

BARN I NORGE 2018
UNG OG
PSYKISK SYK

UNG OG PSYKISK SYK



BARN I NORGE 2018
Årsrapport om barn og unges psykiske helse

Vi har alle et voksenansvar.
Et ansvar for å passe på.
For å tilby en trygg hånd når det trengs.
For å være voksne for barn.

vfb.no

Utgiver:	VOKSNE FOR BARN
Ansvarlig redaktør:	Randi Talseth
Redaktør:	Birthe Bratvold
Redaksjonsutvalg:	Svein Øverland, Andreas Høstmælingen, Hilde Aarflot og Karin Källsmyr
Fagreferees:	Mette Ystgaard og Berit Grøholt
Språkvask:	Språkverkstaden

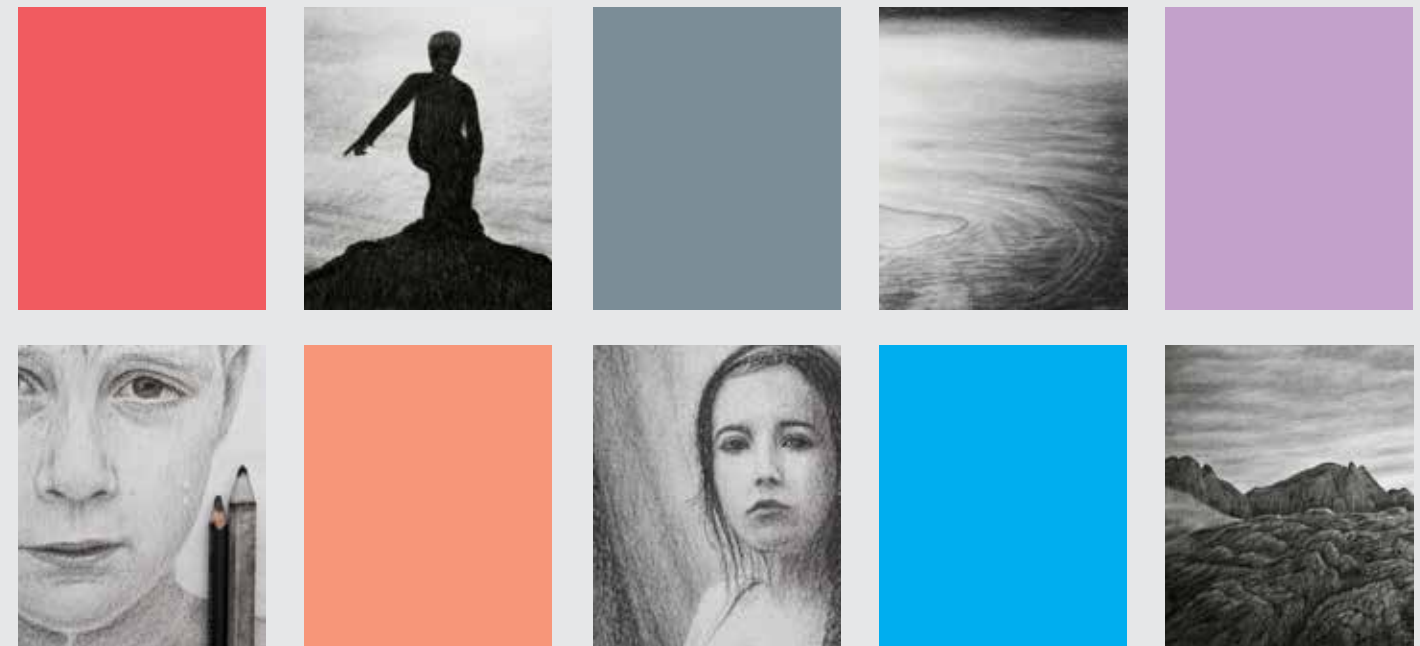
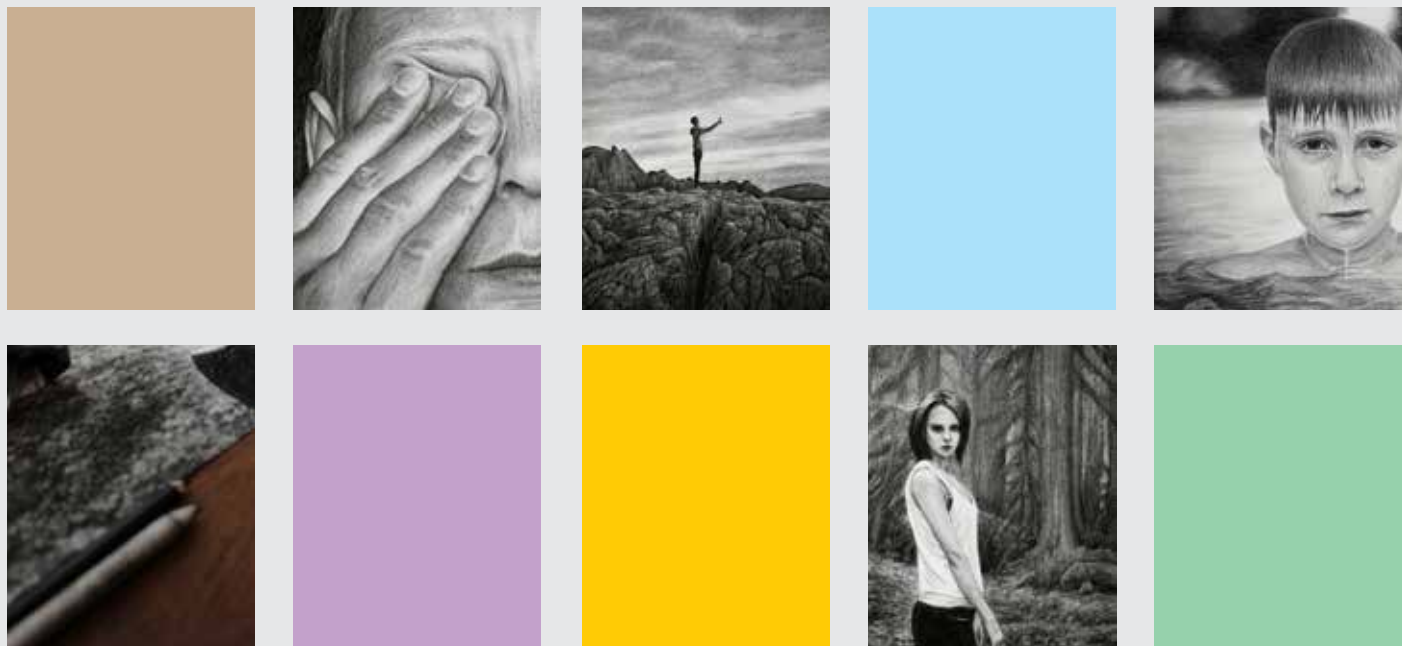
Design &	
Grafisk produksjon:	Lill-Ann Ellegård, Grafisk Form as
Fotografi/illustrasjon:	Børge Bredenbekk
Trykkeri:	Møklegaards Trykkeri AS

1. opplag 2018

ISBN: 978-82-92488-73-7 (trykk)
ISBN: 978-82-92488-74-4 (PDF)

INNHold

Forord	6
Av generalsekretær Randi Talseth	
Unge, sinte gutter	8
Av Svein Øverland	
Stillasbyggerne	20
Av Heidi Svendsen Tessand	
Ungdom som strever får hjelp	36
Av Alicia Thi Nguyen Ryberg	
Vanskelig å få god nok hjelp	46
Av Alicia Thi Nguyen Ryberg	
De som trenger noe mer	54
Av Arnhild Lauveng	
Barn og unge, psykiatri og samfunn	70
Av Søren Hertz	
Syv prinsipper og tjueni grep for et psykisk sunnere Norge	84
Av Arne Holte	



FORORD

VOKSNE FOR BARN (VfB) utgir hvert år rapporten *Barn i Norge*. Dette er en samling fag- og dybdeartikler som har som formål å få fram perspektiver som ikke er så mye debattert i media eller andre kanaler. Vi ønsker å bringe ny og oppdatert kunnskap ut til både beslutningstakere og fagpersoner som arbeider med barn og unge.

