i Norge, selv med tilsvarende utdanning og like kvalifikasjoner. En ny rapport (SSB 2017) om levekår blant innvandrere bekrefter at innvandrere opplever å bli forskjellsbehandlet på arbeidsmarkedet.

Det er gjort noe forskning om den samiske befolkningen, som primært handler om selvopplevd diskriminering. Oppsummert viser studiene at den psykiske helsen hos norske samer gjennomgående er ganske lik majoritetsbefolkningens psykiske helse. Det kan likevel synes som om den psykiske helsen er litt dårligere for samer med sterk samisk identitet i områder hvor de er i en minoritetsposisjon, eller hos samer som opplever etnisk diskriminering (32). Studier basert på data fra Saminor, viser at de som rapporterte at de hadde vært utsatt for diskriminering, var mer tilbøyelige til å rapportere dårligere egenvurdert helse og mer psykisk stress (33).

4.1 Styrke inkludering og deltakelse i arbeidslivet

Arbeid og deltakelse fremmer psykisk helse og mestring. Mens det for noen tiår siden var en alminnelig oppfatning at sykdom ikke var forenlig med arbeid, viser forskning at arbeid og aktivitet i mange tilfeller er helsefremmende (34). Likevel er det en økning i sykefravær og ulike former for trygdestønader for de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon. For mennesker over 55 år er sykefravær og uførhet en av de viktigste årsakene til tidligpensjonering og en vei ut av arbeidslivet, noe som igjen kan forsterke psykiske helseproblemer.

Mange vil trenge samtidig bistand fra både Nav og fra helsetjenestene for at målet om arbeid skal nås. Dette gjør at helsetjenestene og Nav må samarbeide tett, slik at brukerne får et helhetlig tjenestetilbud tilpasset deres behov. Fordi arbeid kan forebygge ulike helseproblemer, og derfor i mange tilfeller være en del av behandlingen, vil det å øke deltakelsen i arbeidslivet også bidra til å redusere behovet for kostnadskrevede behandling i helsetjenesten.

Arbeid gir tilgang til sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, økonomisk trygghet og andre helsefremmende ressurser

www.fhi.no

Det er en særlig utfordring at uføretrygd for psykiske lidelser gis i ung alder. Det gjør at mange unge ikke får del i det fellesskapet som utdanning og arbeidsliv bidrar til. Vi trenger derfor et arbeidsliv som legger til rette for å inkludere personer med psykiske lidelser. Dette fordrer at arbeidsforholdene og arbeidsmiljøet er innrettet på en måte som muliggjør slik deltakelse, og at arbeidsmiljøforholdene er helsefremmende. Det er godt dokumentert at ugunstige psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer kan være en risikofaktor for mildere psykiske lidelser (35). Det er derfor viktig at vi opprettholder en høy arbeidsmiljøstandard som bidrar til både deltakelse og

mulighet for mestring for personer med psykiske lidelser. Gode arbeidsplasser kjennetegnes av godt sosialt fellesskap og fravær av mobbing og trakassering. En nøkkel til et arbeidsmiljø som fremmer god psykisk helse, er det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeid) som er lovpålagt i alle virksomheter. I dette arbeidet er det viktig at faktorer som har betydning for den psykiske helsen, inngår. Midtveiseevalueringen av intensjonsavtalen i 2016 om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) fra 2014, viste også til behovet for å ytterligere styrke det forebyggende arbeidet ved norske arbeidsplasser.

I tillegg til at psykiske lidelser fører til økt sykefravær, er sannsynligheten for å være arbeidsledig betydelig høyere dersom en har en psykisk lidelse. Hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser er sannsynligheten for at en er uten arbeid, 6–7 ganger høyere enn for mennesker uten psykiske lidelser. For personer med milde til moderate psykiske lidelser er sannsynligheten 2–3 ganger høyere (36). Regjeringen har satset på å gi mennesker med psykiske helseproblemer bedre mulighet til å stå i arbeid eller å komme tilbake dersom man har falt ut av arbeidslivet for en kortere eller lengre periode. Dette har blant annet vært gjort gjennom tiltak i *Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse* som Jobbmestrende oppfølging (JMO), Individuell jobb støtte (IPS), Rask psykisk helsehjelp og Raskere tilbake-ordningen. Flere av tiltakene har gitt gode resultater.

En effektevaluering (37) av IPS viste at 37 prosent av deltakerne var i jobb, sammenliknet med 27 prosent i kontrollgruppen (deltakere i arbeidsmarkedstiltak) ved 18 måneders oppfølging. Deltakerne rapporterte også om bedre livskvalitet, bedre generell helsetilstand, mindre depresjonsymptomer og bedre funksjon enn deltakerne i kontrollgruppen. En effektevaluering (38) av JMO konkluderer med at dette er et vellykket prosjekt, der man har utviklet en god oppfølgingsmetode som klart har vist seg nyttig for deltakerne. Evalueringen viser at andelen i arbeid steg fra 16,2 prosent ved oppstart av JMO til 75 prosent ved avslutningen. En etterundersøkelse to år etter oppstart viste at 60,4 prosent av deltakerne fortsatt var i arbeidsrettet aktivitet. Selv om JMO baseres på arbeid i arbeidsmarkedsbedrifter, viste undersøkelsen at

totalt 46 prosent av deltakerne hadde en rolle i det ordinære arbeidslivet eller studier, to år etter prosjektstart. Også en evaluering av tiltaket Senter for jobbmestring viste positive sysselsettings-effekter for personer med milde til moderate former for angst og depresjonslidelser. I tiltaket integreres kognitiv atferdsterapi med arbeidsrettede tjenester etter modell fra IPS (39). Samlet viser disse undersøkelsene svært lovende resultater ved at personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser har gode muligheter til å komme i og bli i arbeid gjennom tett oppfølging, hvor det samtidig gis helsemessig og arbeidsrettet rehabilitering i et samarbeid mellom helsetjenester og arbeidssektor.

Gjennom Raskere tilbake-ordningen er det gode erfaringer med tilbud til pasienter med angst og depresjon i form av arbeidsrettet poliklinisk behandling. Ved jobbfokusert behandling kartlegges pasientenes arbeidssituasjon og jobbmestring, og ved sykefravær utarbeides en plan for gradvis tilbakeføring til jobb i samarbeid med fastlege, arbeidsgiver og Nav. Både nasjonale og internasjonale studier viser gode resultater ved slike tilbud i form av helsegevinst og tilbakeføring til arbeid. Rask psykisk helsehjelp har vært en pilot-utprøving av et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for milde og moderate angst- og depresjonslidelser basert på det britiske Improving access to psychological therapies (IAPT). Evalueringen (40) av de 12 første pilotene i Norge viste lovende resultater med hensyn til symptomlindring etter behandling, og resultatene var minst like gode som resultatene fra de første evalueringene av IAPT-programmet i England. Basert på data samlet inn frem til nå, fant man også en statistisk signifikant effekt på arbeidsdeltakelse.

Å gi de som står i fare for å falle ut, eller som har falt ut av arbeidslivet på grunn av sykdom, en mulighet til å stå i arbeid eller komme tilbake til arbeidslivet er derfor et sentralt mål for regjeringen. Langt flere med psykiske helseplager bør dessuten få muligheten til å arbeide – og å arbeide så mye som helsen tillater. Erfaringene viser at individuell tilrettelegging fungerer. Tjenestene må ha arbeid og helse som overordnet mål, og det bør i større grad tilbys tverrfaglig arbeidsrettet behandling og samarbeid. En viktig lærdom er at vi lykkes bedre med å bidra til arbeidsinkludering gjennom tverr-

sektoriell samhandling på tvers av nivåer og etater og mer samtidige tilbud fra helsetjenesten og Nav. Både fastlege, øvrig primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste bør ha systematisk samarbeid og løpende dialog med involverte parter i sykefraværarbeidet og i arbeidet med å inkludere mennesker med psykiske lidelser i arbeidslivet. Det er behov for økt kunnskap om helsegevinstene ved at mennesker med psykiske lidelser kommer i arbeid.

De regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Nav. Videre har Helse- direktoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet en strategi for felles innsats på arbeids- og helseområdet. Formålet er å få til et mer strukturert samarbeid og mer samtidig bistand med utgangspunkt i de ordinære tjenestene.

Inn på tunet

Inn på tunet-satsingen omfatter forebyggende, behandlende og rehabiliterende velferdstjenester blant annet innenfor psykisk helse. Et eksempel er arbeidsmarkedstiltak på gårdsbruk i regi av Nav for personer med psykiske helseproblemer eller rusproblemer

www.innpatunet.no

4.2 Mennesker med psykiske lidelser skal sikres gode botilbud

Tilgang til egen bolig er viktig for å kunne etablere et trygt og selvstendig liv. For personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er bolig ofte en forutsetning for å kunne iverksette og lykkes med behandling og oppfølgingstjenester.

Personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er overrepresentert blant bosteds-løse. By- og regionforskningsinstituttets (NIBR) kartlegging (41) fra 2016 viser at 57 prosent av de bostedsløse har rusmiddelproblemer, og 34 prosent har psykiske lidelser. De er i tillegg den

gruppen som er registrert som bostedsløse over lang tid (mer enn seks måneder). Kartleggingen viser også at det har vært en nedgang på 36 prosent i antall bostedsløse fra 2012 til 2016. NIBR mener disse resultatene kan forklares gjennom langvarig og systematisk innsats på det boligsosiale området. Til tross for denne positive utviklingen gjenstår det mye arbeid. I 2016 fant NIBR i sin kartlegging 3909 bostedsløse i Norge.

Kommunen bør derfor utarbeide en boligsosial handlingsplan som ses i sammenheng med den generelle boligpolitikken og øvrige planprosesser, og legge til rette for fleksible og varige botilbud i gode bomiljøer som er tilpasset den enkeltes behov. Tjenester i boligen kan være nødvendig for at personer med psykiske lidelser kan beholde bostedet sitt og bidrar til færre innleggelses i spesialisthelsetjenesten.

Sintef anslo i 2013 at 7 prosent av pasientene i psykisk helsevern var utskrivningsklare og ventet på et kommunalt tilbud. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet, er stort sett at de mangler et kommunalt bolig- og oppfølgingstilbud. Det tar tid å skaffe bolig, og derfor må arbeidet med å skaffe bolig ved endt opphold på institusjon, starte tidlig.

Regjeringen la i 2014 frem *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid* (2014–2020). Gjennom strategien stimulerer regjeringen til at det etableres flere botilbud til personer med rus- og psykiske helseproblemer, og at det utvikles flere typer modeller for å sikre brukermedvirkning ved bosetting og ved utformingen av tjenestetilbudet.

Husbanken koordinerer arbeidet med den boligsosiale strategien og har blant annet utviklet en nettbasert veiviser i boligsosialt arbeid (veiviseren.no), som er en digital verktøykasse primært for kommunene.

Regjeringens nasjonale strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020) skal bidra til flere botilbud til personer med rus- og psykiske helseproblemer

www.regjeringen.no

Også *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (2016–2020) har målsettinger på boligområdet. Blant annet skal regjeringen bruke 500 millioner kroner for å bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo. Primært vil regjeringen styrke tilskuddsordningen til utleieboliger, som også omfatter mennesker med psykiske problemer. I tillegg styrkes kommunene gjennom de frie inntektene i planperioden for å kunne styrke sitt oppfølgingsarbeid, blant annet for de som skrives ut fra institusjon, eller løslates fra fengsel.

4.3 Styrke sosial støtte – redusere ensomhet

God sosial støtte er av betydning for god psykisk helse. Mangel på sosial støtte vil som oftest være ensbetydende med ensomhet. Forskning viser at manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser. Sosial støtte påvirker risikoen for både hjerte- og karsykdommer, infeksjonssykdommer og depresjon (42). Flere unge, eldre og personer med innvandrerbakgrunn rapporterer om ensomhet. Regjeringen mobiliserer mot ensomhet gjennom et samarbeid med Frivillighet Norge og ved å gi støtte til frivillige organisasjoner.

Et godt bo- og nærmiljø kan bidra til å legge forholdene til rette for å oppleve sosial støtte og derved forebygge ensomhet. Sosiale møteplasser og kulturtilbud, grøntområder og god tilgjengelighet til natur- og rekreasjonsområder vil være av betydning i denne sammenheng.

Den helhetlige satsingen fra 2007–2016 i Groruddalen kan tjene som et eksempel: Satsingen har ført til utvikling av parker og kulturmiljøer, en rekke ute- og inneområder er blitt rustet opp, og nye møteplasser er skapt eller videreutviklet. Frivilligheten er styrket, og det er etablert lokale kultur- og aktivitetshus som skaper nytt samhold i nærområdet. I 2017 startet regjeringen en ny tiårig satsing i Groruddalen i samarbeid med Oslo kommune. Innsatsen fra stat og kommune retter seg mot både barn og unges oppvekst og skolegang, voksenbefolkningens tilknytning til arbeidslivet og nærmiljøkvaliteter i lokalområdene. Dette vil bidra til god folkehelse og forebyggende helsearbeid gjennom hele livsløpet fra barn til voksen.

Groruddalssatsingen 2017–2026 er en helhetlig satsing i nærmiljøet for å fremme god helse, deltakelse og inkludering

www.oslo.kommune.no

Tilskuddsordningen Nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelsen, er et utviklingsarbeid som har pågått gjennom tre år (2015–2017) i 40 kommuner i åtte fylker. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet med faglig bistand fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Målet er reell medvirkning fra innbyggerne gjennom bruk og utvikling av verktøy for å kartlegge egenskaper ved lokalmiljøet som har betydning for folkehelsen. Dette gir eierskap til løsningene, samtidig som medvirkning i seg selv er viktig for den enkeltes selvfølelse og livskvalitet. Utviklingsarbeidet videreføres i *Program for folkehelsearbeid* for å sikre kontinuitet i arbeidet.

Prosjektet *kartlegging og verdsetting av friluftsområder* har som mål at alle kommuner i landet skal kartlegge og verdsette sine friluftsområder innen utgangen av 2018, slik at viktige områder ikke blir bygget ned eller forringet på annen måte på grunn av mangel på kunnskap om områdenes verdi for friluftsliv. Gjennom folkemøter og innspill bidrar prosjektet til å bevare grøntområder, noe som både er viktig for befolkningens psykiske helse og for involvering av kommunens innbyggere.

Aldersvennlige nærmiljøer og lokalsamfunn er av betydning for eldre, og regjeringens strategi er derfor å gjøre kommunene bedre rustet for de demografiske endringene. Dette perspektivet skal ligge til grunn for samfunns- og arealplanleggingen slik at alle grupper har mulighet til å være aktive. Regjeringen har videre lansert arbeidet med en ny reform for eldre. Arbeidet skal omhandle de grunnleggende forholdene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og felleskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Målene med reformen er å sørge for at eldre får dekket sine grunnleggende behov og opplever å mestre livet, at pårørende ikke blir utslitt, at ansatte får brukt sin kompetanse og å redusere uønsket variasjon i kvaliteten i tjenesten. Det arrangeres dialogmøter

hvor målet er å få innspill om hva som er de beste løsningene, og hvordan de kan gjennomføres nasjonalt gjennom møter med eldre og pårørende, ansatte og ledere i kommunene, frivillige, fagfolk og forskere. Det planlegges å legge frem en stortingsmelding våren 2018, gjennomføringskonferanser over hele landet 2018–2019 og iverksettelse nasjonalt fra 2019.

Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

Sosial og allsidig fysisk aktivitet er viktig for livskvalitet i eldres livssituasjon, som for eksempel tap av ektefelle eller partner. Alle sektorer har virkemidler som kan bidra til et mer aldersvennlig samfunn

www.regjeringen.no

4.4 Redusere stigma og fordommer forbundet med psykiske lidelser

Forbygge stigma og fordommer i befolkningen

Vi har hatt økt åpenhet de siste 10–15 årene om psykiske plager og lidelser. Kjente personer har gitt ansikt til hvordan det er å leve med en psykisk lidelse. Likevel er psykiske lidelser forbundet med betydelig stigma og fordommer, og fortsatt finner vi stigmatiserende holdninger i mange samfunnslag og miljøer.

Massemedias sterke rolle kan både bidra til å fremme fordommer og til å forhindre dem. Når media omtaler vold og psykiske lidelser på en måte som gir inntrykk av at de fleste personer med psykiske lidelser begår voldshandlinger, er dette en sammenheng som lett kan feste seg i befolkningen. En litteraturgjennomgang fra Canada (43) har vist at de historiene som får mest medieomtale, er de som kan vise til en sammenheng mellom kriminalitet, vold og psykiske lidelser.