Temaet for *Barn i Norge 2018* er «Ung og psykisk syk». Beregninger fra Folkehelseinstituttet viser at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har så store psykiske plager at det går ut over deres daglige fungering. Omkring åtte prosent har plager av en slik art at de blir regnet som psykiske lidelser. Ungdata-undersøkelsene viser en økning i depresjonsplager, spesielt blant unge jenter. Vi spør oss hva årsakene kan være. Er det snakk om en reell økning, eller er det rapporteringen som tidligere har vært mangelfull? Vi trenger uansett å vite mer, og de som behøver hjelp, må få det.

Vi er glade for at barn og unge har fått spesiell oppmerksomhet i regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022, *Mestre hele livet*. Det er også positivt at strategien blir fulgt opp av en opptrappingsplan for barn og unge. Planen skal dekke helsefremmende og forebyggende tiltak og behandlings- og oppfølgingstilbudet til barn og unge. Her trengs det en reell opptrapping, ikke minst i lokalmiljøene der barn og unge bor.

Vi ønsker i årets rapport å løfte frem noen perspektiver som ellers ikke får så mye oppmerksomhet, med håp om å bidra til positiv endring for barn og unge som sliter.

Svein Øverland skriver om sinte, unge gutter – de skamfulle, triste og desperate guttene, som kan ende opp med å begå overgrep dersom de ikke får hjelp.

Arnhild Lauveng har forfattet «De som trenger noe mer» – om tilbudet for de aller sykeste, og om at de som strever mest, ikke må bli glemt i dagens fokus på forebygging og lavterskeltilbud. Hennes doktoravhandling sammenlikner behandlingstilbud i Norge og Danmark og viser at de aller sykeste har de samme behovene som oss andre for sosial kontakt og noe meningsfylt å gjøre.

Søren Hertz utfordrer oss til å tenke nytt når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien, som han mener har hatt for stort individ- og diagnosefokus. Han er opptatt av at vi i større grad skal se på de sosiale sammenhengene og hvilke muligheter vi kan skape for den unge. «Det mentale lever i det sosiale», sier han.

Vi ønsker også å fremheve gode eksempler. *Stillasbyggerne* er et prosjekt som har som formål å lage skreddersydd helse –

og omsorgstjenester til barn og unge med psykiske problemer under barnevernstjenestens omsorg. «Vi må aldri gi opp et barn», er budskapet. Hvordan kan vi i fellesskap jobbe for og med den unge for å bygge et stillas som holder?

I tillegg vil vi slippe til dem som selv opplever problemene på kroppen. Vi har intervjuet fem ungdommer om deres erfaring med egen psykisk sykdom og hva de mener har vært til hjelp. Vi har også intervjuet seks foresatte om hvordan det er å være pårørende til et barn som sliter, hvilke tiltak som har vært til hjelp og støtte, og hva de savner.

Avslutningsvis har Arne Holte skrevet en artikkel med sju anbefalinger om de faglige prinsippene han mener bør ligge til grunn i den kommende opptrappingsplanen for psykisk helse, og 29 konkrete forslag til tiltak som kan styrke den psykiske helsen i landet.

Regjeringens strategi *Mestre hele livet* bygger på noen grunnleggende prinsipper for et helsefremmende miljø for barn og unge:

- Alle bør ha tilgang til miljøer med vennskap og sosial støtte og oppleve positive relasjoner til voksne, jevnaldrende og yngre.
- Alle bør få oppleve mestring. Kravene som blir stilt, bør

være rimelige i forhold til den enkeltes forutsetninger og muligheter.

- Alle bør få mulighet til å engasjere seg og være med å påvirke sin egen hverdag og sine omgivelser.

Bedre psykisk helse er et resultat av at den enkelte opplever mestring, medvirkning og fellesskap. Dette gjelder alle mennesker – både i og utenfor behandling. Og det gjelder ikke minst for ungdom som selv opplever psykisk sykdom.

Til slutt vil vi rette en stor takk til alle som har bidratt i årets rapport!

God lesning!



Randi Talseth
Randi Talseth,
generalsekretær i
Voksne for Barn



SVEIN ØVERLAND er psykolog, spesialist i barne- og ungdomspsykologi og rettspsykologi. Han er seksjonssjef ved avd. Brøset St. Olavs Hospital og rådgiver for Forvaringsavdelingen Trondheim fengsel og Politiet. Han har gitt ut to bøker og skrevet i kapitler i flere andre.

UNGE, SINTE GUTTER

La oss ta det fra begynnelsen: De færreste med psykiske lidelser oppsøker hjelp. Og de færreste som oppsøker hjelp, blir viderehenvist til spesialisthelsetjenesten (Torvik, 2018). Særlig gjelder dette gutter. Gutter har oftere atferdsproblemer enn jenter. Menn dreper oftere enn kvinner. Gutter og menn tar oftere enn jenter og kvinner livet av seg (Folkehelseinstituttet – dødsårsakregisteret, 2018).

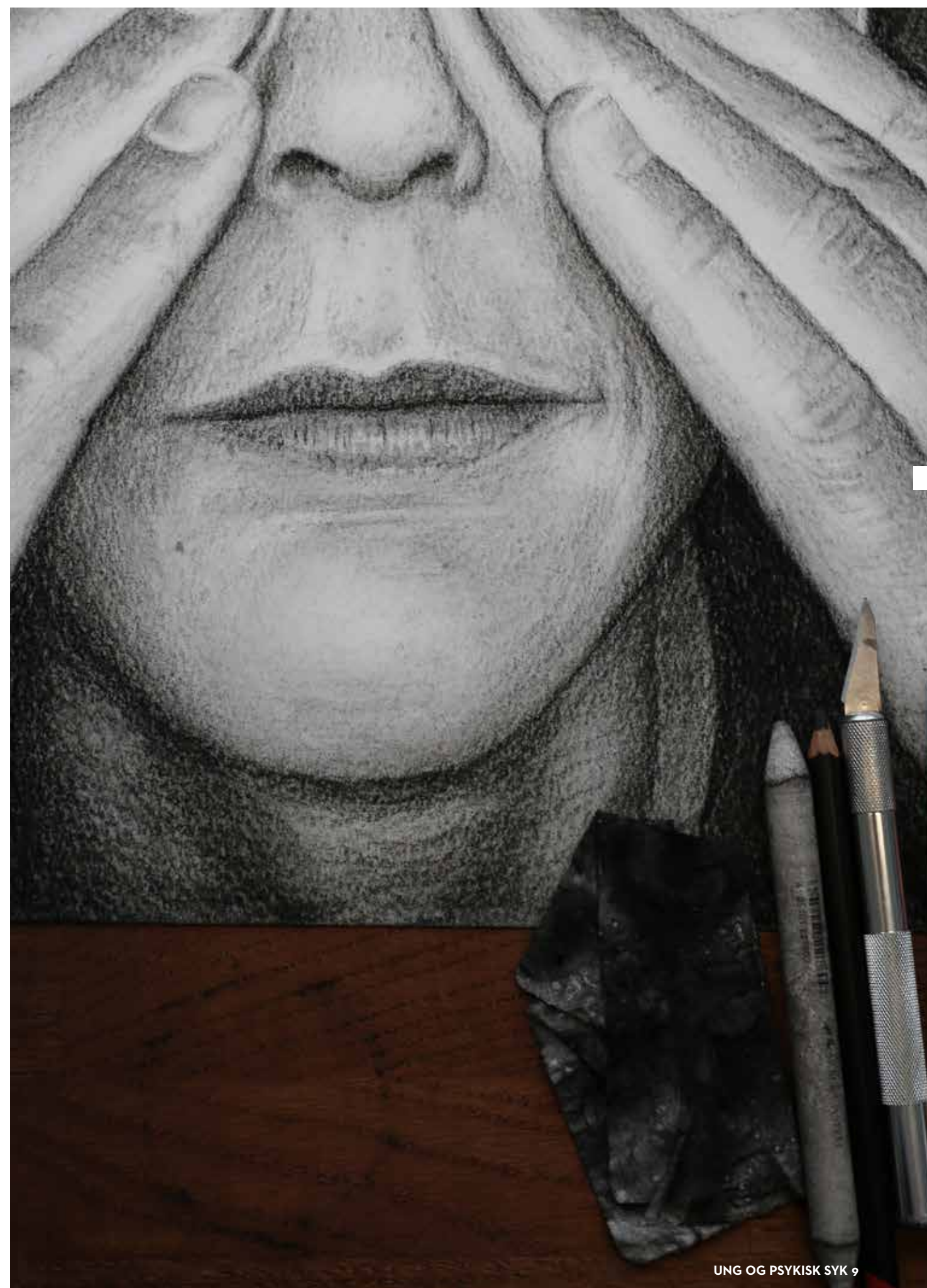
Derfor bør det ikke være overraskende at norske fengsler og sikkerhetspsykiatriske avdelinger har en overvekt av unge menn som innsatte og pasienter, eller at unge menn har høyere frafall i skolen enn jenter – for ikke å nevne at de aller, aller fleste såkalte skolemassakrene blir utført av unge menn som har opplevd tap, avvising og mobbing (Heitmeyer mfl. 2013).

Hvorfor er det sånn? Og hva kan vi gjøre med det?

Det er ikke slik at psykiske lidelser og atferdsvansker plutselig oppstår av seg selv på en tirsdag formiddag. Unge menn våkner ikke opp en dag som drapsmenn, mobbeoffer eller med en atferdsforstyrrelse. Som andre sykdommer utvikler psykiske lidelser seg vanligvis over tid. For eksempel viser en undersøkelse av Sourander og kollegaer (2005) at selvrapporterte depressive plager hos åtte år gamle gutter predikerte tanker om selvsykdom og faktisk selvsykdom da de var 18 år. En moderne forståelse av psykisk helse tar dessuten utgangspunkt i at en diagnose er et endeprodukt av gradvis kontrolltap, og at det skyldes et samspill mellom individuelle faktorer og miljøfaktorer (Gallagher mfl., 2013).

For eksempel viser flere undersøkelser at sjenerte og fryktomme barn har større risiko for å utvikle sosial angst enn andre barn, og at sjenerhet på sin side er avhengig av barnets temperament fra småbarnsalder (Tillfors, 2004). På samme måte viser Wike og Fraser (2009) at «skolemassakrer» (eng. «school shootings») skyldes en kombinasjon av egenskaper hos gjerningspersonen og forholdene ved skolen. Vanlige egenskaper hos gjerningspersonene er at de mangler «tilstrekkelige sosiale ferdigheter. De synes å akkumulere tap og sosiale problemer heller enn å aktivt søke å løse utfordringene» (s. 164). Faktorer ved skolene oppgis å være «rigide sosiale hierarkier, lav gruppefølelse hos elevene, liten tilknytning mellom elever og lærere og få muligheter for påvirkning av egen situasjon. Høy-risiko-skoler preges av manglende tilrettelegging av elevens behov, gir positive tilbakemeldinger kun til en elite av elever og skaper en sosial dynamikk som fremmer trakassering og mobbing» (s. 165).

Det er imidlertid når disse faktorene opptrer i en gradvis negativ vekselvirkning uten å bli fanget opp eller korrigert, at resultatet blir tragisk. Gjerningspersonene reagerer med



SIDEN SKAM OFTE ER EN GODT
SKJULT FØLELSE, SER VI GJERNE
IKKE SKAMMEN FØR DEN MED-
FØRER EN STERK YTRE REAKSJON.

isolasjon og fremmedgjøring, og de assosierer seg heller med aggressive kilder på internett eller lignende (Wike og Fraser, 2009).

Heldigvis vil de fleste barn og unge som opplever motgang, likevel ikke utvikle psykiske lidelser eller atferdsvansker. Det skyldes nettopp at sårbare barn kan hjelpes gjennom et tilrettelagt miljø, og at vanskelige miljøbetingelser kan bli kompensert av stabile personlighetsfaktorer hos barnet. For å kunne forebygge og oppdage begynnende skjevutvikling bør man derfor ta utgangspunkt i både generelle faktorer ved utvikling av psykiske lidelser, spesifikk kunnskap om psykiske lidelser og atferdsvansker og hvilke kompenserende tiltak som kan iverksettes.

I Norge er selvsagt mobbing et større problem i skolen enn «skolemassakrer». Som eksemplet ovenfor viser, finnes det imidlertid en rekke fellestrekk mellom de to. Tidligere var det vanlig å skille mellom psykiske vansker og atferdsvansker. Om vanskene ble vurdert som «psykisk helse» eller «barnevern», var avgjørende for hvilket tilbud barnet fikk. I dag vet vi at barn og foreldre ofte har nytte av tiltak fra flere instanser, uansett årsak, så lenge innsatsen er koordinert. Retningslinjer innen både psykisk helsevern og skolehelsetjenesten vektlegger derfor et tett samarbeid mellom hjem, skole og hjelpeinstanser samt viktigheten av et felles ansvar for å avdekke og følge opp barn med særskilte behov.

Vi blir også stadig mer klar over at mobbing, eksklusjon og manglende oppfølging kan føre til alvorlig skade hos barnet på sikt. I løpet av de siste to, tre årene har vi sett en endring i hvorledes domstolene og sentrale myndigheter vurderer saker der tidligere elever har saksøkt skolen for ettervirkninger av

mobbing (NOU:2). Skolen har også fått innskjerpet sin plikt til å oppdage og iverksette tiltak mot mobbing. Dette kan ha en sammenheng med at også det psykologiske fagmiljøet vurderer eksklusjon og mobbing opp mot begrepet «komplekse traumer» og diagnosen post-traumatisk stresslidelse, kompleks type. Mange hevder at man har for liten kunnskap og for få kartleggingsverktøy til å fange opp komplekse traumer (Nordanger mfl., 2011). Det kan føre til at personer med komplekse traumer ikke blir forstått eller at deres lidelse (vanligvis PTSD) blir diagnostisert lenge etter traumets oppstart. Mange vil dessuten hevde at traumer på skolen eller i hjemmet har en forsterkende effekt på traumet. Sannsynligvis skyldes dette at komplekse traumer oppstår i et miljø som barnet forventer skal være trygt. For eksempel kan barn som blir mobbet, oppleve at selv deres venner deltar i mobbingen eller «ser en annen vei». Barnet kan da oppleve at de selv heller enn miljøet er årsaken til problemet.

DEN VANSKELIGE FORTSETTELSEN

Selvfølgelig og heldigvis er det bare et fåtall av de sinte, unge guttene som reagerer med å skyte og drepe elever og lærere. Forskning viser at disse guttene har vært fascinert av skytevapen og planlagt massakren over lang tid (Vossekuil mfl., 2002). Det finnes imidlertid mange sinte gutter der ute. Og de er ikke bare sinte. De strever med mange andre følelser. Altfor mange opplever at de ikke klarer å uttrykke vanskelige følelser, eller at voksne reagerer med frykt når de gjør det.