Gjennom innspillmøter i forbindelse med strategiarbeidet har flere pekt på behovet for fortsatt inn-

sats for å øke befolkningens kunnskap om psykisk helse, psykiske plager og lidelser og derved bidra til alminneliggjøring av lidelser som 30–50 prosent av befolkningen får i løpet av livet. Blant noen innvandrergupper kan stigma og fordommer forbundet med psykiske lidelser føre både til tap av anseelse og, i verste fall, utestengelse fra fellesskapet.

Forebygge negative holdninger og fordommer i tjenestene

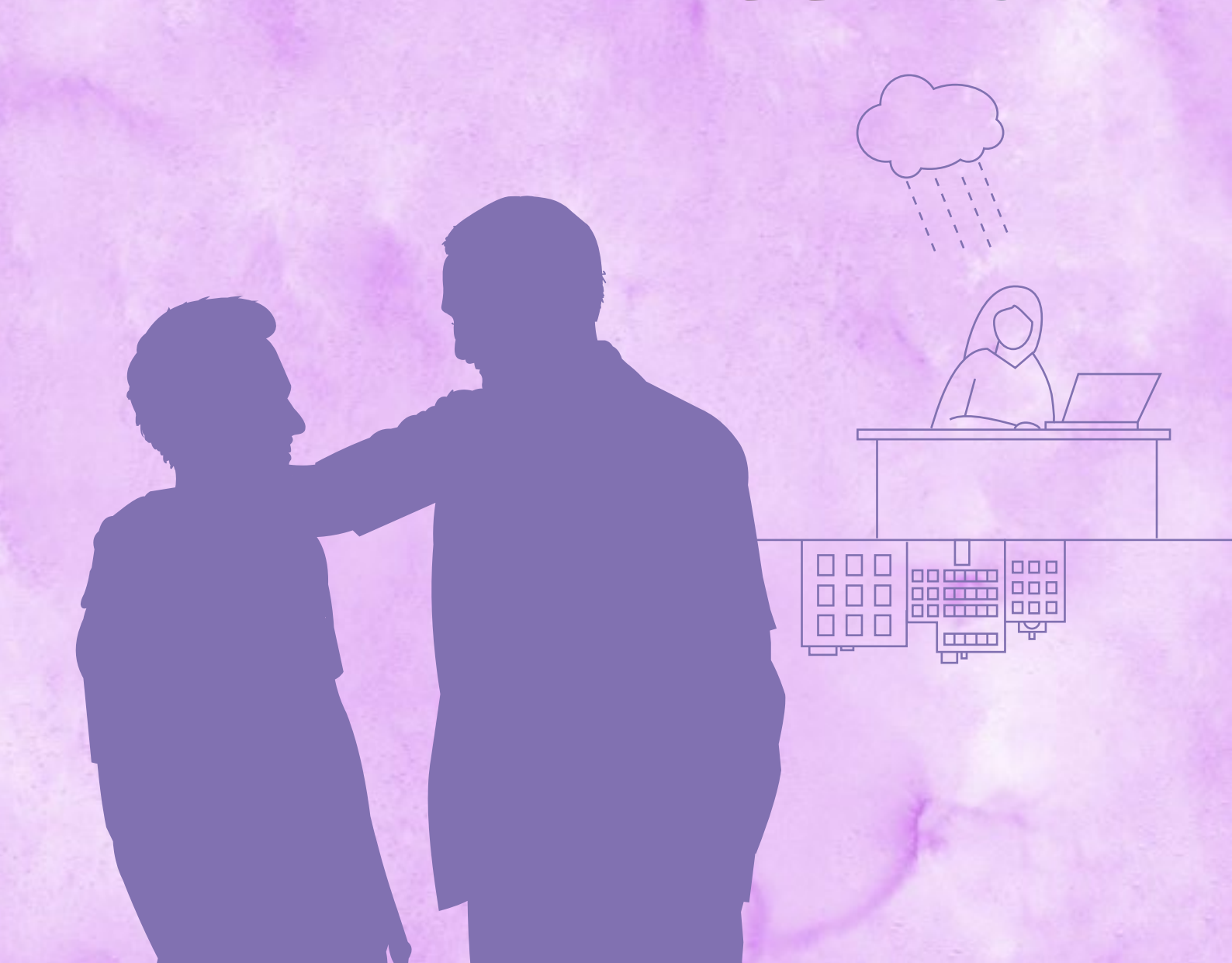
Mye tyder på at Norge har kommet langt når det gjelder å bekjempe tabu rundt psykiske lidelser, sammenliknet med andre land. Undersøkelsen *Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern* fra 2014 (44) viser at de fleste opplevde å bli tatt imot på en god måte, og at de kjente seg trygge under oppholdet. Likevel er det indikasjoner på at stigma og fordommer kan bidra til at pasienter og brukere ikke mottar tjenester på lik linje med andre pasient- og brukergrupper. Arbeidet med gode holdninger hos behandlere og samarbeidspartnere er et kontinuerlig arbeid som alltid må stå på dagsorden. For å nå målet om at mennesker med psykiske lidelser skal inkluderes i samfunnet,

er det viktig at helsepersonell ikke undervurderer pasienters mestringspotensial. Når kommunen skal hjelpe pasienter til å få bolig eller komme i arbeid, er det viktig at de også er bevisst fordommer og negative holdninger i samfunnet.

Regjeringen vil videreføre arbeidet med bevisstgjøring av holdninger rundt psykiske lidelser blant brukere, pårørende, ansatte i tjenestene og i samfunnet generelt.

Regjeringen vil

- Sikre gode arbeidsmiljøforhold som muliggjør deltakelse fra personer med psykiske lidelser, og forebygger frafall fra arbeidslivet
- Arbeide for at personer med psykiske lidelser kan delta i arbeidslivet
- Videreutvikle helsetilbudene med både arbeid og helse som overordnet mål
- Bidra til at kommunene bedrer sitt arbeid mot ensomhet og utenforskap
- Arbeide for at stigma og fordommer knyttet til personer med psykiske lidelser reduseres både i befolkningen og i tjenestene



5

Pasientens helse- og omsorgstjeneste

Det har skjedd store og positive endringer i de psykiske helsetjenestene gjennom utvikling av nye arbeidsmåter, bedre brukerinnflytelse, bedre tilgjengelighet og bedre kompetanse. Likevel er det utfordringer både i kommunen og spesialisthelsetjenesten knyttet til å redusere variasjonen i tjenestetilbudet og å øke bruken av kunnskapsbasert behandling. Det er også behov for sterkere involvering av pasienter og pårørende i behandlingen og i utvikling av tjenesten. Nye, effektive metoder må implementeres i større grad, og koordinering av tjenestene kan effektiviseres ytterligere. En rapport fra Kunnskapssenteret om pasienters opplevelse av psykisk helsevern (2014) viste at omkring 70 prosent mente at de ikke fikk nok informasjon om behandlingstilbudene som finnes, og over halvparten at de fikk for lite informasjon om sine psykiske plager eller sin diagnose. Flertallet av de spurte mente også at de ikke ble godt nok forberedt på tiden etter utskriving. Samlet sett er det et forbedringspotensial før vi kan si at tjenestene til mennesker med psykiske lidelser er pasientens helsetjeneste.

Forskning viser at noen grupper i befolkningen har høyere forekomst av psykisk uhelse og/eller i mindre grad oppsøker psykiske helsetjenester. Faktorer som for eksempel seksuell legning (45), yrkestilhørighet (46), alder (47), etnisk bakgrunn (48), geografisk tilhørighet (4) og sosioøkonomiske forhold (49) ser ut til å påvirke forekomst i ulik grad. Andre grupper klarer ikke å nyttiggjøre seg tilbudet fra tjenestene slik de tradisjonelt har vært

organisert. Felles for alle disse utsatte gruppene er at de ordinære tjenestene må utvikles og tilpasses slik at de møter de særskilte behovene til enkeltmennesker bedre enn i dag. Det innebærer blant annet at tjenestene må bli mer kultursensitive, fleksible og oppsøkende, og at brukerne må involveres sterkere enn i dag.

Dette utfordringsbildet er beskrevet i de tre stortingsmeldingene *Folkehelsemeldingen*, *Primærhelsetjenestemeldingen* og *Nasjonal helse- og sykehusplan*. *Folkehelsemeldingen* og *Primærhelsetjenestemeldingen* omtaler hvordan kommunene kan settes bedre i stand til å forebygge, begrense og behandle sykdom, mens *Nasjonal helse- og sykehusplan* (2016–2019) beskriver hvordan spesialisthelsetjenesten kan videreutvikles i en bærekraftig retning, som svarer på de økte behovene som følge av endringer i demografi og sykdomsbilde. Alle meldingene har tiltak for å styrke pasient- og brukerrollen og for å tilby mer koordinerte tjenester.

Fritt behandlingsvalg ble innført i 2017 innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og på enkelte somatiske områder.

5.1 Pasientens helsetjeneste skal styrkes

Pasientens helsetjeneste forutsetter at pasientene både har innflytelse over egen utredning og behandling og over utviklingen av tjenestene. Dette innebærer at tjenestene må være preget av

forståelse for betydningen av brukerkunnskapen, og at de utvikler rutiner og systemer for å ta den i bruk på en systematisk måte. Opplæring og tilrettelegging for reell brukerinnsflytelse er en sentral utfordring både på tjeneste- og brukerorganisasjonsnivå.

Pasientens helsetjeneste

En helsetjeneste hvor ingen beslutninger om deg, tas uten deg

Omstillingen av psykisk helsevern har lagt et viktig grunnlag for utviklingen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikk (BUP), herunder mer åpne og utadrettede arbeidsformer, bedre tilgjengelighet, bedre samarbeid mellom tjenestene og utvikling av arbeidsmåter som gir brukerne større innflytelse. Det langsiktige behovet for døgnplasser versus ambulante/polikliniske tjenester og samhandlingstiltak må vurderes med utgangspunkt i prinsippene som ligger til grunn for pasientens helsetjeneste. Det innebærer at den samlede ressursbruken fremover må vurderes på bakgrunn av nye metoder, ny teknologi og nye arbeidsmåter.

Verktøy for samvalg er et viktig virkemiddel for brukerinnsflytelse i helsetjenestene. Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter pasienten ønsker. God informasjon om effekt og bivirkninger av behandlinger legger grunnlaget for informerte valg og er viktig for å gi pasienten eierskap til behandlingen. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om og velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser.

Helseregionene fikk i 2017 i oppdrag å utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitets-sikre verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak. Helse Nord RHF skal

lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.

Selv om flere kommuner nå samler brukererfaringer, innhentes ikke disse systematisk. Kommunene benytter ofte tradisjonelle metoder, som brukerråd og brukerundersøkelser i innhentningen av brukererfaringer til kvalitetsforbedring. En del kommuner oppgir at de ikke har aktive brukerorganisasjoner, noe som kan gjøre det vanskelig å få representanter til brukerråd o.l. Bedre kjennskap til større bredde i metoder for å involvere brukere, for eksempel gjennom erfaringskonsulentarbeid eller klient- og resultatstyrt praksis, kan gjøre det lettere for en del kommuner å benytte brukererfaringer til å forbedre tjenestene sine (50).

Digitale samvalgsverktøy

- Legger til rette for at pasienten får relevant og pålitelig informasjon om sitt helseproblem, og kjenner alle valgmuligheter som finnes
- Bidrar til at pasienten kan komme frem til det beste valget sammen med lege og helsepersonell og slik komme frem til det beste valget for pasienten

helsenorge.no

Ledelse

God ledelse er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. I *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* har regjeringen tydeliggjort forventningene til styring av virksomhetene som blant annet skal sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, rutinemessig kvalitetsforbedring og god pasient- og brukersikkerhet.

Faglig ledelse representerer en gjennomgående utfordring i de psykiske helsetjenestene, både i kommuner og i psykisk helsevern. Oppdatert kunnskap om kliniske metoder og erfaringer, brukerdeltakelse, samvalgsverktøy og samhandling samt evne til å ta denne kunnskapen i bruk i hele organisasjonen er en forutsetning for å nå faglige mål og oppfylle formelle krav om ledelse.

En god ledelseskultur forutsetter at ledelsen på alle nivåer tar et aktivt ledelsesansvar, i kommuner så vel som i helseforetak.

Tilsyn viser at det er mangler i ledelsen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tjenestene er til dels fragmenterte, det er for dårlig koordinering, og fastleger og andre private aktører er lite integrert i øvrige tjenester. Dermed oppleves ikke tjenestene som helhetlige. Samtidig får vi tilbakemeldinger om for liten involvering av brukere.

Det er få ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, ledere er til dels vanskelige å rekruttere, og det er stor variasjon når det gjelder formelle og faglige kvalifikasjoner.

Det er derfor behov for å styrke lederkompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg har tjenestene stort behov for faglig utvikling, nye samarbeidsformer og innovasjon.

Regjeringen vil øke lederkompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenesten som del av Kompetanseløft 2020. Gjennom nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten tilbys ledere i den kommunale- og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten en utdanning skreddersydd for behovet i sektoren. Nasjonal ledelsesutvikling i helseforetakene (NLU) og KS er tildelt midler for å samarbeide om å utvikle mulige tiltak for å styrke lederskap i helse- og omsorgstjenesten. Satsingen skal blant annet bidra til å styrke ledelsen og samhandlingen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ta i bruk nye, effektive arbeidsmetoder og redusere uberettiget variasjon

Det er betydelige variasjoner mellom kommuner og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder tilbud ved den enkelte enhet og hvilken behandling som tilbys. Ulik faglig praksis og mangelfull kunnskap om behandlingsmetoder og hvilken effekt disse har på ulike psykiske lidelser kan medføre at samme lidelse behandles med ulike metoder, avhengig av den enkelte enhets kunnskap, kompetanse og preferanser. Det er for eksempel variasjoner i bruk av tidlig intervensjon, ambulante

tilbud, arbeidsmetoder, samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og bruk av tvang som vanskelig kan forklares ut fra medisinske forhold. Dette kan føre til at pasienter ikke mottar rett behandling til rett tid med fare for både over-, under- og feilbehandling. Eksempelvis er det store fylkesvise variasjoner i diagnostisering av ADHD og forskrivning av sentralstimulerende medikamenter.

God faglig ledelse innebærer at kunnskap om variasjon brukes aktivt i lokalt forbedringsarbeid. Det må derfor satses på et forbedret kunnskapsgrunnlag, noe som omtales nærmere i kapittel 6.

Kommunalt psykisk helsearbeid ble bygget ut under *Opptappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) og er en sentral del av primærhelsetjenesten. I dag er det omlag 14 000 årsverk innen det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. For første gang siden opptappingsplanen ble avsluttet, ser vi nå en betydelig vekst i årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene. Mer enn halvparten av landets kommuner og bydeler har tilsatt psykolog. Flere kommuner vurderer også tjenestetilbudene sine som gode, sammenliknet med året før (50). I en Sintef-rapport fra 2014 (51) finner forskerne at samarbeidet med fastlegene vurderes som godt i over 80 prosent av kommunene, selv om det fortsatt er enkeltleger som viser liten interesse for og har lav kompetanse på psykisk helse.

Evalueringen av *Opptappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) pekte på at mennesker med milde til moderate psykiske lidelser var en av gruppene som det var viktig å ha fokus på i det videre arbeidet. Etter 2008 er det gjennomført flere modellutviklingsprosjekter som er evaluert til å ha god effekt for denne gruppen og for andre grupper. Dette gjelder for eksempel Rask psykisk helsehjelp for milde og moderate angst- og depresjonslidelser og bruk av aktivt oppsøkende behandlingsteam, som ACT-team, for oppfølging av pasienter med langvarige og sammensatte lidelser.

Kommunens psykiske helsearbeid bør være kunnskapsbasert og innovativt. Helsemyndighetene skal, i større grad, legge til rette for utprøving og evaluering av nye modeller og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive

metoder. I det nye samfunnsoppdraget fra 2015 er de regionale kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten gitt i oppdrag å være en tjeneste for tjenestene. De skal veilede og være en utviklingspartner for kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Sentrene er viktige både for å identifisere kunnskapshull, sikre praksisnær forskning og i arbeidet med å forbedre tjenestene.

De siste årene er det utviklet flere internettassisterte behandlingsmuligheter for de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon. Resultatene så langt er positive. Den største utfordringen synes å være at vi vet lite om hvilke pasienter som vil ha best nytte av denne typen behandling (52). Helsedirektoratet fikk i 2015 i oppdrag å bistå til at det etableres internettassistert behandling for mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har etablert et prosjekt som skal se på muligheten for innføring av digitale verktøy innen psykisk helse i primærhelsetjenesten. Prosjektet foreslår en læringsportal hvor brukeren får veiledet selvhjelp eller internettbasert oppfølging og behandling med oppfølging av behandler i primærhelsetjenesten. Dette vil kunne gi flere tilbud som gjør brukere bedre i stand til å mestre egen livssituasjon. Følgforskning er en viktig del av prosjektet. Kartlegging fra prosjektet viser at det finnes mange egnede digitale løsninger, som gir god hjelp til pasienter/brukere som sliter med angst eller depresjon. Det er likevel nødvendig å se på tekniske og organisatoriske løsninger som gjør at behandlere i primærhelsetjenesten kan ta i bruk verktøyene på en faglig god og forsvarlig måte.