SINNE OG AGGRESJON

Det er en farlig kombinasjon av følelser, heller enn sinne alene, som fører til alvorlig aggresjon. Sinne er i utgangspunktet, som alle følelser, en sunn reaksjon. De fleste blir sinte dersom de opplever urettferdige situasjoner. Noen ganger er det også

hensiktsmessig å reagere med aggresjon. De fleste vil imidlertid skille mellom sinne som en følelse, og aggresjon som en handling. Aggresjon kan innebære slag, spark, kjefting, trusler og en rekke andre uttrykk. Slik sett kan det å slå hardt i bordet klassifiseres som aggresjon. Det kan være et effektivt tiltak i noen situasjoner. Det er også mulig å uttrykke aggresjon uten å være sint. Å «posere» sinne eller bevisst fremtre aggressivt kan tilsvarende være effektivt i noen situasjoner. Dessverre er selv fagfolk ofte utydelige når det gjelder forskjellen mellom følelse og atferd. Det kan føre til at man misforstår hverandre. «Nå må du ikke være sint», vil noen ganger være et direkte misvisende råd. Ingen kan bestemme seg for ikke å være sint. Men man kan bestemme seg for å trene på å uttrykke sinnet sitt på en måte som er effektivt. Ingen har sagt dette bedre enn Aristoteles: «Enhver kan være sint – det er lett. Men å være sint på rett person, i riktig grad, på riktig tid, av riktig årsak og på riktig måte – det er ikke lett» (den nikomakiske etikk).

Sinne og aggresjon er således ikke noe man lærer seg. Sinne er som alle følelser til en viss grad styrt av biologien, og barn er generelt mer aggressive enn voksne. Det er gjennom sosialiseringsprosessen at barnet lærer å regulere aggresjonen. En sint gutt på 16 år vil bli påvirket av hvordan miljøet reagerer på hans aggresjon, men aggresjonen er ikke noe han har lært seg i ungdomsalderen. Man kan snarere snu på det: Aggressive barn er aggressive fordi de ikke har lært hvordan de regulerer aggresjonen på en sosialt akseptabel måte (Hawley, mfl., 2007).

I tillegg er det nyttig å skille mellom reaktiv og instrumentell aggresjon. Reaktiv aggresjon oppstår, ofte eksplosivt, som reaksjon på en opplevd urettferdighet eller krenkelse.

Instrumentell aggresjon, derimot, har et siktemål. Aggresjonen er planlagt og brukes som et middel for å oppnå et mål. I

klinikken kan man ofte kjenne igjen instrumentell aggresjon ved at den er mindre preget av sinne enn reaktiv aggresjon. En slik inndeling er selvsagt svært viktig når man skal iverksette tiltak. Barn og ungdom med reaktiv aggresjon vil for eksempel ha større nytte av sosial ferdighetstrening enn barn og ungdom med instrumentell aggresjon (Gundersen mfl., 2015).

HJELPELØSHET OG SKAM

Skam er en svært kompleks følelse. Skam kan forstås på mange måter, og mange har påpekt at den er svært avhengig av den tiden og kulturen man lever i. Skam kan også vises gjennom skamløshet, for eksempel gjennom ukritisk seksuell atferd eller ved forsøk på å sjokkere.

De fleste vil uansett være enige i at skam er tett forbundet med aggresjon. På den ene side kan skam føre til underdanighet og overgivelse, på den annen side kan skam føre til skamløshet eller aggresjon. Berg (2012) viser til at skam fører til en av fire reaksjoner: tilbaketrekking, unnvikelse, selvangrep eller angrep mot andre. Siden skam ofte er en godt skjult følelse, ser vi gjerne ikke skammen før den medfører en sterk ytre reaksjon. Det er først når andre blir angrepet med aggresjon eller barnet skader seg selv gjennom selvskading eller lignende, at skammen blir tydelig. Ofte forstår vi ikke at skammen er sentral hos barn og ungdom når de trekker seg bort fra andre eller unnviker (for dem) vanskelige situasjoner. Det er idet vi ser sammenhengen, at aggresjonens og skammens nære tilknytning blir tydelig. Martin Seligmans begrep «lært hjelpeløshet» er en god illustrasjon av hvordan maktesløshet kan føre til både skam og aggresjon. Fenomenet kan defineres som at et individ grunnet tidligere og vedvarende opplevelser av manglende kontroll over eget liv, ikke lenger makter å ha positive forventninger til fremtidig kontroll (Øverland, 2006). Følgende eksempel kan brukes for å forklare fenomenet i praksis, særlig i forbindelse

med at personer med skam kan vise aggresjon mot dem som barnet er glad i:

Tenk deg at en hund er sperret inne i et bur med høye gjerder og en lampe i hvert hjørne. Gulvet som hunden står og går på, har også strøm koblet til. Når lampen i et hjørne lyser, får hunden støt i potene dersom den er i nærheten av lampen. Dersom hunden holder seg unna hjørnet med den lysende lampen, unngår den støt. Hvilke av de fire lampene som lyser, varierer. Hunden lærer seg raskt å unngå den lysende lampen. Den får litt kontroll gjennom dette, en viss sikkerhet, men ordentlig trygg blir hunden ikke. Så blir reglene endret. Nå får hunden støt uansett hvilken lampe som lyser. Hunden erfarer etter hvert at ingenting nytter. Den uler og hopper, men til slutt legger den seg ned. Kanskje biter den på potene i et forsøk på å straffe smerten. Til slutt gjør den heller ikke det. Så kommer du. Du slår av strømmen, river ned gjerdet og kaller på hunden. Hunden kommer ikke, selv om den kan. Den har gitt opp, og den tror ikke på deg. Du går inn og bøyer deg ned over hunden for å klappe den. Hva skjer? Hunden biter. Hvorfor? Fordi den er vant til at ingenting nytter, og at den uansett vil bli straffet». Ofte kan slike historier hjelpe barn og deres foreldre til å forstå sammenhengen mellom hjelpeløshet, skam og aggresjon. Hjelpeløsheten blir synlig gjennom manglende initiativ til å løse problemer, men skammen kommer ikke nødvendigvis til syne med mindre den som opplever skammen, klarer å beskrive den. Gutter med sinne og skam vil ofte reagere aggressivt.

I tillegg vil barn som reagerer aggressivt mot foreldre de er glad i, eller mot en «snill lærer», ofte angre bittert i etterkant. Det forsterker den opprinnelige skamfølelsen. Slik blir skamfølelsen både et utgangspunkt og en konsekvens (Skårderud, 2001). Skammen får ungdommen til å drikke seg dritings for å drukne

selvforakten. Etterpå våkner vedkommende med fylleangst og vissheten om å ha dummet seg ut «nok en gang». Nok en gang forbanner ungdommen verden. Og seg selv.

Å LEGGE MERKE TIL, UTTRYKKE OG REGULERE FØLELSER

En slik selvpoppfyllende prosess er ikke begrenset til skam og aggresjon alene. De fleste psykiske vansker og atferdsforstyrrelser innebærer gjennomgående vansker med å legge merke til og uttrykke følelser både hos seg selv og andre. Begrepet «affektintegrasjon» benyttes ofte for å beskrive og forklare den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Monsen og Solbakken, 2013). Mangler i affektintegrasjon viser seg i en usammenhengende eller konfliktfylt selvopplevelse og en tilsvarende begrenset forståelse av andres opplevelser og intensjoner. I praksis merker man dette hos barnet ved at barnet ikke gjenkjenner følelsene sine, blir overveldet av dem eller ikke klarer å uttrykke dem på en effektiv måte. I klinikken ser man dessuten at enkelte har god evne til å oppleve og uttrykke noen følelser, men store vanskeligheter med andre. For andre kan det være vanskelig å skille følelsene fra hverandre på andre måter enn at de er gode og dårlige følelser. Istedenfor å kjenne på følelser som skam og avsky og sinne, kjenner de bare på at de er vonde. Barnet forsøker derfor å unngå slike følelser eller kan reagere med angst eller sinne, ofte begge deler samtidig.

Begrepet emosjonsregulering eller følelsesregulering brukes når man skal forklare at det å kunne regulere følelsenes intensitet er avgjørende for god psykisk helse. Fallmyr (2017) beskriver dette ganske enkelt som at «følelsesregulering sørger for at følelsene er passe «varme» slik at vi skjønner hva de forteller» (s. 21). Følelsesreguleringsvansker, det vil si at følelsene blir for sterke eller for svake, er vanlig hos barn og

ungdom og til stede som kjernevansker i de fleste psykiske lidelser. Både atferdsvansker, angst, depresjon og utviklingsforstyrrelser som autismespektervansker og ADHD, kjenne- tegnes av ulike former for følelsesmessige reguleringsvansker.

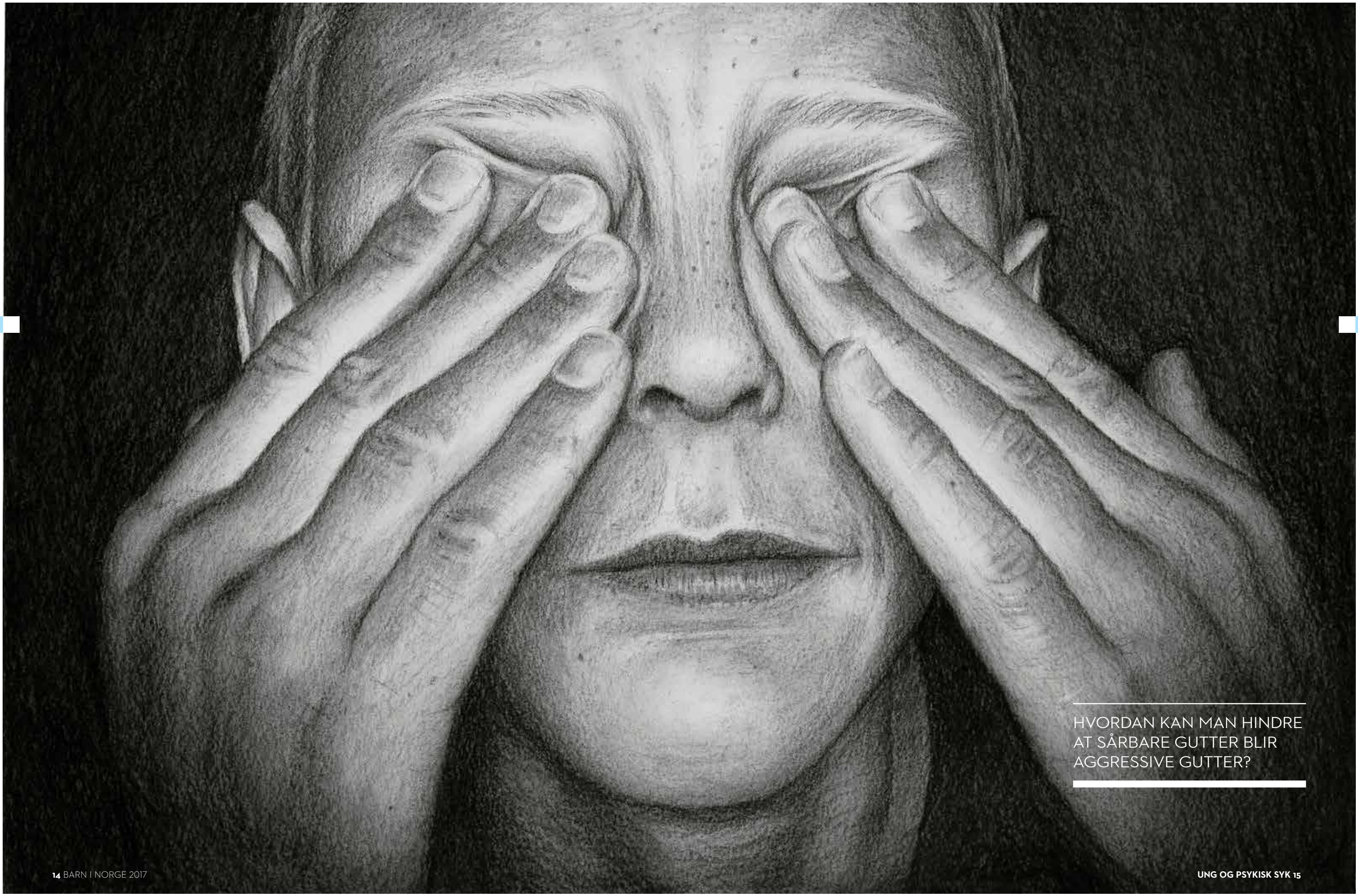
Begrepet «toleransevindu» brukes ofte for å beskrive hvordan manglende følelsesregulering kan ligge bak eksternaliserte og internaliserte vansker, og til å forklare dette på en enkel måte for sårbare barn og deres voksne. For eksempel kan en gutt som opplever urettferdighet eller en krenkelse, beskrive rastløshet og «tankekjør». Det gjør at han kan reagere med å «gire seg opp» og i verste fall med aggresjon. Det er også mulig at han blir overveldet av inntrykkene, for eksempel fordi en trigger aktiverer et traume. Han kan da reagere med passivitet og tilbaketrekking. Ofte beskrives dette med at han «går inn i seg selv» eller «blacker ut». Man tenker seg at eksternaliserte vansker som atferdsvansker og ADHD, kan skyldes hyperaktiveringsreaksjoner hos barnet på et nevrobiologisk grunnlag. På samme måte kan mange hyperaktiveringsreaksjoner være et utslag av traumatiske opplevelser etter vold og overgrep. Modellen er på ingen måte begrenset til et nevrobiologisk perspektiv, men forteller oss hvorfor det er viktig å være oppmerksom på, og kompensere for, reaksjonene. En trygg omsorgsperson og et regulerende miljø kan gi barnet gjentatte erfaringer av å bli hjulpet fra utrygghet til trygget. Det kan bidra til en positiv utvikling av de regulerende områdene og nettverkene i hjernen (Nordanger, 2017).

Uansett hvilke faglige begreper man velger å bruke, er hovedpoenget at barn lett mister kontroll over livet når de mister kontroll over følelsene sine. Det fører i sin tur til problemer med å etablere og vedlikeholde vennskap, og problemene fører til at foreldrene blir usikre eller skiftende i sin reaksjon på barnas atferd. Videre reagerer andre voksne

negativt på barn med utfordrende atferd. For eksempel har både barn med atferdsvansker og barn med internaliserte vansker (for eksempel angst og depresjon) særlig risiko for å utvikle negative relasjoner til lærerne sine (Sabol og Pianta, 2012). Resultatet kan med andre ord bli at barnet og personene i barnets miljø kommer inn i en negativ sirkel som forsterker de problemene som ligger til grunn.

EN GOD SLUTT

Forebygging bør bygge på kunnskap om både risiko og beskyttende faktorer og må sees i sammenheng med den totalsituasjonen barnet befinner seg i. For eksempel vil høy intelligens vanligvis være en beskyttelsesfaktor mot psykiske lidelser (Masten og Tellegen, 2012). En smart gutt uten nære venner kan imidlertid også bli fristet til å bruke evnene til å planlegge lovbrudd eller skaffe seg raske penger med narkotikahandel. Som nevnt innledningsvis er det kombinasjonen av flere faktorer, samt konteksten de opptrer i, som er det avgjørende. Derfor er generelle forebyggingsfaktorer like viktige som de spesifikke. For eksempel har en grunnleggende trygghet, et stabilt omsorgsmiljø og støtte fra familiemedlemmer vist seg å være særlig beskyttende (Afifi og Macmillan, 2011). Gode relasjoner gir rett og slett risikoutsatt ungdom et bedre utgangspunkt for å kunne få hjelp og støtte til å løse problemene før de blir for vanskelige til å løse. I slike relasjoner kan ungdommene også få ventilt frustrasjoner og problemer, noe som i seg selv er nyttig. Yip (2005) mener for eksempel at ventilering av følelser kan forebygge det å begynne med selvskading og også gjøre det lettere å slutte med selvskading. Men hvordan får man det til i praksis? Hvordan kan man hindre at sårbare gutter blir aggressive gutter?