Internettassistert behandling

- Har kommet for å bli i psykisk helsevern
- Vil trolig gjennomgå stor utvikling og innovasjon fremover
- Må dokumenteres at behandlingen gir hjelp på en sikker og effektiv måte

Tidsskrift for Den norske legeforening 1/2017

Vi får stadig mer kunnskap om hvor omfattende voldsproblematikk er i samfunnet. Et stort antall pasienter som oppsøker helse- og omsorgstjenesten, har vært utsatt for, vært vitne til eller utsatt andre for vold eller andre traumatiske opplevelser. Det er viktig at tjenestene har nødvendig kompetanse og en traumesensitiv tilnærming, både når det gjelder å oppdage slike opplevelser og å iverksette relevante tiltak og behandling når det er behov for det. Undersøkelser har vist at hjelpeapparatet i for liten grad avdekker vold og overgrep. Stortinget har vedtatt endringer i helselovgivningen hvor ansvaret for å arbeide mot vold nå er tydeliggjort.

De regionale helseforetakene og kommunene skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Tiltak for bedre samhandling

Mangel på god samhandling er en av de største utfordringene både mellom og innenfor tjenestenivåene. På tross av mange års innsats for bedre samhandling, opplever fortsatt pasienter og pårørende ofte at tjenestene ikke er samordnet eller preget av kontinuitet. Selv om flere kommuner beskriver et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, er det fortsatt utfordringer knyttet til samarbeidet både ved innskriving og utskrivning til og fra spesialisthelsetjenesten, mellom ulike kommunale tjenester og mellom forskjellige deler av spesialisthelsetjenesten.

Fra 1. januar 2017 er *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* innført også for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Forskriften fastsetter krav til utskrivningsprosessen, herunder varslingsplikt og nødvendig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Regjeringen vil foreslå endringer i forskriften, slik at betalingsplikten fra 2019 også gjelder pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Dette vil bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger.

Riksrevisjonen påpeker i rapporten *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helse-tjenesten etter innføring av samhandlingsreformen* (2015–2016) at behovet for å utveksle informasjon har økt etter innføring av samhandlingsreformen (53). Mange helseforetak får mangelfull informasjon fra kommunene i forbindelse med innleggelse i sykehus. Kommunene, på sin side, opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut. Det er viktig at informasjonen flyter bedre mellom tjenestene, slik at pasienter og pårørende ikke trenger å være bindeleddet i helsetjenesten. Helsedirektoratets veileder til kommuner og DPS, *Sammen om mestring*, gir gode eksempler på forløp på tvers av forvaltningsnivåene.

På sikt vil regjeringens satsing *Én innbygger – én journal* kunne løse flere av disse utfordringene. Dersom all relevant informasjon presenteres samlet til helsepersonell, slipper pasienter og brukere å gjenta informasjon underveis i forløpet. Pasientsikkerheten vil bli styrket ved at helsepersonell får et bedre beslutningsgrunnlag. Ved å gi innbyggerne tilgang til én samlet journal, kan de få bedre kontroll over egen helseinformasjon og bedre oversikt over eget behandlingsforløp.

Pakkeforløp på psykisk helse- og rusområdet skal iverksettes fra 2018 og bidra til bedre samhandling, økt forutsigbarhet, raskere utredningsforløp og økt brukerinnflytelse. I alle pakkeforløp skal voldserfaringer inngå. Dette er et utviklingsarbeid basert på samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer i alle deler av helsetjenesten. Pakkeforløp skal implementeres både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

5.2 Sikre kunnskapsbaserte og tilgjengelige tjenester i DPS og BUP

De spesialiserte tjenestene er under utvikling og endring. Det er et mål å styrke samarbeidet med kommunene og videreutvikle det ambulante arbeidet. Nye behandlingsmetoder med dokumentert effekt må implementeres i psykisk helsevern. Nyere erfaringer viser at utredning og behandling i form av intensiv innsats over kortere tid kan ha vesentlig bedre effekt enn tradisjonell

utredning/behandling som ofte går over lengre tid. OCD-teamet ved Helse Bergen (54) har vist at fire dagers intensiv behandling av tvangslidelser (OCD) har god effekt. Teamet er nå inne i en prosess for å gi opplæring og sertifisering i firedagersformatet til terapeuter over hele landet, slik at behandlingsformen blir tilgjengelig for alle som trenger det.

Nærheten mellom somatiske og psykiske helse-tjenester/rustjenester forutsettes styrket. Ved utvikling av nye tjenester/ny organisering bør samlokalisering av sykehusfunksjoner særlig vurderes.

Det er lagt en struktur for tjenestene gjennom 71 distriktspsykiatriske sentre (DPS) og 80 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) over hele landet. Det er imidlertid stor variasjon når det gjelder faglig kompetanse og behandlingstilbud og svært ulike opptaksområder. Dette fører til utfordringer for hva et DPS og BUP skal tilby av anbefalt behandling for ulike psykiske lidelser. Videre er det utfordringer knyttet til rekruttering av lege- og psykologspesialister, faglig standard og organisering av 24/7-beredskap ved DPS og deltakelse av spesialister i ambulant arbeid. En brukertilfredshetsundersøkelse fra 2014 viste at pasientene har gode erfaringer med hvordan de tas imot, men det er behov for bedre informasjon om diagnose og prognose. Undersøkelsen viste også at pasientene opplevde at de hadde for liten medvirkning og innflytelse.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) slår fast at pasienter med de vanligste psykiske lidelsene, traumer, rusavhengighet og alderspsykiatri, skal få utredning og behandling ved DPS. Den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Det er stilt krav om at ambulante akutt-team skal ha lege- og psykologspesialist. Samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt tilbud. Utviklingen av oppsøkende og ambulante team er særlig viktig for personer som av ulike grunner ikke klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) stiller også krav om bedre oppgavedeling og samarbeid

mellom sykehus. For enkelte tilstander kan det være behov for større opptaksområder, og Helse- og omsorgsdepartementet har anbefalt spesialiserte team eller enheter ved noen DPS som kan ivareta sjeldne, alvorlige og kompliserte tilstander. Sykehus skal ivareta utredning og behandling av de tilstander hvor det er behov for ytterligere spesialisert kompetanse. Det kan eksempelvis være avdelinger innen alderspsykiatri, spiseforstyrrelser, sikkerhets- og akuttpsykiatri. De endelige beslutningene om tilbudet ved de enkelte sykehusene skal tas gjennom utredningsprosesser som må gjøres lokalt. Den lokale kunnskapen som er nødvendig for å gjøre konkrete avveieringer av oppgavedeling mellom sykehusene, må drøftes i åpne dialogprosesser der kommunene og brukerorganisasjonene er med.

Avtalespesialistene er viktige bidragsytere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten og bidrar til økt tilgjengelighet til helsetjenesten. De er et viktig alternativ og supplement til sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialister stod for 26 prosent av den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern i 2016, og potensialet er større. Avtalespesialistene skal inkluderes tettere i den offentlige helsetjenesten. Det arbeidet ble satt i gang i 2013, og det er nå et godt rammeverk for samarbeidet mellom sykehusene og avtalespesialistene.

Regjeringen legger til rette for forsøk med kommunal drift av DPS med formål å prøve ut en ny modell for helhetlige tjenester. Departementet utarbeider et rammeverk for ordningen som grunnlag for drøftinger mellom interesserte kommuner og regionalt helseforetak.

Norges forskningsråds evaluering av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) pekte på at både psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid i liten grad hadde et behandlingstilbud til eldre med psykiske plager og lidelser. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2017 utgi nasjonale faglige råd om innhold og organisering av tilbudet til eldre med psykiske lidelser i primær- og spesialisthelsetjenesten, blant annet basert på en kartlegging av tilbudet fra 2014 og vurderinger av behovet videre.

Forebygge kriser, akuttinnleggelse og unødvendig bruk av tvang

Forebygging av kriser, akuttinnleggelse og bruk

av tvang er kanskje de største utfordringene som tjenesteapparatet står overfor. En psykisk lidelse utvikler seg ofte over tid og kan resultere i kriser når tiltak ikke settes inn i tide. Store lidelser kan forebygges gjennom god og systematisk oppfølging av familier hvor det er alvorlige psykiske lidelser. Kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten må stå sammen om denne utfordringen.

Frivillighet og samarbeid er og skal være det bærende prinsippet for psykiske helsetjenester. Tvang er i seg selv negativt for samarbeidet og bidrar ofte til traumatiske erfaringer for pasientene. Det er ikke uvanlig at mennesker med psykiske lidelser er redde for å søke hjelp eller er avvisende til samarbeid på grunn av frykten for tvang. Tvang er av og til nødvendig, men regjeringen har et tydelig mål om at bruk av tvang skal reduseres. Det gjelder både omfanget av innleggelse på tvang, bruk av tvangsmidler (remmer mv.) og tvangsmedisinering. En ny rapport viser også at det anvendes rettighetsinngripende tiltak uten klare lovhjemler (55) i boliger og botiltak overfor personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Regjeringen har satt ned et utvalg som skal foreslå modernisering av tvangsregelverket, og foreslå endringer som møter behovene i dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Det nye regelverket skal støtte opp under målet om å skape pasientens helsetjeneste.

Erfaringer fra for eksempel ACT/FACT-team (Assertive community treatment/Flexible Assertive Community Treatment), brukerstyrte plasser, lokale handlingsplaner og bruk av kriseplaner viser at det ved systematisk arbeid er mulig å oppnå betydelige reduksjoner i omfang av kriser, akuttinnleggelse og bruk av tvang/tvangsinnleggelse. De store variasjonene i tvangsbruk og akuttinnleggelse som tilsynsrapporter og enkelthistorier viser, tyder likevel på at det er et vesentlig potensial for å redusere bruk av tvang i institusjon. Godt faglig arbeid, god faglig ledelse og tydelig bevissthet om verdigrunnlaget for tjenesten er sentrale forutsetninger for å lykkes med målet om å forebygge kriser og redusere bruk av tvang. God rapportering og gode rutiner for evaluering av egen faglig praksis er viktige redskaper i arbeidet. Sammen med et godt forebyggende arbeid, lave terskler, samarbeid med pårørende og systematisk

oppfølging ved psykisk sykdom vil det være mulig å redusere kriser. Kommunene har en nøkkelrolle i dette arbeidet, men et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten er ofte en betingelse for et godt resultat.

5.3 Redusere oversykelighet og overdødelighet blant pasienter med psykiske lidelser

Det er en betydelig oversykelighet og overdødelighet hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Forventet levetid anslås til å være rundt 15–20 år kortere enn for befolkningen for øvrig (56). Overdødelighet finnes i alle psykiatriske diagnosegrupper. Årsakene er sammensatte og til dels uklare, men skyldes i stor grad andre forhold enn den psykiske lidelsen i seg selv. En betydelig del av overdødeligheten tilskrives somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging, men der oppfølgingen er mangelfull. Mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har flere risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer enn andre. Mulige risikofaktorer kan være røyking, kosthold, mindre fysisk aktivitet, psykososialt stress og bivirkninger av psykofarmaka.

Tjenestene må etablere rutiner og en organisering som sikrer en forsvarlig ivaretagelse også av pasientenes somatiske helse. Pakkeforløp for psykisk helse og rus er et viktig tiltak for å bidra til bedre identifisering og oppfølging av somatisk sykdom både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Etter oppdrag i 2015 har helseregionene iverksatt arbeid for å sikre at mennesker med psykiske lidelser og/eller ruslidelser blir utredet for somatisk sykdom, og også at pasienter med somatiske lidelser må utredes for psykiske lidelser og ruslidelser.

«Må bygge bro mellom de ulike fagtradisjonene innen somatisk og psykisk helse for å sikre helhetlig behandling av psykiske og fysiske lidelser»

Fra innspillmøtet til strategien november 2016

Kunnskap om oversykelighet og overdødelighet i disse pasientgruppene må tas inn i grunn- og videreutdanningene, i veiledere og andre former for beslutningsstøtte. Det er behov for en særlig innsats for å tilby mennesker med psykiske lidelser hjelp til å endre på livsstilsfaktorer.

Også selvmord bidrar til overdødelighet og tapte leveår. Årsakene til selvmord er sammensatte og rammer mennesker i forskjellige livssituasjoner. Både individuelle- og miljørisikofaktorer har betydning. Gjennom *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading* (2014–2017) er det blant annet utviklet et e-læringsprogram om selvmordsrisikovurdering for fastleger og psykologer og veiledende materiell til kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Alle tiltak i planen er igangsatt, og flere er ferdigstilt. Det er like fullt behov for å fortsette arbeidet for å redusere forekomst av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å komme med anbefalinger for videre arbeid på området etter at planperioden utløper.

Regjeringen vil

- Sikre utbredelse av dokumentert effektive arbeidsmåter som Rask psykisk helsehjelp, ACT-team og internettassistert behandling
- Implementere og systematisk evaluere pakkeforløp for psykisk helse og rus
- Legge til rette for å forebygge kriser, akuttinnleggelser og bruk av tvang
- Sikre at tjenestene etablerer rutiner og organisering som sikrer forsvarlig ivaretagelse av pasientenes somatiske helse
- Innføre betalingsordningen i forskrift om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykisk helse fra 2019
- Bidra til at tjenestetilbudet er forutsigbart, og at uønsket variasjon reduseres gjennom systematisk kvalitetsforbedring og styrket faglig ledelse
- Sikre systemer og rutiner for å ivareta brukernes innflytelse og medvirkning både på individ- og systemnivå

0

9



0

4

3

9



3

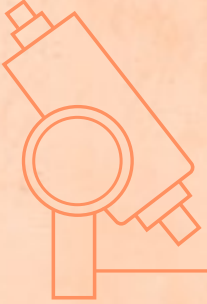
7

6

2



2



3

1

9

9



0

8

5

6

Styrket kunnskap, kvalitet, forskning og innovasjon i folkehelsearbeidet og i tjenestene

Forskning og innovasjon skal bidra til bedre kunnskaps- og forskningsbasert psykisk folkehelsearbeid og utvikling av fremtidens helse- og omsorgstjenester. Det er et mål å kartlegge kunnskapsbehov, utvikle metoder og gjennomføre forskning som både folkehelsearbeidet og tjenestene har behov for. Det er også et mål å ta i bruk foreliggende kunnskap i større grad, evaluere nye tiltak og gjennomføre effektmålinger. Forskning innenfor psykisk helse er i dag ett av fagområdene som mottar mest offentlige forskningsmidler innenfor helse (HelseOmsorg21-monitor).

I folkehelsearbeidet er det behov for en bred kunnskapsplattform hvor ulike strategiske grep og tiltak samlet sett gir mer kunnskap og oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet. Kommunene etterspør kunnskap i form av verktøy, metoder og effekt av tiltak for psykisk helse i folkehelsearbeidet. De etterlyser mer folkehelse-relevante indikatorer i folkehelseprofilene, i tillegg til indikatorer som måler ressurser og livskvalitet. Det foreligger data fra psykisk helsevern i ulike registre, men vi mangler bedre tilgang til helsedata på nasjonalt nivå, som kan gi oss oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet. Dette er data som er viktige både for planlegging av forebyggende tiltak, kvalitet i helse- og omsorgstjenestene og som kan benyttes i sykdomsbyrde-analyser.

6.1 Forskning for å understøtte bedre kunnskap, kvalitet og innovasjon

Vi trenger forskning som kan bidra til mer kunnskap og bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i tjenestene. I tjenestene er det blant annet behov for mer og bedre forskning knyttet til diagnostikk og behandlingsmetoder. Det er behov for forskningsbasert utvikling av digitale verktøy og internettbehandling. På folkehelseområdet er det behov for forskningsbaserte evalueringer av nye og allerede igangsatte tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet prioriterer forskning på psykisk helse gjennom blant annet store helseforskningsprogrammer i Norges forskningsråd og forskning i helseregionene. Det er stor forskningsaktivitet både i Folkehelseinstituttet, i sykehusene og ved universiteter og høyskoler. Det er også utviklet fremragende forskningsmiljøer og forskernettnettverk på noen områder som for eksempel Senter for fremragende forskning på mentale lidelser ved Universitetet i Oslo. Folkehelseinstituttet har etablert et miljø for å styrke forskningsbaserte evalueringer av blant annet folkehelseiltak, og Forskningsrådet tildelte i 2017 Folkehelseinstituttet status som Senter for fremragende forskning om fertilitet og helse. Psykisk helse vil være en del av senterets forskningsportefølje.