HVORDAN KAN MAN HINDRE
AT SÅRBARE GUTTER BLIR
AGGRESSIVE GUTTER?

GENERELLE OG SPESIFIKKE INTERVENSJONER

Mange tror at løsningen er særlig erfarne eller kompetente fagpersoner, eller større fokus på screening av begynnende skjevutvikling. Undersøkelser støtter ikke nødvendigvis denne antagelsen. Det er vanskelig å fange opp gutters begynnende skjevutvikling og psykiske lidelser kun gjennom samtaler eller sjekklister. I Norge har vi stor tro på skolen og helsestasjonene for ungdom i den forbindelse. I de reviderte retningslinjene for tjenesten Helsestasjon for ungdom står det: «Helsestasjon for ungdom bør være spesielt oppmerksomme på ungdommer med risikofaktorer for å utvikle psykiske plager og lidelser, inkludert faktorer som kan gi økt selvmordsrisiko og rusproblemer. Ungdom som har psykiske plager bør få oppfølgende samtaler ved behov». I praksis er dette selvsagt langt fra enkelt. Det krever at man har ressurser og relevant kunnskap, og at ungdommen har tilstrekkelig tilgjengelighet til helsestasjonen. Mange ungdommer opplever for eksempel at helsestasjonen har for snevre åpningstider, at den er geografisk utilgjengelig eller ikke har personell som de stoler på. Helsestasjonene forteller at flere av dem som møter der, har et udekket behov fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder psykiske lidelser (Andersson og Steihaug, 2008).

Det en overvekt av jenter som kontakter helsestasjonene for ungdom. Sannsynligvis gjør det at helsepersonellet på helsestasjonene blir mest oppmerksom på mer åpenbare psykiske lidelser og atferdsproblem. Også noen gutter har god nytte av helsestasjonene for ungdom, men færre gutter enn jenter vet om og benytter seg av tilbudet. Særlig gjelder det gutter fra familier med utfordrende sosioøkonomiske forhold (Jensen, 2009). Videre viser samme undersøkelse at gutter er mer opptatt av anonymitet og har mindre tålmodighet for å vente på tilbud enn jenter. Dette er forenlig med undersøkelser

som viser at gutter som får en mer personlig henvendelse fra fastlegen, oftere tar kontakt (Robertson mfl., 2015) – særlig dersom henvendelsen nevner eksempler på vanlige spørsmål man kan diskutere med legen, og forsikrer guttene om konfidensialitet. I tillegg kan man, slik noen kommuner allerede gjør, etablere egne helsestasjoner for gutter eller «guttedager».

Guttene selv er ofte ikke klar over sine begynnende problemer. Graden av psykopatologi, problemer på flere livsområder og tidlig debut av vansker hos de unge guttene synes å være de mest robuste tegnene på psykiske lidelser ved fylte 18 år (Gallager mfl., 2005). Om screening og tiltak i skolen skal ha effekt, krever det en mer omfattende og arenaovergripende innsats enn det som finnes i dag.

Målet bør være at man i tillegg til generelle forebyggende tiltak og tiltak som virker for begge kjønn, også må iverksette tiltak spesifikt for gutter. Gutter oppgir for eksempel oftere enn jenter at anonymitet og et raskt tilbud er viktig. Mange regner med at gutter har lettere for å snakke om problemer med menn, men dette finner man ikke sterk støtte for i forskningen. Flere undersøkelser viser derimot at gutter foretrekker å ta opp problemer med en lærer heller enn en helsesøster. Særlig gjelder det for gutter uten mange venner og overfor lærere som oppfattes som omsorgsfulle (Hartberg og Hegna, 2014). Godø (2013) argumenterer med at gutter ikke nødvendigvis er opptatt av lærerens kjønn, men at «den gode mannlige læreren» tilkjennegir emosjonell støtte og hjelp med praktiske problemer og konflikter.

Et annet funn er at gutter generelt er tilbakeholdne med å snakke om psykiske problemer med sine fedre. En engelsk undersøkelse (Loughran, 2016) viste at kun 49 prosent av

gutter i tenårene ville ha snakket om sårbare tema med sin far. Imidlertid viste samme undersøkelse at 98 prosent av de som var komfortable med det, ønsket å ha et tilsvarende åpent forhold til sine sønner når den tid kom. Undersøkelsen viste at årsaken til at de unngikk å ta opp vanskene med fedrene, var at fedrene ikke snakket om følelser, og at guttene var redde for å være til bry. Med andre ord er det håp om at gode erfaringer med å dele vanskelige følelser kan bli overført til neste generasjon fedre.

I både USA og Storbritannia har det de siste årene vært iverksatt tiltak for å forebygge og fange opp psykisk uhelse blant gutter og menn. Særlig har nettstedet mantherapy.org fått mye oppmerksomhet på grunn av sine utradisjonelle virkemidler. Der bruker de humor og ironi knyttet til mannsrollen. I tillegg brukes nettressurser og digital helsehjelp. Evalueringer (blant annet Robertson mfl., 2015) viser at slike virkemidler fungerer, særlig når de blir kombinert med holdningskampanjer i media.

HJELPELØSHET SOM RESSURS

På samme måte som lært hjelpeløshet og skam kan få unge menn til å reagere med aggresjon, kan voksne som arbeider med sinte menn, reagere med utbrenthet eller såkalt sekundærtraumatisering. Utbrenthet som begrep ble utviklet på bakgrunn av observasjoner av ansatte på rusinstitusjoner på 70-tallet. Begrepet viser til et «multi-dimensjonalt psykologisk syndrom som forårsakes av langvarige mellommenneskelige belastninger på arbeidsplassen» (Maslach, 1976). En av dimensjonene er depersonalisering, altså en utvikling av negative følelser, kyniske holdninger og distansering til den man hjelper. I praksis viser depersonalisering seg ved at hjelperen forklarer klientens atferd med diagnoser, nedsettende gruppebetegnelser eller andre negative karakteristika som

«tingliggjør» personen. Fru Hansen blir til «liggesåret på 112», Trine blir til «Borderlineren» eller «hun PF-en», og Ronny blir til «verstingen». Tilsvarende blir Fru Hansens spørsmål om hjelp forstått som klaging, Trines behov for bekreftelse oppfattet som klamrende atferd, og Ronnys skam og forsøk på kontroll tolket som manipulering.

På den andre siden av spekteret viser sekundærtraumatisering at hjelperen utvikler de samme symptomene eller lignende symptomer som klientene. Begrepene sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering og «compassion fatigue» overlapper hverandre (Nimmo og Huggard, 2013), men samtlige viser til at helpere reagerer med aggresjon og skam i møte med barn, ungdom og voksne med utfordrende atferd. Per Isdahl beskriver dette inngående i sin bok «Smittet av vold» (2017). Han peker på at utbrenthet fører til at fagpersoner søker seg bort fra praksisfeltet fordi de opplever skam knyttet til at de «tar med seg jobben hjem». En særlig interesse for å hjelpe barn og ungdom gir paradoksalt nok en særlig sårbarhet for å reagere med utbrenthet dersom man opplever at hjelpen ikke er virksom.

Erkjennelsen av begynnende utbrenthet eller andre anti-terapeutiske prosesser innebærer imidlertid også et potensial for bedre forståelse av andres behov. Det gir hjelperen mulighet til å dele klientens grunnleggende følelse av manglende kontroll og aggresjon. Det krever mot. Ærlighet er grunnlaget for enhver relasjon. Vi ønsker ærlighet fra den andre og vet hvor uendelig godt det er å kunne være ærlig tilbake. Det gjelder særlig barn og ungdom. Vi er i dag stadig mer opptatt av evidensbaserte metoder og retningslinjer. Det er både viktig og riktig, men det er vanskelig å kvalitetssikre ærlighet eller utarbeide retningslinjer for å være modig. Likevel er ærlighet og mot ofte det viktigste for ungdommen. Særlig for gutter – og

særlig for sårbare, sinte og tøffe gutter. I en evaluering av virksomme tiltak mot psykisk uhelse rettet mot gutter og menn (Peterson mfl., 2015), uttalte en av respondentene at det viktigste var at «We do what we say, and we say what we do. And we don't promise things we can't deliver» (s. 56). Bedre kan det vel ikke sies.