Det er behov for mer forskning som utføres på primærhelsetjenestens premisser, med vekt på funksjon, mestring, tilhørighet, selvstendighet og muligheter. Det er viktig at kommunene har god forståelse og sterk bevissthet om betydningen av et forskningsbasert og evidensbasert arbeid innen helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Kommuneledelsen har et ansvar for at den lov-pålagte plikten om medvirkning til og tilrettelegging for forskning faktisk blir overholdt.

Regjeringens målsetting om pasientens helsetjeneste gjelder også for forskning. Brukermedvirkning i hele forskningsprosessen er et viktig tiltak for å bidra til forskning som er nyttig, sett fra et pasient- og brukerperspektiv. Det er manglende kunnskap om effekt av forskjellige tiltak og behandlingsformer, og det gjøres i liten grad effektmåling av behandlingen rundt den enkelte pasient.

Nye teknologiske muligheter skal også komme mennesker med psykiske lidelser til gode. Forskningsprosjektet *Intromat* tar sikte på å utvikle digitale løsninger for forebygging, behandling og oppfølging av psykiske lidelser som depresjon, sosial angst, bipolare lidelser, ADHD samt psyko-social støtte ved kreft.

Intromat

- Forskningsprosjekt finansiert av Forskningsrådet
- Integreere adaptiv teknologi og evidensbasert psykologisk behandling
- Utvikler digitale psykologiske intervensjoner

www.intromat.no

Partnerne i prosjektet representerer helsesektoren, helseforskere, IT-forskere, IT- industri og brukere. Prosjektet vil i samarbeid med sine industripartnere utvikle teknologi, for deretter å undersøke kliniske effekter av digitale helsetjenester for psykisk helse. Til sammen vil dette kunne styrke norsk industri innen e-helse parallelt med at en øker bruk og anerkjennelse av teknologi i psykisk helsevern.

6.2 Helseregistre for å bidra til mer og bedre kunnskap og kvalitet i tjenestene

For å bedre datagrunnlaget om psykiske lidelser og ruslidelser, er det en prioritert oppgave å få på plass første versjon av kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), og å videreutvikle Norsk pasientregister (NPR), Dødsårsaksregisteret og Reseptregisteret. KPR er planlagt etablert i løpet av 2017 med data fra KUHR-registeret (kontroll og utbetaling av helserefusjon). Hovedformålet med KPR er å fremskaffe data for planlegging, styring, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene for sentrale og kommunale myndigheter. Data vil danne grunnlaget for forskning og stadig forbedring av tjenestene fra de ansvarlige virksomheters side, der målet er helhetlige helse- og omsorgstjenester basert på pasientens/brukerens behov. Utviklingen av registeret vil pågå over flere år, og de neste versjonene vil inkludere data fra Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), allmennlegetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten m.m.

Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å etablere et program for helsedata som skal legge til rette for sammenstilling og tilgang til data fra helseregistre og andre helsedatakilder. Helsedataprogrammet vil, gjennom arbeidet med å etablere et bedre system for sammenstilling av data, legge grunnlaget for en løsning for bedre og mer oppdaterte data om psykiske lidelser og ruslidelser. Samtidig vil Folkehelseinstituttet i løpet av 2017 ha gjennomført et analyseprosjekt om psykiske lidelser og ruslidelser, som vil være et viktig bidrag i dette arbeidet. Helseregistrene vil etter hvert gi oversikt over hvor mange som er i kontakt med helsetjenesten for psykiske lidelser og ruslidelser, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De vil gi et godt bilde av forekomsten av de alvorligste lidelsene hos personer som er i kontakt med helsetjenestene.

Kombinasjonen av nasjonale data om psykiske lidelser og ruslidelser og nasjonale kvalitetsregistre kan bidra til bedre kvalitet og oppfølging av personer med psykiske lidelser. Det pågår enkelte prosesser med mål om oppretting av nasjonale kvalitetsregistre: Et kvalitetsregister for spiseforstyrrelser er gitt nasjonal status, mens

det foreligger en søknad om nasjonal status for et register for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er tatt initiativ og arbeides med en søknad om et ECT-register (electroconvulsive therapy) og et kvalitetsregister knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern. Det er metodiske og praktiske utfordringer ved å etablere gode kvalitetsregistre innenfor psykiske helsevern, men både Sverige og Danmark har etablert slike. Regjeringen ser det som viktig og ønskelig at det etableres medisinske kvalitetsregistre innenfor egnede områder innen psykisk helsevern. Utvikling og etablering av registrene forutsettes å skje innenfor det etablerte systemet for nasjonale medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status.

Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis)

Registeret skal

- Bidra til å utvikle, forbedre og kvalitetssikre utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging
- Dokumentere behandlingsresultat og varighet
- Evaluere dagens behandlingsstruktur og forskjeller i organiseringen av behandlingstilbudet
- Bidra til økt kunnskap om spiseforstyrrelser og behandlingen av disse tilstandene
- Danne grunnlag for forskning

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

6.3 Nasjonale helse- og levekårsundersøkelser for bedre oversikt over befolkningens psykiske helse og livskvalitet

Det er behov for å få en mer helhetlig og oppdatert oversikt over befolkningens psykiske helse og omfanget av psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen. Nasjonale data i regi av helsedata-programmet, som beskrevet i 6.2, vil gi et godt bilde av forekomsten av de alvorligste lidelsene hos personer som er i kontakt med helsetjenestene, men kan ikke si noe om forekomsten av psykiske lidelser i hele befolkningen. En slik oversikt kan fås gjennom en nasjonal representativ diagnosebasert undersøkelse.

Folkehelseinstituttet anbefalte i en rapport fra 2016 (57) å pilotere en slik undersøkelse og skal gjennomføre piloten i samarbeid med HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) forsknings-senter. I kombinasjon med bedre helsedata om psykiske lidelser og ruslidelser basert på registerdata, vil dette gi oss det best mulige beregningsgrunnlaget for den totale forekomsten av psykiske lidelser og ruslidelser i Norge.

Helsedirektoratet har i samarbeid med blant annet Folkehelseinstituttet, Velferdsforskningsinstituttet (NOVA) og Statistisk sentralbyrå (SSB) iverksatt et prosjekt som skal munne ut i et anbefalt indikatorsett for måling av både subjektiv og objektiv livskvalitet. Indikatorsettene skal både kunne danne grunnlaget for en egen livskvalitetsundersøkelse på nasjonalt nivå, samt kunne brukes inn i allerede eksisterende undersøkelser med tilgrensende tematikk. Prosjektet tar sikte på å gjennomføre en pilot for en nasjonal undersøkelse i 2018.

For barn og unge er Ungdata en viktig kilde til regelmessige datainnsamlinger, som kan beskrive psykisk helse, livskvalitet og trivsel. I tillegg piloteres nå en helt ny undersøkelse, Ungdata junior. I 2017 skal det gjennomføres en pilot-spørreundersøkelse for 5.-7. trinn for å kartlegge hvordan barn i denne aldergruppen opplever hverdagen sin, og hva de tenker om fremtiden. Drøyt 7000 elever deltar i pilotprosjektet. De årlige Elevundersøkelsen i regi av Utdanningsdirektoratet samler inn data om elevenes læring, trivsel og omfang av mobbing. I tillegg foreligger registerdata fra Norsk pasientregister (NPR), men for å få et samlet bilde av forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge, vil dette kreve at det innhentes nasjonale representative diagnosebaserte data.

Vi har mangelfulle data om forekomst av psykiske lidelser hos eldre (47). Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NORlag) samler inn data om blant annet psykisk helse og livskvalitet for befolkningen over 40 år, men kan ikke si noe om forekomst. Forskningsrådets evaluering av *Opptappingsplanen for psykisk helse* (2010) pekte på manglende kunnskap om Eldres psykiske helse. Vi har fortsatt svært mangelfull kunnskap både om forekomst og hvor godt tjenestetilbudet er tilpasset den eldre delen av befolkningen.

6.4 Styrket rekruttering, kompetanse og kvalitet i tjenesten

God kompetanse på riktig nivå og på riktig sted er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Behov for tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og god bruk av tilgjengelige personellressurser er sentrale temaer både i *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* og i *Primærhelsetjenestemeldingen*. Derfor har regjeringen laget en egen plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, *Kompetanseløft 2020*. Formålet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste, og at den kommunale helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning. *Kompetanseløft 2020* følger opp Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, regjeringens plan for omsorgsfeltet, *Omsorg 2020*, og Prop.15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

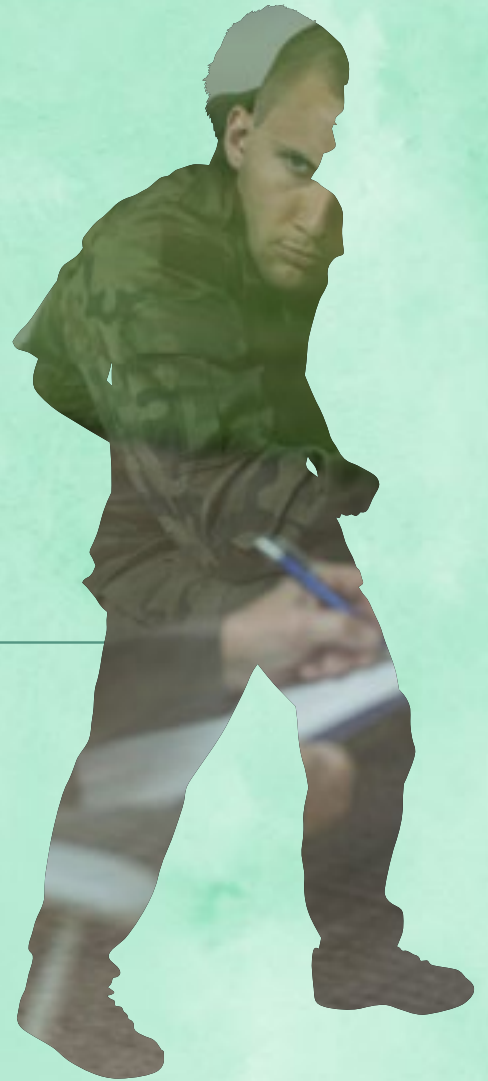
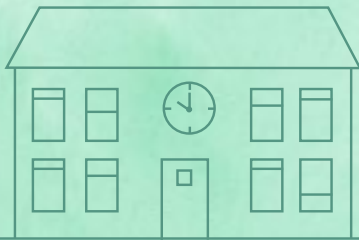
Utdanning og forskning skal fremskaffe kunnskap og kompetanse som er innrettet mot pasientene og brukernes behov. Regjeringen utarbeider et nytt system for styring av læringsutbytte i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Innholdet i utdanningene skal i større grad enn i dag utvikles og oppdateres regelmessig i tråd med tjenestenes behov. Etablering av et nytt styringssystem med en forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene for alle de 19 helse- og sosialfagutdanningene, er en del av oppfølgingen av Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd – Samspill i praksis*. Styringssystemet skal sikre nødvendige kompetansekrav og gi grunnlag for avvikling av dagens ordning med særskilte rammeplaner for enkelte helse- og sosialfagutdanninger. Det skal utvikles nasjonale faglige retningslinjer for alle de 19 helse- og sosialfagutdanningene. Kunnskapsdepartementet sendte forslag til forskrift om felles rammeplan for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene og forslag til nytt styringssystem for disse utdanningene på høring i januar 2017 med høringsfrist april 2017. I forslaget til forskrift om felles rammeplan foreslås det at kandidatene

skal ha kunnskap om sosiale og helsemessige problemer, inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer, og å kunne identifisere og følge opp mennesker som opplever/lever med slike utfordringer.

I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* omtales behovet for at personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har høyere og bredere kompetanse enn i dag. Regjeringen innfører fra 2020 krav om psykologkompetanse, og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvilke videreutdanninger for sykepleiere vi vil ha behov for.

Regjeringen vil

- Sørge for at forskningsaktivitet, kunnskapsgap, forskningsaktører og ressurser innenfor psykisk helse blir gjennomgått for å sikre best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser ut fra målet om best mulig helse i hele befolkningen
- Sørge for at det både utvikles bedre registerdata for psykiske lidelser og ruslidelser og medisinske nasjonale kvalitetsregistre på egnede områder
- Videreutvikle datainnsamling og analyser om befolkningens livskvalitet på nasjonalt og lokalt nivå
- Bidra til at nasjonalt og lokalt folkehelsearbeid baseres på forskningsbasert kunnskap, herunder nye data til fylkeshelse- og kommunehelseprofiler.
- Vurdere etablering av en nasjonal forekomstundersøkelse av psykiske lidelser og ruslidelser på bakgrunn av pilot som gjennomføres av HUNT og Folkehelseinstituttet



7

Fremme god psykisk helse hos barn og unge

En trygg oppvekst bidrar til å skape en god og robust psykisk helse og vil bidra til at færre barn og unge kommer i risikosituasjoner hvor de kan utvikle psykiske plager og lidelser. Barns rett til en trygg oppvekst er en grunnleggende rettighet i FNs konvensjon om barns rettigheter. Deltakelse og medvirkning fremmer helse og livskvalitet. Foreldre er barn og unges viktigste omsorgspersoner og støttespillere, og godt foreldreskap er viktig for å fremme god psykisk helse hos barn og unge. Selv om Ungdata-undersøkelsene viser at de fleste barn og unge har et godt forhold til sine foreldre, er det også mange foreldre som opplever utfordringer med å lykkes i foreldrerollen.

Ifølge Ungdata-undersøkelsene med data fra 2014, 2015 og 2016, fremstår dagens tenåringer som en «veltilpasset, aktiv og hjemmekjær ungdomsgenerasjon. Båndene mellom ungdom og foreldre er blitt ytterligere forsterket de senere årene, og den skikkligheten vi har sett prege ungdomsgenerasjonene siden årtusenskiftet fortsetter bare å øke» (58). Samtidig peker undersøkelsen på trekk som gir grunn til bekymring: Det er en tendens til at stadig flere jenter mangler fortrolige venner. Det er noen flere enn før som er plaget av ensomhet, og omfanget av depressive plager har økt noe. I den siste Ungdata-rapporten fra 2017 er denne tendensen forsterket ytterligere: Andelen jenter som rapporterer om psykiske plager har økt, og ensomhetstallene er de høyeste siden Ungdata startet i 2010, med en økning både for gutter og jenter. Frem til 2016 viser tallene en nedgang i

andelen jenter som trives på skolen, og en økning i andelen som opplever å bli plaget, truet eller frosset ut av andre ungdommer. På de fleste av disse områdene har utviklingen for guttene vært stabil, med unntak av depressive helseplager som har gått svakt ned for guttene siden Ungdata-målingene startet på begynnelsen av 2010-tallet. 2017-tallene viser imidlertid en økning også for gutter. Denne utviklingen understøttes av tall fra SSBs levekårsundersøkelse og Ung i Oslo-undersøkelsen som viser at forekomsten av psykiske plager har økt blant unge jenter de siste ti årene. Også tall fra Reseptregistret peker i retning av samme utvikling: Det har vært en sterk økning i forskrivning av antidepressiva til unge jenter i alderen 15–17 år. Det har også vært en stor økning i andelen unge uføre, det gjelder særlig unge menn. Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uførhet for personer under 30 år. Forskning viser at det er sosial ulikhet i opplevelsen av mestrings, sosial støtte, stress og ensomhet (58;59). Forskning viser også at barn i fattige familier har større risiko for både fysiske og psykiske helseplager. Det er videre klare sammenhenger (60) mellom mobbing og psykiske plager.

Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har så betydelige psykiske plager at det går utover deres daglige fungering. Mange av disse kan sannsynligvis klare seg godt dersom de får tilbud om lavterskelhjelp og tidlig intervensjon. Omkring 8 prosent har plager av en slik art og intensitet at de tilfredsstill

kravene til en diagnostiserbar psykisk lidelse, og kan trenge mer spesialisert behandling. Slik behandling kan skje i kommunen eller i BUP.

Studenter befinner seg ofte i en overgangsfase med flere utfordringer. Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (ShoT) fra 2014 viste en økning i psykiske plager fra 2010. Selv om de fleste studenter håndterer denne overgangsfasen godt, viste undersøkelsen at 7–15 prosent strever mye i studiesituasjonen, og at 24 prosent av kvinnelige studenter rapporterer om alvorlige psykiske plager. Årsakene er sammensatte og kan ikke tilskrives isolerte særtrekk ved studietilværelsen. Innsatsen rettet mot å bedre studenters psykiske helse må derfor omfatte både helsefremmende, forebyggende og kurative tiltak. Neste ShoT-undersøkelse planlegges gjennomført i 2018 i samarbeid med Folkehelseinstituttet, og den skal sendes til alle landets studenter.

Enslige mindreårige asylsøkere kan ha forhøyet risiko for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, søvnløshet og angstlidelser (61). Tidlig innsats, god oppfølging og samarbeid mellom aktørene er spesielt viktig når det gjelder denne gruppen. Noen asylsøkende barn og unge er også ekstra sårbare på grunn av nedsatt funksjonsevne. For disse barna er godt samarbeid på tvers av sektorer helt nødvendig. Skolen har behov for mer kompetanse om for eksempel traumer. I 2016 ble det arrangert fylkesvise kurs for skoleledere, lærere og andre som arbeider med opplæring av barn og unge asylsøkere og flyktninger. Kursene skulle bidra til å styrke kunnskapen om blant annet ivaretagelse av flyktningbarn og deres psykososiale helse, inkludert håndtering av elever med traumer. For 2017 har fylkesmennene fått tildelt midler til videre kompetanseheving i eget fylke.

Vold og overgrep mot barn er et betydelig folkehelseproblem og en av samfunnets store utfordringer. Barn utsatt for vold i nære relasjoner har større risiko for fysiske og psykiske helseplager både på kort og lang sikt, og kan preges av dette hele livet. Å følge opp *Regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* er viktig for å forebygge voldshendelser og bidra til gode tjenester for de som har vært utsatt for vold og overgrep. Barnevoldsutvalget fremla NOU 2017: 12

Svikt og svik i juni 2017. Utredningen synliggjør svikt i tjenestene og foreslår mange tiltak. Utredningen vil bli sendt på høring.

Regjeringen vil satse på barn og unge gjennom blant annet å utrede om formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal utvides til også å omfatte behandling. Videre vil regjeringen utrede hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre.

7.1 Satsing på barn og unge i det systematiske folkehelsearbeidet

Et psykisk helsefremmende miljø for barn og unge inneholder enkelte godt dokumenterte kjernelementer:

- Alle bør ha tilgang på miljøer med vennskap og sosial støtte, og oppleve positive relasjoner til voksne, jevnaldrende og yngre. Det betyr blant annet at ingen bør utsettes for diskriminering, mobbing eller å bli holdt utenfor fellesskapet av jevnaldrende.
- Alle bør få oppleve mestring. Ingen bør oppleve å tape på alle arenaer og områder i livet. Kravene en utsettes for, bør være rimelige i forhold til den enkeltes forutsetninger og muligheter. Å lykkes med noe bidrar til et positivt selvbilde og en positiv identitet.
- Alle bør få muligheter til engasjement og være med på å påvirke sin egen hverdag og sine omgivelser. Dette bidrar til å skape positive holdninger og motvirke passivitet og likegyldighet.
- Alle bør ha tilgang til et lokalmiljø som legger til rette for rusfrihet. Det å holde seg fri for rusmiddelbruk i ungdomsårene er et viktig bidrag til å redusere rusavhengighet i framtidens voksne befolkning.

Et nærmiljø med nærhet til natur og mulighet for fysisk aktivitet, gode fritidstilbud og en vel fungerende frivillig sektor i kommunen er også av betydning for barn og unges psykiske helse.

Velfungerende sosiale nettverk der den enkelte opplever tilhørighet og støtte er assosiert med redusert risiko for å utvikle depresjon, angst og

psykosomatiske plager. For ungdom med innvandrerbakgrunn kan ungdomstiden innebære en periode av livet der kunnskap og bevissthet om egen bakgrunn blir mer relevant. For denne gruppen blir opplevelsen av tilhørighet særlig viktig. Opplevd sosial støtte fungerer som en beskyttelse eller buffer mot andre belastninger og ulike former for stress barn og unge kan utsettes for. Ensomhet rapporteres oftest blant unge og eldre, og de siste Ungdata-tallene viser en økning blant unge på ungdomstrinnet og i videregående skole. Opplevd sosial støtte kan bidra til å redusere ensomhet.

Program for folkehelsearbeid: systematisk og målrettet arbeid for å fremme barn og unges psykiske helse

Kommunen har virkemidler til å skape gode rammer for barn og unge både som samfunnsutvikler og tjenesteyter. For å lykkes med dette er det nødvendig å legge vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelse av mening. Det er en viss variasjon mellom kommuner, men generelt er det mangler i kommunenes systematiske og langsiktige folkehelsearbeid for å fremme barn og unges psykiske helse (18).

Program for folkehelsearbeid startet i 2017 og er et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Satsingen er viktig nettopp for å styrke kommunens arbeid med barn og unges psykiske helse. Programmet skal gå over ti år og er et utviklingsarbeid for å fremme psykisk helse, lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Selv om programmet retter seg mot hele befolkningen, er barn og unge en prioritert målgruppe. Det skal legges vekt på å utvikle og spre metoder og tiltak for å styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet og hindre utstøting.

Utviklingsarbeidet som skal skje i kommunene, skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og søkes forankret i kommunens planer etter plan- og bygningsloven. På denne måten vil programmet bidra til systematisk og målrettet arbeid.

Resultatmålene for programmet er:

- Innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det.
- Innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det.
- Innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse.

For å nå disse målene kreves systematisk nasjonal oppfølging over flere år. Dette omfatter blant annet støtte til kunnskapsbasert utvikling av tiltak og verktøy i kommunene, kompetansestøtte og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker. Det omfatter også videreutvikling og implementering av styringsdata, styrket samarbeid mellom sentrale aktører og samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene. Programmet starter i noen fylker i 2017, men skal trappes opp slik at alle fylker inngår i programmet. Programmet skal være gjenstand for en forskningsbasert evaluering, og Folkehelseinstituttet deltar i planleggingen av denne. Videre vil ulike kompetansesentre delta.

7.2 Godt psykososialt miljø i barnehager og skoler – fremme livsmestring og forebygge mobbing

Barnehagen og skolen skal tilby et omsorgs- og læringsmiljø som er til barns beste. Barnehagebarn og elever skal oppleve trygge og gode miljøer som bidrar til å fremme barn og unges mestring og psykiske helse. Dette omfatter også det psykososiale miljøet, inkludert vennskap, trygge voksne, og forebygging av sosial ekskludering, krenkelser og mobbing.

I en rapport fra NOVA (62) kobles psykiske plager blant ungdom til at ungdom opplever mer stress i hverdagen enn tidligere generasjoner. Rapporten peker på at både sosiale medier og skolerelatert stress kan gi psykiske plager.

Etter *forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler* skal disse fremme trivsel og gode psykososiale forhold. Det vises til Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen*, der det er varslet at regjeringen vil gjennomgå og oppdatere regelverket for fysisk og psykososialt miljø i barnehager og skoler. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet med underliggende etater. Arbeidsgruppen skal i hovedsak se på kravene til det fysiske miljøet i barnehager og skoler. Kvaliteten ved det fysiske miljøet har også betydning for det psykososiale miljøet, og begge regelverk må derfor ses i sammenheng.

Fremme livsmestring

Forebygging starter i barnehagen, og ansatte må ha kunnskap og kompetanse om hva som fremmer god livsmestring og psykisk helse.

I ny *forskrift om rammeplan for barnehagene*, som trer i kraft høsten 2017, utfylles barnehagelovens bestemmelse om at barnehagen skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller. Det understrekes at barnehagen skal være en arena hvor fysisk og psykisk helse skal fremmes, og at barnehagen skal bidra til barnas trivsel, livsglede, mestring og følelse av likeverd, samtidig som barnehagen skal forebygge krenkelser og mobbing. Rammeplanen vektlegger barnehagens forpliktelser for at hensynet til barnets beste blir ivaretatt. Barnehagen skal aktivt legge til rette for utvikling av vennskap og sosialt fellesskap, og personalet skal forebygge, stoppe og følge opp diskriminering, utestenging, mobbing, krenkelser og uheldige samspillsmønstre. Med ny rammeplan er det lagt et godt grunnlag for barnehagen som fremtidens helsefremmende arena.

Barn og unge etterlyser mer kunnskap om hvordan de kan mestre livet og ha dette som fag inn i skolen. De etterlyser også mer kunnskap om psykisk helse både blant elever og lærere (63).

Som oppfølging av Meld.St. 28 (2015–2016) *Fag – Fordypning – Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet*, innføres livsmestring og folkehelse som ett av tre nye tverrfaglige tema. Temaene er omtalt i

forslag til ny generell del av læreplanverket og vil være en del av læreplanene for fag der det er relevant. I meldingen pekes det på at gode helsevalg er en del av å mestre livet, og kunnskap om fysisk og psykisk helse og konsekvenser av livsstil har stor betydning. Videre står det at temaet vil ha både et individuelt, samfunnsmessig og sosialt perspektiv. Det vil være naturlig for skolene å se opplæringen i livsmestring i sammenheng med utvikling av skolefellesskapet, elevenes psykososiale miljø og arbeidet mot mobbing. Det er Utdanningsdirektoratet som har fått i oppdrag å utarbeide elementene som inngår i fagfornyelsen, og de arbeider med å planlegge hvordan de også kan involvere både elever, lærere og aktuelle målgrupper i hele prosessen.

Vestfold fylkeskommune: Psykisk helse og læring

Vestfold har utarbeidet en veileder for lærere og skoleledere om hvordan de kan skape forebyggende og helsefremmede læringsmiljøer og hvordan de kan oppdage elever med psykiske plager

www.vfk.no

For å være en psykisk helsefremmende arena, må skoleeiere, lærere og elever ha kunnskap om hva som bidrar til å fremme god psykisk helse. Under *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1999–2008) ble tilskuddsordningen *Psykisk helse i skolen* etablert. Som et resultat av dette har flere ulike programmer blitt implementert ved mange barne- og ungdomsskoler og ved flere videregående skoler. Tilskuddsordningen ble videreført også etter 2008, og i 2017 mottok i alt 17 tiltak og programmer tilskudd fra Helsedirektoratet.

Forebygge mobbing

Et godt psykososialt miljø som gir barn opplevelse av tilhørighet og å være en betydningsfull del av et fellesskap, forebygger mobbing. Fremming av et godt psykososialt miljø i skoler og barnehager er derfor grunnlaget som arbeidet med å forebygge mobbing må bygge på.

Barneombudet og Foreldreutvalget for barnehager opplyser at det kommer mange henvendelser om

barn som mistrives, blir mobbet eller utestengt fra lek i barnehagen, og de etterlyser klarere lovregulering av barn og foreldres rettigheter knyttet til barnehagemiljøet. Også høringsvar til utredningen *Å høre til – virkemidler for et godt psykososialt skolemiljø* (NOU 2015: 2) påpekte behovet for regulering på barnehageområdet, tilsvarende som på skoleområdet.

Den nye forskriften om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver som trådte i kraft 1. august 2017, stiller krav til at personalet i barnehagen må forebygge, håndtere og stoppe krenkelsers eller mobbing i barnehagen. Det kommer også tydelig frem at personalet skal sørge for at barnehagen er en inkluderende arena, der alle barn skal oppleve trygghet, tilhørighet og trivsel.

Sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager har blitt grundig dokumentert gjennom to nye rapporter i 2017. Rapportene bygger på en gjennomgang av eksisterende forskning på området. Den første rapporten (60) dokumenterer at elever som har blitt utsatt for alvorlig og langvarig mobbing, har stor risiko for å utvikle psykiske helseproblemer. Den andre rapporten (64) dokumenterer at de som er blitt utsatt for mobbing heller ikke får god nok oppfølging i etterkant. I følge rapportene skyldes dette at mange skoler og kommuner ikke har forstått nødvendigheten av slik oppfølging. I tillegg er det mangelfullt samarbeid mellom skoleledelse, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og de øvrige helse-, omsorgs- og sosialtjenestene.

Elevundersøkelsen fra høsten 2016 viser at mer enn 50 000 elever mobbes 2–3 ganger i måneden eller oftere på skolen. Belastningen ved mobbing medfører blant annet betydelig økt risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser, og denne risikoen vedvarer i mange tilfeller i voksen alder. I NOVA-rapport 15/03 fremkommer det at minoritets elever i større grad enn majoritets elever utsettes for mobbing, og elevundersøkelsen fra 2015 (65) viser at skoler med mange minoritets elever har mest problemer med mobbing både på mellomtrinnet og på ungdomstrinnet.

Forskning og trivselsundersøkelser der barn selv blir spurt, viser at forekomsten av mobbing i

barnehagen har vært undervurdert, og at det der også forekommer mobbing, erting og utestenging fra lek (66).

Regjeringen har tatt konsekvensen av at mobbing forekommer både i skole og barnehage. Å forebygge og bekjempe mobbing i barnehagene inngår derfor i alle de nye tiltakene som gjennomføres. Det mest omfattende tiltaket handler om å styrke de voksnes kompetanse. Det er utformet en konkret og målrettet kompetansepakke som skal være best mulig tilpasset den lokale situasjonen i kommuner, barnehager og skoler. Kommunene som har de største utfordringene knyttet til mobbing, skal få mer støtte og veiledning enn andre, blant annet gjennom bruk av eksterne veiledere. Andre kommuner får tilbud om skole- og barnehagebasert kompetanseutvikling med felles samlinger. I begge disse satsingene er det gjennomført egne piloter for barnehagene. I tillegg utvikles det nå nettbaserte ressurser om mobbing for både barnehager og skoler.

Sentrale elementer i alle satsingene er økt kunnskap om forebygging av mobbing gjennom utvikling av trygge og inkluderende miljøer for alle barn og unge. Dette handler om faktorer som vennskap, gode relasjoner mellom barn, mellom barn og voksne, god ledelse og et tett samarbeid med hjemmene. Kompetansesatsingen handler også om bedre regelverksforståelse og om hvordan konkrete mobbesaker skal løses.

I tillegg vedtok Stortinget i juni 2017 nye skolemiljøregler som skal sikre bedre rettssikkerhet for barn og deres familier, dersom de blir utsatt for mobbing. De nye reglene legger større vekt på de konkrete tiltakene som skolene skal gjennomføre for å gjenopprette trygge og gode miljøer for de elevene som har blitt utsatt for mobbing.

Som en del av regjeringens nye politikk mot mobbing har Barneombudet fått doblet sine ressurser til å støtte og veilede de som er blitt utsatt for mobbing og deres familier i konkrete mobbesaker. Dette gjelder både for elever og barnehagebarn.

I januar 2016 signerte regjeringen, sammen med 12 sentrale organisasjoner i skole og barnehage, et nytt Partnerskap mot mobbing (67), hvor det slås

fast at alle barn og unge har rett til et læringsmiljø uten mobbing. Med partnerskapet forplikter organisasjonene seg til både felles tiltak og tiltak i den enkelte organisasjon. Partnerne skal blant annet bidra til å utvikle kompetanse lokalt om virkemidler for å forebygge, avdekke og bekjempe mobbing og krenkelser, spre informasjon og bygge lokale nettverk.

Øke andelen som fullfører videregående utdanning

Regjeringen har hatt som mål å øke andelen som fullfører videregående opplæring, til 90 prosent. Frafall fra videregående opplæring er et alvorlig problem – ikke bare for den enkelte, men også for samfunnet som helhet. Personer uten videregående opplæring har lavere inntekt, svakere arbeidsmarkedstilknytning, økt risiko for fysiske og psykiske helseplager, større sannsynlighet for bruk av offentlige trygde- og stønadsordninger og økt sannsynlighet for kriminalitet. Beregninger gjennomført av Senter for økonomisk forskning (SØF) viser at dersom fullføring av videregående opplæring økes fra 70 til 80 prosent, vil det innebære en kostnadsreduksjon for samfunnet på anslagsvis 5,4 milliarder kroner for hvert kull. En indikator som gir oss særlig grunn til bekymring, er det stadig økende antallet unge uføre.

Årsakene til at elever ikke gjennomfører videregående opplæring, er sammensatte og kan forklares både ut fra skolerelaterte forhold og ikke-skolerelaterte forhold. Lite tilpasset opplæring, dårlig skolemiljø, feilvalg, manglende motivasjon og lære vansker, men også fysiske- og psykiske helseproblemer, rusmiddelproblemer eller vanskelige hjemmeforhold påvirker gjennomføringen. Den viktigste enkeltårsaken til frafall er imidlertid svake, faglige ferdigheter fra grunnskolen. Regjeringen har derfor satt i gang flere tiltak for å øke kvaliteten i skolen slik at elevene skal få best mulig opplæring.

0–24 samarbeidet skal føre til et mer forpliktende samarbeid rundt barn og unge i risiko for å utvikle problemer

www.regjeringen.no

Regjeringen har også sørget for en lovendring som gjør det mulig for skoleeiere å tilby mer grunnskoleopplæring for elever med rett til videregående opplæring, som har behov for det. Dette vil særlig kunne være viktig for elever som kommer til Norge sent i skoleløpet, og har kort tid i grunnskolen før de skal over i videregående opplæring. Elever som selv har innvandret, og spesielt de med kort botid, fullfører videregående opplæring i langt lavere grad enn øvrige elever.