REFERANSER

■ Andersson, H.W. og Steihaug, S. (2008) *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske lidelser*. SINTEF-rapport A4727.

■ Afifi, T.O. og MacMillan, H.L. (2011) Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), s. 266-272.

■ Aristoteles (1999) *Den nikomakiske etikk*. Bokklubben Dagens bøker.

■ Berg, G. (2012) Skammens kompass: Fire retninger i en skam-produserende tid, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(4), s. 360-364.

■ Heitmeyer, W., Bockler og Seeger, T. (2013) Social disintegration, Loss of Controll and School Shootings, i Bockler, N., Seeger, T., Sitzler, P. og Heitmeyer, W. (red.) *School Shootings: International Research, Case Studies, and Concepts for Prevention*. New York: Springer Publishing, s. 27-55.

■ Fallmyr, Ø. (2017) *Følelshåndtering og relasjonsbygging i skolen. En emosjonsfokusert tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

■ Folkehelseinstituttet (2018). Rapport: *Psykisk helse i Norge*.

■ Folkehelseinstituttet (2018). Dødsårsakregisteret per 04.01.18. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>.

■ Gallagher, M.W., Sauer-Zavala, S.E., Boswell, J.F., Carl, J.R., Bullis, J., Farchione, T.J. og Barlow, D.H. (2013) The Impact of the Unified Protocol for Emotional Disorders on Quality of Life, *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(1). Dokumentnr. 10.1521/ijct.2013.6.1.57. DOI: <http://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.1.57>

■ Godø, H.T. (2013) *Ungdomskrav – skolekrav – livsrom. En analyse av ungdomsskoleelevers håndtering av faglige og sosiale krav i skole og samfunn*. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi og samfunns-geografi, Universitetet i Oslo.

■ Gundersen, K.K., Olsen, T.M., Finne, J., Strømgren, B. og Daleflod, B. (2015). AART. *En metode for trening i sosial kompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

■ Hartberg, S. og Hegna, K. (2014). *Hør på meg. Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2013*. NOVA-rapport 2/2014. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

MANGE REGNER MED AT GUTTER HAR LETTERE FOR Å SNAKKE OM PROBLEMER MED MENN, MEN DETTE FINNER MAN IKKE STERK STØTTE FOR I FORSKNINGEN.

■ Hawley, P.H., Little T.D. og Rodkin, P.C. (2007) *Aggression and adaption. The bright side to bad behaviour*. Lawrence, New Jersey.

■ Isdahl, P. (2017) *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.

■ Jensen, A. (2009). *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. Statistisk sentralbyrå: rapport 2009/6.

■ Maslach, C. (1976) Burned-Out, *Human Behavior*, 9, s. 16-22.

■ Monsen, J. og Solbakken, O.A. (2013) *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (8), s. 740-751.

■ Nimmo, A. og Huggard, P. (2013) A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma and secondary traumatic stress in physicians, *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, s. 37-44.

■ NOU 2017: 12 (2017) *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

■ NOU 2015: 2 (2015) *Å høre til – Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*. Kunnskapsdepartementet.

■ Nordanger, D., Braarud, H.C., Johansen, V.J. og Albæk, M. (2011) Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologi-feltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(11), s. 1086-1090.

■ Nordanger, D. og Braarud, H.C. (2017) *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.

■ Sabol, T.J. og Pianta, R. (2012) Recent Trends in researsch on Teacher-Child relationship, *Attachment & Human Development*, 14, s. 213-232.

■ Sourander, A., Haavisto, A., Ronning, J. A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Nikolakaros, G., Helenius, H., Moilanen, I., Tamminen, T., Piha, J., Kumpulainen, K. og Almqvist, F. (2005) Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18, *Child psychology and psychiatry*, 46(10), s. 1124-1134.

■ Masten, A. og Tellegen, A. (2012) Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study, *Development and Psychopathology*, 24(2), s. 345-361.

■ Robertson, S., White, A., Gough, B., Robinson, M., Seims, A., Raine, G. og Hanna, E. (2015) *Promoting Mental Health and Wellbeing with Men and Boys: What Works?* Centre for Men's Health, Leeds Beckett University, Leeds.

■ Skårderud, F. (2001) Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet, *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 121, s. 1613-1617.

■ Tillfors, M. (2004) Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences, *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), s. 267-277.

■ Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T.H., Bramness, J.G., Gillespie, N., Aggen, S.H., Kendler, K.S. og Reichborn-Kjennerud, T. (2018) Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), s. 54-64.

■ Vossekuil, B., Fein, R., Reddy, M., Borum, R. og Modzeleski, W. (2002) *The final report and findings of the Safe School Initiative: Implications for the prevention of school attacks in the United States*. Washington, D.C.: U.S. Secret Service and Department of Education.

■ Wike, T.L., Fraser, M.W. (2009) School shootings: Making sense of the senseless, *Aggresion and Violent Behavior*, 14, s. 163-168.

■ Yip, K. (2005) A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting, *Child and Adolescent Mental Health*, 10, s. 80-86.

■ Øverland, S. (2006) *Selvskading: en praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.



HEIDI SVENDSEN TESSAND er prosjektleder for Stillasbyggerne på BUP Øvre Romerike, Akershus universitetssykehus. Hun er spesialist i samfunnspsykologi og klinisk barn og unge, og visepresident i Norsk Psykologforening. Hun er en aktiv samfunnsdebattant, har skrevet en rekke innlegg i tidsskrifter og dagspresse og bidratt i debatter på radio, TV og i podcaster.



MARIA NYLUND er psykolog i Stillasbyggerne



ANN-KRISTIN SANDAA er barnevernfaglig rådgiver i Stillasbyggerne



NINA GUNDERSEN er barnevernfaglig rådgiver i Stillasbyggerne



ANNETTE LUNDMARK er psykologspesialist i Stillasbyggerne

«STILLASBYGGERNE» – VI MÅ ALDRI GI OPP ET BARN

Stillasbyggerne er et prosjekt som har som formål å lage skreddersydde helse- og omsorgstjenester for barn og unge med psykiske problemer under barnevernstjenestens omsorg. I denne artikkelen beskriver vi det praktiske arbeidet i Stillasbyggerne – som er en hybrid mellom barnevernstjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (heretter kalt BUP). Prosjekteier er avdeling BUP Akershus Universitetssykehus, ved avdelingsleder Morten Grøvli. Styringsgruppen består av avdelingslederen, to brukerrepresentanter, enhetsledere og seksjonssjef fra BUP Øvre Romerike samt lederen i Nannestad barnevernstjeneste og lederen i Stiftelsen Milepælen ungdomshjem.

Artikkelen beskriver hvordan Stillasbyggerne kartlegger, analyserer, bygger og vedlikeholder «stillas», det vil si nettverk rundt målgruppa: barn og ungdom fra 0 til 23 år som bor i fosterhjem eller på en barnevernsinstitusjon. Stillasbyggerne skreddersyr alle tiltak ut fra behov og ønske. Stillasmodellen håper å fange opp de som «faller mellom alle stoler», og barn som alle har gitt opp. Alle kasus, tiltak og beskrivelser er sanne, men de er anonymisert av hensyn til barnas sikkerhet og for å ivareta taushetsplikten. Målet med artikkelen er å vise at «stillasbygging» kan være en nytenkende og virksom måte å hjelpe barnevernsbarn på.