Fylkeskommunen er ansvarlig for videregående opplæring. For å bidra til mer systematisk arbeid mot frafall har myndighetene hatt flere satsinger, først *Ny GIV* og deretter *Program for bedre gjennomføring*. Arbeidet i fylkene har gitt resultater – det jobbes mer systematisk og målrettet både i fylkene og på den enkelte skole med frafall, og det er større bevissthet om utfordringene. Likevel er det vedvarende lave gjennomføringstall. Derfor ble det i 2015 etablert et femårig tverrsektorielt samarbeid, 0–24-samarbeidet, mellom fem departementer med tilhørende etater. Formålet med samarbeidet er å forsterke den tverrsektorielle oppfølgingen av utsatte barn og unge i alderen 0–24 år. Med utsatte menes barn og unge med risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseoppnåelse i skolen, og fremtidig marginalisering fra utdanning og arbeidsliv. Eksempler på risikofaktorer er levekårsutfordringer, psykososiale vansker, helseutfordringer, vanskelig hjemmesituasjon og språkutfordringer.

Sentralt i samarbeidet er utvikling av felles tiltak og strategier med bedre koordinering av statlige innsatser og virkemidler, som derigjennom vil bidra til bedre samarbeid og koordinering mellom de lokale tjenestene. Det er behov for å bedre evnen til å oppdage risiko og problemutvikling tidlig, og evnen til å handle adekvat i de ulike berørte tjenestene.

Et annet samarbeid som blant annet er rettet inn mot barn og unge, er *Inn på tunet*-satsingen (68). Kunnskapsdepartementet og Landbruks- og matdepartementet står sammen om en veileder om gården som læringsarena for barn og unge, der pedagogiske tilbud i samarbeid med utdanningssektoren kan utformes for grupper med særskilte utfordringer. Det er utarbeidet en nasjonal handlingsplan for *Inn på tunet* (2013–2017), og flere

fylker har utarbeidet handlingsplaner på oppdrag fra regjeringen.

7.3 Sosiale nettverk og sosiale medier

Blant barn og unge i Norge oppgir 77 prosent at de bruker internett daglig, og hele 94 prosent av barn i alderen 9–16 år har tilgang til mobiltelefon. Digitale medier spiller i dag en sentral rolle i hverdagen – både for skolearbeid og for ungdoms sosiale liv. En rapport fra Medietilsynet (69) i 2016 viser at Snapchat, Instagram og Facebook er klart mest utbredt blant barn og unge, og at bruken av Facebook og Snapchat øker med alderen. Jenter bruker Snapchat og Instagram i større grad enn guttene, og fra 13-årsalder er det langt flere jenter enn gutter som mener det er viktig å få tilbakemeldinger på sosiale medier.

Den nye teknologien gjør at barn og unge kommer i kontakt med jevnaldrende på nye måter. De nye mediene er dessuten en sentral formidlingskanal for hva som ellers skjer i ungdomskulturene. Det kan handle om alt fra å holde kontakt med venner til å arrangere fester, konserter eller politiske markeringer. Men sosiale medier er også en arena for sosial ekskludering, mobbing og overgrep. Tall fra Ungdata viser at det er en sammenheng mellom skjermtid og mobbing: De som bruker mest tid foran en skjerm, er også de som hyppigst både blir mobbet av andre og selv mobber andre. I en kunnskapsoppsummering om digital mobbing (70) fra Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble det konkludert med at det var mange likhetstrekk mellom tradisjonell og digital mobbing. Samtidig har digital mobbing enkelte særtrekk: Den anonymiteten mobberen kan ha på sosiale medier er forskjellig fra tradisjonell mobbing. Forekomststudier har rapportert at digital mobbing er mindre utbredt enn tradisjonell mobbing (71). Samtidig er det overlapp mellom tradisjonell og digital mobbing.

«Om du finner deg en venn som gjør at du virkelig ikke bryr deg om å sjekke Snap mens dere er sammen, og han/hun heller ikke bryr seg, da har du funnet en perfekt venn.»

Kommentar Ungdata 2016

Både offentlige og frivillige etater og organisasjoner bidrar med råd om bruk av sosiale medier:

Politiets nettpatrulje Kripos har en egen facebook-side der de blant annet deler råd til foreldre om hvordan man unngår overgrep på nett og i sosiale medier. Politiet har også nettside for tips om å hindre og forebygge seksuell utpressing, krenkende seksuell adferd på nett og nettsteder med overgrepsmateriale osv.

Redd barna har omfattende sider om barn og digitale medier, både om mobbing, sosiale medier, nettovergrep og spill. På hjelpelinjen Kors på halsen (chat og telefon) har Røde kors nett og mobil som et særlig viktig tema, og er en sentral samarbeidspartner for Medietilsynets Trygg bruk-senter. «Du bestemmer» er den primære ressursen for skolens opplæring i digital dømmekraft, med undervisningsopplegg og filmer om en rekke tema. Medietilsynet har et eget Trygg bruk-senter på tvers av flere sektorer, med mye informasjon om barn og unges digitale hverdag.

Gode råd og hjelp for trygg bruk av sosiale nettverk og medier

Kripos på Facebook:

www.facebook.com/KriposNCIS

Politiets nettpatrulje:

www.facebook.com/nettpolitiet/?fref=ts

Kripos på Twitter:

twitter.com/kripos_ncis

Tips politiet – Seksuell utnyttelse av barn på internett:

<https://www.politi.no/tjenester/tips-politiet>

Redd barna:

www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barn-i-norge/nettvett

Kors på halsen:

www.korspahalsen.no

Medietilsynet trygg bruk:

www.medietilsynet.no/barn-og-medier/trygg-bruk

Mange har venner på sosiale medier, men få nære relasjoner. En amerikansk studie fra 2017 (72) konkluderte med at ungdom i alderen 19 til 32 år som brukte mye tid på sosiale medier, følte seg

mer sosialt isolert enn de som brukte mindre tid. Studien kan imidlertid ikke si noe om unge bruker mye tid på sosiale medier fordi de er ensomme, eller om de blir sosialt isolerte av å bruke mye tid der. Norske studier (73) har også vist at bruk av elektroniske medier forringer både søvnkvalitet og søvnlengde, noe som igjen henger sammen med økt risiko for depresjon, kognitive vansker og dårligere skoleresultater. En kanadisk studie fra 2015 (74) viste at unge som hadde udekkete behov for støtte fra psykisk helsetjeneste, brukte mer tid på sosiale medier enn andre uten slike behov. Mer enn to timers daglig bruk av sosiale medier hadde sammenheng med dårlig selvtillit, mer psykisk stress og selvmordstanker. Vi har liten kunnskap om hvordan sosiale medier preger unges kroppsbilde og selvtillit. Utviklingen går fort, og så langt har forskningen ikke klart å holde tritt. Det er stort behov for å få mer kunnskap og tiltak for å fremme positive sider og forebygge negative sider ved bruk av sosiale medier.

7.4 Tidlig innsats og lavterskeltilbud

For barn og unge som har behov for hjelp med psykiske problemer, er det viktig at gode tjenester er tilgjengelige. Riktig hjelp skal tilbys i riktig omfang på riktig nivå.

Fordi barn ikke alltid selv skjønner at de trenger hjelp, eller vet hvordan de kan søke hjelp, er det viktig at voksne som treffer og arbeider med barn, vet hva de skal se etter, hvordan de skal gå frem for å hjelpe når de enten mistenker eller mener det er behov for hjelp, og at de faktisk handler.

Ung Arena

- Ung Arena i Oslo er et lavterskeltilbud for unge 12-25 år fra hele Oslo som trenger råd og hjelp med livsutfordringer
- Huset er åpent alle hverdager, og de unge kan komme uten å bestille time, eller ta kontakt på chat – og de kan være anonyme hvis de vil

«Med oss kan du snakke om det du har på hjertet. Vi lytter!

*Det er trygt å snakke med oss, vi har taushetsplikt!
Vi vil hjelpe deg, om det er noe vi kan bidra med!»*

www.ungarena.no

Grimstad Familiesenter med fokus på

- Barn og ungdoms livssituasjon
- Ressurser og muligheter
- Å se på mulige løsninger sammen med dem det gjelder
- Nettverkets betydning for den enkelte
- Å kunne gi tilbud om en samtale raskt, spesielt når noen er i krise

www.grimstad.kommune.no

Effekten av innsats er større jo tidligere vansker oppdages hos barn og unge og tiltak settes inn. Ofte er vanskene sammensatte og krever ulike, men samtidige tiltak. Dette stiller krav til god samordning og aktivt samarbeid mellom tjenester, barn/unge og foreldre/foresatte.

Mange instanser i kommunen gir tjenester til barn og unge; fastleger, helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, psykiske helsetjenester i kommunen, psykologer i helse- og omsorgstjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnevern og Nav. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) har lang tradisjon for nært samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester, skole og barnehage. 25 prosent av kommunene har valgt å organisere tilbudet til barn og unge i en egen enhet/ tjeneste for psykisk helsearbeid. Ca. 50 prosent av landets kommuner og nesten alle de store byene har etablert integrerte kommunale tjenester for barn og unge, ofte i form av samarbeidsmodeller som «familiens hus» eller «familiesenter». De resterende 25 prosent har andre organisasjonsformer (2014-tall). Felles for de kommunene som lykkes med å gi sine innbyggere et godt lavterskeltilbud, er at de tar utgangspunkt i barn, unge og foreldres/foresattes behov.

Familieverntjenesten gir tilbud om behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Hovedprioriteringene i familievernet er forebyggende arbeid, tilbud til familier med høyt konfliktnivå og tilbud til voldsutsatte barn og deres familier.

Prosjektet Rask psykisk helsehjelp startet i 2012 og er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for

mennesker med ulike angstproblemer og milde og moderate problemer med depresjon. Evalueringer viser god behandlingseffekt, men også positiv effekt på deltakelse i arbeid. Den nedre aldersgrensen er flyttet fra 18 til 16 år. Regjeringen har varslet at tilskuddet til Rask psykisk helsehjelp gradvis skal legges om til et etableringstilskudd når pilotperioden er over.

«Første gangen jeg møtte en psykolog som ikke var bare «bla bla bla». Jeg lærte faktisk noe hver gang, vi gikk rett inn i kjernen og jobbet.»

Kvinne med depresjon, fra evaluering av pilotene om Rask psykisk helsehjelp

Til tross for alle instansene som har som formål å hjelpe barn og unge og deres familier, er det barn og unge som opplever å ikke bli hørt, når de ber om hjelp. I arbeidet med Opptappingsplanen mot vold og overgrep har Helsedirektoratet påpekt at mange kommuner har en mangelfull helsetjeneste for oppfølging av barn og unge med psykiske og sammensatte problemer. Også Mental Helse Ungdom har tatt opp at det psykiske helsetilbudet for barn og unge i kommunene oppleves som mangelfullt. Videre er det et problem at dagens tjenester er fragmenterte. Samtidig tyder Sintefs rapport fra 2016 (50) på at kommunene arbeider for å styrke tjenestene til barn og unge, synliggjort blant annet gjennom en økning i årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid fra 2015 til 2016.

Flere psykologer arbeider med barn og unge

Antall psykologer i kommunenes helse- og omsorgstjeneste øker gjennom rekrutteringstilskudd. Over halvparten av landets kommuner mottar nå tilskudd til psykolog. I 2016 ble det totalt rapportert om 410 psykologårsverk, hvorav flertallet arbeider med barn og unge. Dette har gitt flere lavterskeltilbud, bedre forebyggende helsearbeid, mer samarbeid med andre kommunale tjenester og med spesialisthelsetjenesten. Det er likevel behov for fortsatt satsing, og Stortinget har sluttet seg til regjeringens forslag om å lovfeste kommuners plikt til å ha psykologkompetanse fra 2020.

BUP i skolehelsetjenesten – fra prosjekt til fast tiltak

Seks Oslo-skoler i tre bydeler har lenge tilbudt elevene en skolehelsetjeneste med helsesøster og BUP-spesialist tilgjengelig, åpen hele skoletiden

www.oslo.kommune.no

Videreutvikle helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig tjeneste fordi den når ut til nesten alle barn og unge og deres familier, og er derfor i en særskilt posisjon med tanke på tidlig avdekking og forebygging. Barn og unge forteller imidlertid at skolehelsetjenesten ikke nødvendigvis er tilgjengelig når de ønsker det. Ansatte forteller at de må prioritere mellom viktige oppgaver.

Regjeringen har derfor gjennom flere år satset på å styrke denne tjenesten. Det er skjedd en gradvis opptrapping av bevilgningen til tjenesten fra 2014-2017 både gjennom kommunerammen og gjennom øremerkete tilskudd i 2016 og 2017. I 2017 er det totalt bevilget noe over 1 mrd. kroner til tjenesten, hvorav 734,4 mill. kroner i kommunerammen. Det har vært en betydelig utvikling i antall årsverk i tjenesten med totalt 648 flere årsverk fra 2013-2016.

Helsedirektoratet har utviklet ny nasjonal, faglig retningslinje for tjenesten, der retningslinje for helsestasjon 0-5 år og retningslinje for skolehelsetjenesten ble publisert hhv. vinteren og sommeren 2017. Det arbeides nå med å ferdigstille en retningslinje for helsestasjon for ungdom.

Formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, slik det fremgår av gjeldende forskrift, er å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader og bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. I utkast til revidert forskrift som sendes på høring høsten 2017, er det foreslått å utvide formålet ved at tjenesten også skal bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgs- svikt. Diagnostikk og behandling/oppfølging av

barn ved avdekket sykdom/skade inngår ikke i forslaget som skal sendes på høring. Som regel vil helsestasjons- og skolehelsetjenesten henvise til for eksempel fastlege, kommunal psykisk helse-tjeneste eller til BUP når den avdekker behov for behandling eller oppfølging.

Regjeringen vil imidlertid vurdere å utvide formålet med helsestasjons- og skolehelsetjenesten ytterligere til også å inkludere behandling og oppfølging av barn og unge for både psykiske og somatiske tilstander. Det vil kunne bidra til et lettere tilgjengelig behandlingstilbud i barn og unges egen helse-tjeneste og gi mer effektiv ressursbruk. Arbeidsdelingen mot fastlegene må avklares. Barns rett til en fastlege og fastlegenes plikter overfor barn og unge på sine lister skal ikke endres. Snarere er det også et behov for at fastlegene oftere deltar i oppfølgingen. Dette vil regjeringen legge til rette for gjennom en innføring av primærhelseteam som pilotes i 2018.

Digitale lavterskeltilbud

Ungdom har høy digital kompetanse og bruker digitale informasjonskilder aktivt. Det er derfor viktig å sørge for et godt lavterskeltilbud også i form av digitale informasjonstjenester. Regjeringen har fra 1. januar 2017 samlet svar på helserelevante spørsmål på samme arena som spørsmål om alt fra skolevalg til juridiske rettigheter på Ung.no. Gjennom artikler og mulighet til å lese andre ungdommers spørsmål og hvilke svar de har fått, har ungdom nå tilgang til kvalitetssikret informasjon om det meste ungdom kan lure på. I tillegg til offentlige informasjonstjenester er det en rekke organisasjoner og frivillige aktører som tilbyr mulighet for chat med likepersoner, blant annet Skeiv ungdom og Mental Helse.

Regjeringen vil videreutvikle digital informasjon og interaktive tjenester til ungdom knyttet til kropp og helse, samtidig som regjeringen ønsker å få til en samordning, integrering og forenkling av dagens tilbud av digitale tjenester til ungdom. På denne måten kan terskelen senkes ytterligere slik at ungdom kan søke relevant og kvalitetssikret informasjon, og slik skaffe seg nødvendig kunnskap og handlingskompetanse knyttet til kropp og helse.

7.5 God samhandling og koordinerte tjenester til barn og unge og deres familier

God oppfølging av barn, unge og deres familier forutsetter samhandling mellom de involverte og koordinering av tjenestetilbudet. Konsekvenser av manglende samhandling og koordinering kan være at barn og unges behov ikke oppdages, eller at de ikke får nødvendig behandling og oppfølging.

En kommune står i utgangspunktet fritt til å organisere tjenesteapparatet slik den mener er mest hensiktsmessig, men har et ansvar for å samordne sine tjenester. Dette følger blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelse-loven, sosialtjenesteloven og barnevernloven. Bestemmelser om individuell plan ligger både i disse lovene og i opplæringsloven. Dagens lovverk regulerer med andre ord samordningen mellom tjenesteytere på flere forskjellige måter.

Stafettloggen

er et redskap for å sikre god samhandling mellom skole, barnehage og hjelpetjenestene i kommune og helseforetak. Haugesund er en av kommunene som viser vei

www.haugesund.kommune.no/stafettloggen

Selv om mange barn får god og koordinert hjelp, er det fortsatt for mange som opplever tjenestetilbudet som fragmentert. Funn fra tilsyn viser for ofte svikt i tjenestene som er undersøkt, og det er mye som tilsier at man i dag ikke sikrer helhetlige tjenester for barn, unge og deres familier når det er behov for hjelp fra flere sektorer og nivåer. Mange barn som har behov for et helhetlig tilbud med langvarige og koordinerte tjenester, får ikke individuell plan. Dette til tross for at tjenestemottakere med slike planer opplever at tjenestene er bedre koordinerte enn de som ikke får en individuell plan (75).

Det er behov for en bedre og sterkere samordning av tjenester til barn og unge. Stortinget har bedt

regjeringen vurdere et krav om at kommunene skal definere hvem som har det overordnede ansvaret for hjelpetjenestene til barn og unge (vedtak nr 838 (2015-2016)). Regjeringen vil utrede hvordan ulike tjenester til barn og unge kan koordineres bedre, blant annet når det kommer til samordning av individuelle planer innenfor de ulike sektorer. Regjeringen vil også vurdere å lovfeste en plikt for kommunen til å utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha ansvaret for å koordinere hjelpetjenester til barn og unge. I tillegg vil regjeringen utrede å ta inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid om barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer. Bestemmelsen kan omfatte flere sektorer enn helse- og omsorgstjenestene.

Tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre god kvalitet og sammenheng i tjenestene til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. De aller fleste kommuner oppgir at de har etablert rutiner for å sikre slikt samarbeid (50). Gjennom ulike satsninger har regjeringen søkt å samordne virkemidler og tiltak overfor barn og unge med sammensatte utfordringer. Dette er gjort blant annet gjennom 0-24-samarbeidet om frafall i videregående opplæring og Bedre tverrfaglig innsats (BTI). KS' læringsnettverk om god samhandling for barn og unge er en satsing som også har pågått over år, og som bidrar til kompetanseheving og utvikling i kommunene.

Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP er en nøkkelutfordring

Barne- og ungdomspsykiatrien i Norge er bygget opp som en moderne og utadrettet tjeneste, og har dedikerte ansatte med høy kompetanse. Erfaringer kan likevel tyde på at tilbudet i BUP ikke er tilstrekkelig fleksibelt til å fange opp mange av barna som trenger det mest. Det ser ut at mange barn og unge med stort hjelpebehov ikke får tilstrekkelig hjelp, for eksempel barn i barnevernet. Årsakene til dette er trolig sammensatte, det kan for eksempel skyldes manglende intensitet og nærhet i oppfølgingen, men også for dårlig samspill mellom ulike tjenester som døgnavdelinger,

ambulante tjenester, poliklinikk og kommunale tjenester. Det er derfor behov for mer kunnskap både om henvisningspraksis til BUP og tjenestetilbudet som ytes der.

Forskning viser også at det er en tendens til at tjenestene i BUP i mindre grad brukes av barn og unge med innvandrerbakgrunn. Bakgrunnen for underforbruket av tjenestene er uklart. Mulige årsaker kan være lavere behov, stigma knyttet til det å ha en psykisk lidelse eller dårligere tilgang til tjenestene, herunder kvaliteten på tolketjenestene.

Samspeillet mellom kommunale tjenester og BUP er en nøkkelutfordring. Det er mye kompetanse både i BUP og i mange kommuner, men et godt resultat er avhengig av god samhandling. Brukere og pårørende etterspør «én dør inn», slik at man slipper å bli henvist mellom ulike instanser uten å få hjelp. Viktige spørsmål knytter seg til oppgavefordeling mellom BUP og kommuner og prioriteringsutfordringer i BUP. Disse prioriteringsutfordringene dreier seg blant annet om i hvilken grad BUP skal prioritere å arbeide inn mot skoler og andre kommunale arenaer, veid opp mot arbeid med de sykeste som trenger mer intensiv innsats, og henviste pasienter/ventelistepasienter generelt. Økt grad av samlokalisering og ambulant oppsøkende virksomhet kan være gode virkemidler for å nå en del familier og ungdom som vil ha nytte av hjelp, og samtidig bidra til å styrke samarbeidet mellom kommunale tjenester og BUP. Regjeringen vil sørge for at forventninger til BUP tydeliggjøres, og at det foretas nødvendige lokale vurderinger av hvordan barn og ungdom over hele landet kan sikres gode behandlingstilbud. Utgangspunktet skal være en beskrivelse av hvilke arbeidsmåter, tilbud og kompetanse som BUP skal dekke. Beskrivelsen bør inkludere samhandlingskompetanse og kompetanse på brukerdeltakelse, så vel som tilbud til særskilte grupper og kompetanse på særlige områder som for eksempel vold og overgrep. Implementering av pakkeforløp, videre utvikling av kvalitetsindikatorer, tilrettelegging for faglig ledelse og redusert bruk av tvang er andre sentrale tiltak. Brukerinnflytelse generelt og lydhørhet overfor ungdommers budskap, spesielt representerer viktige utfordringer.

Du er kommet til rett sted!

Et 24/7 tilbud til ungdom over 13 år i samarbeid mellom Jæren DPS og BUP.

Akutt-teamet tilbyr samtaler og reiser ut alle dager, helger og høytider

www.jdps.no

Barn i barnevernet har vesentlig større omfang av psykiske lidelser enn barnebefolkningen ellers. En studie (77) har vist at om lag 75 prosent av barna i barnevernsinstitusjoner har en psykisk lidelse. Selv om disse barna mottar betydelig mer helse-tjenester enn andre barn, er erfaringen likevel at mange ikke får den hjelpen de trenger. Regjeringen har satt i verk en rekke tiltak for å bedre tjenestetilbudet på dette området, blant annet helse-ansvarlig i barnevernsinstitusjonene, utprøving av barnevernsansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge, planlegging av institusjoner i barnevernet som kan gi god helsehjelp, planlagt pakkeforløp på barnevern- og BUP-området, utvikling av bedre metoder for kartlegging og utredning og økt satsing på ambulante tjenester.

Behov for å endre tvangslovgivningen og utrede medikamentfrie behandlingstilbud

Det regjeringsoppnevnte utvalget som vurderer behovet for endringer i tvangslovgivningen, skal se på alle sider av tvangsregelverket, og de er spesielt bedt om å se på tvangsregelverket for barn og unge. Utvalgets utredning skal avgis 1. september 2018. Regjeringen vil for øvrig sørge for gjennomgang av rutinene for rapportering av bruk av tvang overfor barn og unge.

Stortinget har bedt regjeringen sikre at barn og unge får medikamentfrie behandlingstilbud når faglige anbefalinger tilsier dette (anmodningsvedtak 839, 2016). BUP er gjennomgående en poliklinisk tjeneste, og nesten all behandling er frivillig. Det lave antallet døgnplasser gjør det lite aktuelt å opprette egne medikamentfrie enheter. Medikamentfrie alternativer bør imidlertid integreres i all behandling. Det er et viktig mål å synliggjøre dette i pakkeforløp og i faglige anbefalinger fra Helse-direktoratet.

7.6 Barn og unge som pårørende og etterlatte

Mange barn og unge møter utfordringer som de ikke er i stand til å håndtere, eller ikke bør utsettes for. Dette kan for eksempel gjelde barn og unge som har nære omsorgspersoner med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet, og barn og ungdom som opplever høyt konfliktnivå i forbindelse med foreldres samlivsbrudd. En multisenterstudie som dekker fem helseforetak (multisenterstudien) (78) anslår at det er 29 000 i psykisk helsevern og 5000 i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) som er foreldre/foresatte til barn under 18 år. Hvert år opplever rundt 18 000 barn og unge under 18 år at foreldrene deres blir skilt og 13 000 opplever at foreldrene blir separert. For barn og unge av samboere finnes det ingen presis statistikk. Familievernkontorene rapporterer om stadig flere saker om samlivsbrudd med høyt konfliktnivå.

Barn og unge som er intervjuet i multisenterstudien, peker på en rekke praktiske og emosjonelle utfordringer knyttet til foreldrenes sykdom. Foreldrenes lidelse, skiftende humør, manglende tilstedeværelse (for eksempel ved sykehusinnleggelse) og manglende kapasitet til praktisk arbeid og sosiale aktiviteter, gjør at barna ofte blir mye overlatt til seg selv og/eller får mye ansvar for den syke. De kan påta seg vesentlig flere omsorgsoppgaver og husarbeid enn vanlig, og opplever stress og belastning på grunn av det.

Barn og unge med foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet, har behov for informasjon og oppfølging som følge av foreldrenes sykdom. I 2009 ble det innført bestemmelser i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven som påla helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn kan ha som pårørende til foreldre som er pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Stortinget vedtok i juni 2017 lovendringer som medfører at helsepersonell har samme plikt til å bidra til å ivareta informasjons- og oppfølgingsbehovet til barn som har søsken som er pasienter med alvorlige helseproblemer som nevnt over, og barn som er etterlatte etter foreldre og søsken som dør. Lovendringene skal bidra til å sikre at

helsepersonell på en systematisk og god måte yter nødvendig hjelp og støtte også til disse utsatte og sårbare gruppene barn.

Multisenterstudien viser at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. Det er mangelfull kartlegging og dokumentasjon om barnas situasjon og dermed udekkede behov når det gjelder henvisning av barn og informasjon til barn.

Barn og unge som opplever at foreldre eller søsken dør, trenger særlig oppfølging, omsorg og ivaretagelse. Særlig gjelder dette når en i barnets eller ungdommens familie tar sitt eget liv. Unge LEVE, ungdomsavdelingen til Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, mener at arbeidet med selvmordsetterlatte har kommet langt i Norge, men at det er behov for enda mer systematisk og målrettet arbeid (63). Fremdeles opplever mange unge etterlatte at de ikke får oppfølging, at de ikke klarer å gjennomføre skolegang, eller ikke makter å håndtere arbeidshverdagen.

Kommunene er ikke pålagt å ha barneansvarlig personell, men de har likevel plikt til å ivareta barn og unge som pårørende på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Multisenterstudien viser også at kommunehelsetjenesten bare delvis følger opp dagens lov om barn som pårørende. Det ser ut til å mangle systemer for å identifisere og kartlegge familier som lever med sykdom, og dermed mangler også hjelp til barn og familier. I *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* varslet regjeringen at det i løpet av planperioden skal vurderes om helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal ha barneansvarlig personell og om en slik plikt bør innføres.

7.7 Utvikle forskning, kunnskap og kompetanse som styrker barn og unges psykiske helse og livskvalitet – og ta den i bruk

Behov for flere og bedre data om barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Den største kilden til regelmessig informasjon om helse- og levekår for barn og unge er Ungdata. Ungdata gir selvrapportert informasjon om helse,

venner, forhold til foreldre, ensomhet, kosthold, fysisk aktivitet, bruk av alkohol og rusmidler m.m. Ungdata har blitt foretatt regelmessig siden 2010 slik at vi kan se på endringer over tid. Den siste rapporten fra 2017 inneholder data fra perioden 2015–2017 og omfatter svar fra ca 240 000 ungdommer på ungdomstrinnet og videregående opplæring. Ettersom de fleste kommuner og fylker gjennomfører undersøkelsen én gang i løpet av tre år, vil Ungdata gi et landsrepresentativt bilde hvert tredje år. Ungdata tester nå ut Ungdata Junior for barn i alderen 10–12 år. Ungdata junior skal gi lokal kunnskap om aldersgrupper som vi i dag har liten kunnskap om. Per i dag har vi ingen kartleggingsundersøkelser eller data som kan gi kommunene et helhetlig og bredt bilde av barns helse og oppvekst. Vi har også svært begrensede data om de yngste barnas psykiske helse.

Nettopp fordi Ungdata dekker så mange områder, må nødvendigvis informasjonen om det enkelte tema bli noe begrenset. Ungdata kan heller ikke kobles til andre datakilder. Data knyttet til psykisk helse må derfor sammenstilles med andre datakilder for å gi et mest mulig riktig bilde av status og utfordringer.

Det er få og dårlige data på omfang av barn som er utsatt for vold og overgrep. Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress (NKVTS) skal i løpet av 2018 gjennomføre en skolebasert undersøkelse blant ungdom mellom 12 og 16 år for å kartlegge forekomst av vold, seksuelle overgrep, psykisk vold og omsorgssvikt. Studien skal bidra til mer pålitelige tall om hvor mange barn og unge i Norge i dag som er, eller har vært, utsatt for vold og overgrep. Som del av undersøkelsen vil NKVTS også kartlegge om ungdommene har søkt hjelp, og hvordan de eventuelt har opplevd møtet med hjelpeapparatet.

Det er behov for en gjennomgang av ulike datakilder og hvordan disse best mulig kan gi en oversikt over barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Som omtalt i kapittel 6, vil det være nødvendig å innhente nasjonale representative diagnosebaserte data for å få oversikt over forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge.

Behov for mer klinisk forskning om bruk av legemidler hos barn og unge

Mange av utfordringene med legemiddelbruk hos barn skyldes mangel på godkjente legemidler til barn. Dette fører til utstrakt bruk av ikke-godkjente legemidler og bruk utenfor godkjent bruksområde, særlig i sykehus. I 2009 ble det etablert et nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Nettverket arbeider for at alle som er involvert i legemiddelbehandling til barn, skal ha tilgang til nødvendig og relevant kunnskap slik at en kan handle og samhandle på en hensiktsmessig, korrekt og trygg måte. Kompetansenettverket for legemidler til barn har sekretariatet for et nasjonalt forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn (NorPedMed). Nettverket har fire prioriterte arbeidsfelt: pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling og kunnskapsoppsummering. Helse- og omsorgsdepartementet fremmet 5. mai 2017 en lovproposisjon om legemidler til barn. Regelverket vil sikre at legemidler til barn har bedre dokumentasjon for kvalitet, sikkerhet og effekt, og vil bidra til å øke tilgjengeligheten av legemidler spesielt beregnet på barn.

Godkjente legemidler skal ha klinisk dokumentasjon som viser at legemidlet har større nytte enn risiko. Mye av dagens avanserte medisin beveger seg i et grenseland der risikoen kan være stor, men der også langt flere blir hjulpet enn før. Barnas tilgang til disse fremskrittene har imidlertid vært forbundet med unødvendig høy risiko fordi barn i liten grad har deltatt i kliniske studier av legemidler. Legemidler kan ha en annen effekt på barn enn på voksne, og det er derfor nødvendig at legemidler også prøves ut på barn, og at utprøvingen kvalitetssikres. Dette skal blant annet skje ved at det ved utvikling av legemidler gjennomføres en særskilt plan for utprøving av legemiddel på barn. For å stimulere til utvikling og utprøving av legemidler til barn, gir gjennomført godkjent utprøvningsplan rett til seks måneders ytterligere forlengelse av patentbeskyttelsestiden, ifølge det nye regelverket.

Forskning om effekten av sosiale medier

Det foreligger lite internasjonal og nasjonal forskning på effekten av bruk av sosiale medier på psykisk helse og livskvalitet. Så langt tyder ulike studier på at viktige tema som selvbylde, kroppsbilde og mobbing er av betydning for den psykiske

helsen. Utviklingen går raskt, og det er behov for forsterket innsats av forskningsmiljøer som eksempelvis Folkehelseinstituttet eller NOVA til å følge utviklingen.

Barnehager, skoler og tjenester må ta tilgjengelig kunnskap i bruk

Kunnskapsomfanget på barnehageområdet er blitt styrket og systematisert de senere årene.

Det foreligger og gjennomføres mange nasjonale barnehagestudier, i tillegg til en rekke internasjonale studier som har overføringsverdi til norske forhold. Vi vet derfor stadig mer om hvilke kvaliteter som er avgjørende for at barnehagen skal være en psykisk helsefremmende arena. Blant annet vet vi at egenskaper ved prosesskvaliteten i barnehagen, altså det som gjelder pedagogisk opplegg, relasjoner og samhandling mellom den voksne og barnet og mellom barna, har stor betydning for flere områder av barnets utvikling. Det er viktig at barnehagene tar denne kunnskapen i bruk, og at informasjon kan spres på mange måter. Utdanningsdirektoratet har ansvar for å gi barnehagesektoren oppdatert informasjon om statistikk og forskningsresultater. De har under utvikling systemet Kvalitet i barnehagen (KIB) som skal gi bedre informasjon om tilstanden i sektoren, og dermed gi støtte til lokalt arbeid med vurdering og kvalitetsutvikling. Ny rammeplan fra høsten 2017 setter konkrete krav til at dokumentasjon av det pedagogiske arbeidet skal inngå i barnehagens arbeid med å planlegge, vurdere og utvikle den pedagogiske virksomheten. Dette vil kunne gjøres til gjenstand for kommunens tilsyn med virksomheten.

Tjenestene må ta i bruk den kunnskapen som finnes. Det elektroniske vitenskapelige tidsskriftet Ungsinn har systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak. Her finnes både praktisk informasjon om tiltakene og grundige gjennomganger av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er. Ungsinn drives av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBUNord) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Eksempler på tiltak er foreldretreningsprogrammer, behandling eller forebygging av atferdsproblemer hos barn og unge, programmer for å skape et godt skolemiljø og redusere mobbing eller kurs for å lære ungdom å mestre og redusere depresjon.

Tiltakene kan tilbys fra ulike tjenester eller arenaer som skole, barnehage, barnevern, spesialisthelsetjeneste, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, PPT eller familiens hus. Veiledere, retningslinjer og forskningsresultater for både folkehelseområdet og tjenestene formidles eksempelvis på nettsidene til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Barne- og ungdoms- og familiedirektoratet.

Regjeringen vil

- Tilrettelegge for bedre kunnskapsgrunnlag om helse, livskvalitet, levekår og helsetjenestetilbud til barn og unge, herunder hvordan sosiale medier påvirker barn og unges psykiske helse
- Tilrettelegge for at barn og unges psykiske helse inkluderes i det systematiske kommunale folkehelsearbeidet gjennom kompetanseoppbygging og veiledning
- Videreutvikle program for folkehelsearbeid i kommuner til å omfatte hele landet
- Bidra til regelverksutvikling, regelverks-etterleving, veiledning og tilsyn som sikrer at skole og barnehager systematisk fremmer godt psykososialt miljø, og forebygger diskriminering og mobbing
- Innføre livsmestring og folkehelse som ett av tre tverrfaglige tema i læreplanverket for Kunnskapsløftet.
- Bidra til at fylkeskommunen arbeider systematisk og målrettet for å øke gjennomføringsgraden i videregående opplæring
- Bidra til at alle kommuner har en god og tilgjengelig helsetjeneste for barn, unge og deres familier
- Videreutvikle digitale tjenester til barn og unge
- Vurdere om formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utvides til også å omfatte behandling og oppfølging
- Sørgje for at BUP har oppdatert faglig kompetanse om utredning, behandling, oppfølging og samhandling slik at de kan gi et best mulig tilpasset og tilrettelagt tilbud til barn og unge og deres familier uavhengig av bosted
- Bidra til redusert og riktig bruk av tvang
- Bidra til at kommuner oppfyller sin lovpålagte plikt til å ha psykologkompetanse fra 2020
- Utrede hvordan tjenestene til barn og unge kan koordineres bedre, herunder blant annet
 - Overordnet koordinering av kommunale tjenester til barn og unge. Regjeringen vil vurdere lovfesting av plikt for kommunen til å utpeke en instans eller opprette en egen funksjon som skal ha koordineringsansvar for hjelpetjenester til barn og unge
 - Samordning av individuelle planer på ulike sektorområder. Regjeringen vil vurdere lovendringer for å styrke og harmonisere de ulike tjenestenes plikt til å utarbeide individuell plan, herunder en felles, harmonisert forskrift om individuell plan og krav til koordinator under de ulike tjenestelovene
- Vurdere å ta inn en bestemmelse i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten om samarbeid om barn og unge med behov for tjenester fra begge nivåer, herunder om ordningen bør omfatte flere sektorer enn helse- og omsorgstjenestene
- Implementere og systematisk evaluere pakkeforløp for utredning og behandling ved psykiske lidelser for barn og unge
- Synliggjøre kunnskapsbaserte og medikamentfrie alternativer til barn og unge gjennom pakkeforløp og faglige retningslinjer
- Legge til rette for et tett samarbeid mellom brukere, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten om systematisk og planmessig arbeid for å forebygge kriser, akutt- og tvangsinnleggelse gjennom arbeidet med regionale utviklingsplaner
- Sikre systematisk kvalitetsforbedring og faglig ledelse ved å invitere tjenesten og brukerne til å definere et sett av indikatorer som skal følges opp på enhetsnivå lokalt og på alle ledernivåer
- Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet.
- Utvikle modeller for utredning av barn i barnevern og etablering av hjemmesykehus i tilknytning til barnevernsinstitusjoner for barn med særlig store psykiske utfordringer
- Legge til rette for rutiner og systemer for å benytte brukererfaringer og brukerinvolvering av barn og unge til bruk i individuell oppfølging

8

Økonomiske og administrative konsekvenser

Tiltak listet opp i strategien kan gjennomføres innenfor de gjeldende økonomiske rammer for berørte departement.

Eventuelle nye tiltak som vurderes gjennomført, forutsettes fremmet i ordinære budsjettprosesser.

Referanser

1. Knudsen AK, Kinge JM, Skribekk V, Vollset SE, red. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Rapport 2016:1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2016/sykdomsbyrde-i-norge-1990-2013/
2. Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skribekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015: resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-i-norge-2015
3. Representantforslag 43 S (2015–2016) fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad, Kjell Ingolf Ropstad, Anders Tyvand og Geir Jørgen Bekkevold. Dokument 8:43 S (2015–2016). Tilgjengelig fra: www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2015-2016/dok8-201516-043/
4. Johansen R, Bakken IJ, Clench-Aas J, Torgersen L, Skogen JC, Knudsen AKS. Psykisk helse hos voksne. I: Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 9. april 2015; lest 26. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/
5. Hånes H. Selvmord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatistikk [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20. juni 2017; lest 23. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvord/selvord-og-selvordsforsok---fakta/
6. Young TK, Revich B, Soininen L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. Int J Circumpolar Health 2015;74(1):273-49.
7. Psykisk helse hos barn og unge. I: Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 9. april 2015; lest 26. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/
8. Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2412. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling
9. Folkehelse rapporten: helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 31. mai 2017; lest 26. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/
10. Lie B, Lavik NJ, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. J Refug Stud 2001;14(3):276-94.
11. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Braehler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009;69(2):246-57.
12. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005;365(9467):1309-14.
13. SSB. Nesten 10 000 bosatte syriske innvandrere [nettdokument]. Oslo: SSB [oppdatert 3 mars 2016; lest 23. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03

14. Hansen T, Daaland SO. Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2475. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet
15. Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2263. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet
16. Well-being på norsk. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2344. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/well-being-pa-norsk
17. Gode liv i Norge: utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2479. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet
18. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Oslo: Riksrevisjonen; 2015. Dokument 3:11 (2014–2015). Tilgjengelig fra: www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/OffentligFolkehelsearbeid.aspx
19. Sivertsen B. Fakta om søvnvansker - insomni [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 13. mars 2015; lest 23. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/fp/sovn/fakta-om-sovnvansker---insomni
20. Bramtsæter AL, Haugen M, Øverland S, Meltzer HM. Kostholdets betydning for fysisk og psykisk helse, ny kunnskap: svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2017/kostholdets-betydning-for-fysisk-og-psykisk-helse-ny-kunnskap
21. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten
22. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013;45(5):649-57.
23. Zahl T, Steinsbekk S, Wichstrom L. Physical Activity, Sedentary Behavior, and Symptoms of Major Depression in Middle Childhood. *Pediatrics* 2017;139(2):e20161711.
24. Alcock I, White MP, Wheeler BW, Fleming LE, Depledge MH. Longitudinal effects on mental health of moving to greener and less green urban areas. *Environ Sci Technol* 2014;48(2):1247-55.
25. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health* 2009;9:356.
26. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.
27. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelser

28. Lunde L-H. Risikofylt alkohol- og legemiddelbruk blant eldre – implikasjoner for klinisk praksis. Scand Psychol 2017;4(e7).
29. Torvik FA, Rognmo K. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Rapport 2011:4. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/
30. Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: en analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2387. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/deltaking-stotte-tillit-og-tilhorighet
31. Midtbøen AH, Lidén H. Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge: en kunnskapsgjennomgang. Oslo: Institutt for samfunnsforskning; 2015. Rapport 2015:01. Tilgjengelig fra: brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2440432
32. Stoor P. Kunnskapssammanställning om samers psykosociala ohälsa. Giron/Kiruna: Sametinget; 2016. Tilgjengelig fra: www.sametinget.se/rapport_psykosocial_ohalsa
33. Hansen KL. Ethnic discrimination and bullying in relation to self-reported physical and mental health in Sami settlement areas in Norway: the SAMINOR study [doktorgrad]. Tromsø: University of Tromsø; 2011. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no/handle/10037/3259>
34. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
35. Aagestad C, Tynes T, sterud T, Johannessen HA, Gravseth HM, Løvseth JH, et al. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015: status og utviklingstrekk. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2015. STAMI-rapport Årg. 16, Nr. 3 (2015). Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/284148>
36. Hewlett E. Making mental health count: the social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD Publishing; 2014. OECD Health Policy Studies.
37. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, Øverland S, Ludvigsen K, Sveinsdottir V, et al. Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport. Bergen: Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret; 2016. Tilgjengelig fra: <http://bora.uib.no/handle/1956/15564>
38. Falkum E, Evensen S, Ueland T, Bull H, Lystad J. Effektevaluering av jobbmestrende oppfølging (JMO): kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2015. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/effektevaluering-av-jobbmestrende-oppfolging-jmo
39. Reme SE, Øverland S, Grasdal AL, Ludvigsen K, Løvvik C, Lie SA. Effektevaluering av Senter for jobbmestring: sluttrapport. Bergen: Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret; 2013. Tilgjengelig fra: <http://bora.uib.no/handle/1956/7982>
40. Smith ORF, Alves DE, Knapstad M. Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/
41. Dub E, Lid S. Bostedsløse i Norge 2016 - en kartlegging. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2017. Oslo NIBR-rapport 2017:13. Tilgjengelig fra: www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Bostedsloese-i-Norge-2016

42. Hånes H. Sosial støtte og ensomhet - faktaark [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11. mai 2015; lest 23. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmoerd/selvmoerd-og-selvmoerdsforsok---fakta/
43. Edney DR. Mass media and mental illness: a literature review. Ontario: Canadian Mental Health Association; 2004. Tilgjengelig fra: https://ontario.cmha.ca/wp-content/files/2012/07/mass_media.pdf
44. Kjøllesdal JG, Holmboe O, Iversen HKH. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern - lokale rapporter. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. PasOpp-rapport 2014. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2014/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern---lokale-rapp/
45. Andersen N, Malterud K, red. Seksuell orientering og levekår. Bergen: Uni Helse; 2013. Tilgjengelig fra: <http://bora.uib.no/handle/1956/7550>
46. Sanne B, Mykletun A, Moen BE, Dahl AA, Tell GS. Farmers are at risk for anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *Occup Med (Lond)* 2004;54(2):92-100.
47. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2011/eldre-i-norge-forekomst-av-psykiske/
48. Blom S. Sosiale forskjeller i innvandreres helse: funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006. Oslo: SSB; 2010. Rapport 47/2010. Tilgjengelig fra: www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201047/rapp_201047.pdf
49. Hiilamo H. Is income inequality 'toxic for mental health'? An ecological study on municipal level risk factors for depression. *PLoS One* 2014;9(3):e92775.
50. Ose SO, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn; 2016. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_SINTEF_IS-24_8_desember%202016.pdf
51. Tøndel G, Ose SO. Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn; 2014. SINTEF A26357. Tilgjengelig fra: www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport_sintef-a26357.pdf
52. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry* 2014;13(1):4-11.
53. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Oslo: Riksrevisjonen; 2016. Dokument 3:5 (2015–2016). Tilgjengelig fra: www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf
54. OCD-teamet [nettside]. Bergen: Helse bergen, Haukeland universitetssjukehus [oppdatert 2017; lest 23. juni 2017]. Tilgjengelig fra: www.helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/kronstad-distriktpsikiatriske-senter/ocd-teamet
55. Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud: en nasjonal kartlegging. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2017. Rapport nr. 1/2017. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/multimedia/7504/RAPPORT-NAPHA-Rettighetsinngripende-tiltak-i-kommunale-botilbud.pdf>

56. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Osby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One 2013;8(1):e55176.
57. Utredning om behovet for en nasjonal befolkningsundersøkelse om psykiske lidelser og ruslidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet 2015.
58. Bakken A. Ungdata 2016: nasjonale resultater. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, HiOA; 2016. NOVA Rapport 8/16. Tilgjengelig fra: www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater
59. Barn i Bergen & ung@hordaland. Bergen: Uni Research; u.å. Tilgjengelig fra: www.uni.no/nb/uni-helse/rkbu-vest/barn-i-bergen/
60. Å bli utsatt for mobbing: en kunnskapsoppsummering om konsekvenser og tiltak. Bergen / Stavanger: Læringsmiljøsentret og Uni Research; 2017. Tilgjengelig fra: <http://laringsmiljosenteret.uis.no/nettbutikk/a-bli-utsatt-for-mobbing-en-kunnskapsoppsummering-om-konsekvenser-og-tiltak-article111923-12755.html>
61. Dittmann I, Jensen TK. Enslige mindreerige flyktningers psykiske helse : en litteraturstudie. Tidsskr Nor Psykol Foren 2010;47(9):812-7.
62. Sletten MA, Bakken A. Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer: en kunnskapsoversikt og en empirisk analyse. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, HiOA; 2016. NOVA notat nr 4/16. Tilgjengelig fra: www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer
63. Unge LEVE: Brev til Helse- og omsorgsdepartementet.
64. Å ivareta barn og unge som har blitt utsatt for mobbing: erfaringsbasert kunnskap om utforming og organisering av tiltak. Stavanger / Bergen: Læringsmiljøsentret og Uni Research; 2017. Tilgjengelig fra: www.udir.no/globalassets/filer/tall-og-forskning/rapporter/2017/a-ivareta-barn-og-unge-delrapport-ii.pdf
65. Wendelborg C, Røe M, Caspersen J. Elevundersøkelsen 2015: analyse av Elevundersøkelsen 2015. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning; 2016. Tilgjengelig fra: www.udir.no/globalassets/filer/brukerundersokelser/elevundersokelsen/elevundersokelsen---hovedrapporten-2015.pdf
66. Lund I, red. Godtfredsen M, Helgeland A, Nome DØ, Kovac BV, Cameron DL. Hele barnet, hele løpet; mobbing i barnehagen. forskningsrapport 2015. Oslo: Foreldreutvalget for barnehager og Foreldreutvalget for grunnopplæringen; 2015. Tilgjengelig fra: www.fubhg.no/getfile.php/3234789.1843.buetcprfcd/Hele+barnet++hele+l%C3%B8pet%3B+Mobbing+i+barnehagen++forskingsrapport+2015++nett.pdf
67. Partnerskap mot mobbing: sammen for et inkluderende lærings- og oppvekstmiljø 2016-2020. Oslo: Regjeringen; 2015. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/contentassets/95ef678cc8c7454fb45e3f57826dd461/partnerskapmotmobbing.pdf

68. Inn på tunet: handlingsplan 2013-2017. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet og Landbruks- og matdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/no/dokumenter/inn-pa-tunet/id735080/
69. Barn og medier 2016: 9-16-åringers bruk og opplevelser av medier. Fredrikstad: Medietilsynet; 2016. Tilgjengelig fra: www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2016_barnogmedier.pdf
70. Hellevik PM, Øverlien C. Digital mobbing blant barn og ungdom i Norge: en kunnskapsoversikt 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2013. Tilgjengelig fra: www.nkvts.no/rapport/digital-mobbing-blant-barn-og-ungdom-i-norge-en-kunnskapsoversikt-2013/
71. Ulriksen R, Knapstad M. Digital mobbing: kunnskapsoversikt over forskning på effekter av tiltak. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Rapport 2016:3. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/publ/2016/digital-mobbing.-kunnskapsoversikt-over-forskning-pa-effekter-av-tiltak/
72. Primack BA, Shensa A, Sidani JE, Whaite EO, Lin LY, Rosen D, et al. Social Media Use and Perceived Social Isolation Among Young Adults in the U.S. *Am J Prev Med* 2017;53(1):1-8.
73. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ open* 2015;5(1):e006748.
74. Sampasa-Kanyinga H, Lewis RF. Frequent Use of Social Networking Sites Is Associated with Poor Psychological Functioning Among Children and Adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015;18(7):380-5.
75. Det du gjør, gjør det helt: bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. NOU 2009:22. Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no/contentassets/a0ba82b642e343b890b94b7314b0a4e4/no/pdfs/nou200920090022000dddpdfs.pdf
76. SAMDATA: spesialisthelsetjenesten 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2485. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata
77. Kayed NS, Jozefiak T, Rimehaug T, Tjelflaat T, Brubakk A-M, Wichstrøm L. Resultater for forskningsprosjektet: psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. Trondheim: NTNU Regional kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern; 2015. Tilgjengelig fra: www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e
78. Ruud T, Birkeland B, Faugli A, Hagen KA, Hellman A, Hilsen M, et al. Barn som pårørende: resultater fra en multisenterstudie. Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF; 2015. Tilgjengelig fra: www.helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000

Publikasjonskode: I-1180 B
Design og ombrekking: Kord
Illustrasjon: Kord
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
08/2017 – opplag 1000