PROLOG:

Vi leser i en barnevernsmappe

«Kim» bor i et beredskapshjem og blir henvist til BUP fordi han har blitt utsatt for vold av foreldrene sine. Fastlegen som henviser, kjenner ikke Kims bakgrunn. Han har bodd i

beredskapshjemmet i kort tid, og det finnes få opplysninger fra den opprinnelige hjemstedskommunen. Saksbehandleren i barnevernstjenesten har lite førstehåndskunnskap på grunn av nylig saksbehandlerbytte og stort arbeidspress. Kvaliteten på henvisningen er dermed lav og blir avvist av BUP. Samarbeidet mellom skolen, beredskapshjemmet og barnevernstjenesten er dårlig. Alle mener at BUP burde behandle Kim.

Det blir oppdaget at Kim blir utsatt for vold i beredskapshjemmet fra en eldre bror, og han flyttes til nytt beredskapshjem i en annen kommune. Han ønsker å snakke med noen og blir henvist til en ny BUP av den kommunale helsetjenesten, som ikke har kompetanse til å behandle traumer. Saken blir avvist på BUP med begrunnelse i at omsorgsbasen ikke er stabil nok til å igangsette behandling.

Saksbehandler kan ikke følge opp Kim like tett som hun ønsker



på grunn av sykemeldinger på kontoret. Kim flytter i fosterhjem og blir på nytt henvist til BUP. BUP tar en vurderingssamtale, men Kim er irritert og umotivert og vil ikke snakke. BUP avslutter saken. Barnevernstjenesten har ikke økonomi til å leie inn tilstrekkelig veiledning til fosterforeldrene. Fosterhjemmet sprekker fordi Kim var mer utfordrende enn de var forberedt på. Kim flytter til et beredskapshjem. Barnevernstjenesten ber om overføring til nærmeste BUP. Det tar lang tid å få time på BUP fordi tiltenkt behandler blir syk og en stilling står vakant. I mellomtiden vurderer de biologiske foreldrene å kreve tilbakeføring.

Kim flytter inn i fosterhjem, den femte flyttingen på halvannet år. Han er ti år. Nå vil han ikke snakke med noen lenger. Alle er enige om at noen burde gjort noe.

VÅREN 2015:

Statsråd Solveig Horne åpner lanseringsseminar for viktig rapport om den psykiske helsetilstanden til barn på barnevernsinstitusjoner

Rapporten «Psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjoner» fikk stor oppmerksomhet og avdekket at 76 prosent av barn og unge i barnevernsinstitusjoner har psykiske lidelser (Kayed og medarbeidere, 2015). Barna rapporterte dårligere livskvalitet, fysisk helse og forhold til venner enn befolkningen for øvrig. Selv om 80 prosent hadde fått psykisk helsehjelp i løpet av livet, oppgav 30 prosent at de ikke mottok hjelp på tidspunktet da de ble spurt (Kayed og medarbeidere, 2015).

I 2016 var 15 861 barn og unge plassert utenfor hjemmet. Av disse var 9 080 under barnevernets omsorg, 11 058 bodde i fosterhjem/beredskapshjem og 1 210 på barnevernsinstitusjoner (Statistisk sentralbyrås og Barne- og familiedirektoratets

hjemmesider). Med dette som bakteppe søkte BUP Øvre Romerike i 2015 om prosjektmidler fra Helsedirektoratet og Helse Sør Øst for å lage en modell som kunne hjelpe disse barna.

En litteraturgjennomgang for prosjektoppstart avdekket følgende hovedutfordringer:

- › Barn og ungdom under omsorg av barnevernstjenesten får ofte ikke tilstrekkelig psykisk helsehjelp, og samarbeidet mellom BUP og barnevernet er ofte ikke godt nok (Kayed og medarbeidere, 2015, Granli Aamodt, 2012).
- › Det synes å mangle en modell for hvordan man kan foreta helhetlige og samtidige vurderinger av hva slags utviklingsstøtte barna trenger når det gjelder både helse og omsorgstiltak.
- › Det synes å mangle en systematisk kartlegging av barnas helse, selv om barnevernstjenesten etter loven skal kjenne til dette.

Det er verken overraskende eller nytt at samarbeid på tvers av tjenestene er vanskelig (Granli Aamodt, 2012). Organisatorisk er helsetjenestene og barnevernstjenestene forankret i hvert sitt departement, henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, med dertil hørende lovverk. Lovverkene speiler heller ikke hverandre: I helselovgivning er det for eksempel slik at helsepersonellets plikter er pasientenes rettigheter (Ohnstad, 2002). Noe lignende finnes ikke på tvers av helselovene og barnevernslovene. Det finnes blant annet utfordringer knyttet til barnevernets ansvarsområde og grenseoppgang mot andre instanser, for eksempel mellom barnevern og BUP (NOU: 16: ny barnevernslov).

SEPTEMBER 2015:

prosjektstart – om å unngå å trække i grøfter

Vi satte sammen et ekspertteam bestående av både psykologer fra BUP og barnevernsfaglige rådgivere fra en kommunal barnevernstjeneste og en barnevernsinstitusjon. Vi ønsket å teste ut hvordan det ville være å jobbe sammen i stedet for parallelt. Deretter besøkte vi Forandringsfabrikken. De sa:

«Vis kjærlighet, hør på oss, lag noe som er utenfor boksen, involver ungdommene i utarbeiding av hjelpetiltak, ikke bruk tvang, vær opptatt av oss som mennesker, ikke pasienter. Sørg for at samarbeidet mellom alle er bra, så vi slipper å fortelle historien vår på nytt og på nytt og på nytt.»

Vi bestemte oss for følgende prinsipper som skulle ligge til grunn for alt arbeid:

- › Til forskjell fra den ordinære driften for både spesialisthelsetjenesten og barnevernstjenesten ønsket vi ansatte fra begge tjenester i samme team for å kunne gjøre helse- og omsorgsvurderinger samtidig. Altså en «hybrid» mellom barnevernstjeneste og BUP.
- › Vi ville jobbe ambulant og arenafleksibelt, altså jobbe der barna/ungdommene og samarbeidspartnerne oppholder seg, og ta utgangspunkt i ungdommenes ønsker og behov. Vi ville både lage utviklingsstøttende tiltak og samtidig fange opp de som har psykiske lidelser.
- › Vi ville forankre modellen både i psykologiske, barnevernsfaglige og organisasjonsfaglige teorier for å sikre en bredest mulig kunnskapsplattform.
- › Vi ville jobbe etter LEON-prinsippet (lavest mulige effektive omsorgsnivå) for å styrke nettverket/personene rundt ungdommene og sikre kunnskapsoverføring. På den måten kunne vi unngå fellen vi alle hadde gått i før: å gjøre

en omfattende jobb bare for å oppdage at når man trekker seg ut, faller alt sammen.

Vi satte følgende formelle mål for prosjektet:

- › Barn og ungdom under omsorg av barnevernstjenesten i fire samarbeidskommuner og én institusjon på Øvre Romerike skal fanges opp og følges opp, og skal selv delta i utforming av tilbudet. Barna/ungdommene skal ha høyere livskvalitet ved avslutning enn før prosjektoppstart.
- › BUP, barnevernstjenesten og institusjonsansatte skal samarbeide bedre etter prosjektperioden.
- › Omsorgspersoner (fosterforeldre og/eller ansatte på institusjonen) skal oppleve større grad av involvering, lykkes bedre i oppgaven som omsorgspersoner og få økt kunnskap om hvordan man fanger opp og følger opp barn og ungdom i fosterhjem og institusjoner.

NOVEMBER 2015:

faglig forankring og valg av verktøy

Med utgangspunkt i beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise, kjennetegn ved målgruppen (traumatiserte barn under omsorg av barnevernstjenesten) og en gjennomgang av beste praksis på ulike fagfelt landet vi på følgende tredeling av den faglige forankringen:

Den psykologfaglige forankringen er hovedsakelig utviklingspsykologi, økologisk psykologi og tilknytningspsykologi (Smith, 2011 og 2010, Bronfenbrenner, 1979, Brandtzæg, Smith, Torsteinson, 2011). Dette fordi vi mener at kunnskap om utviklingstraumer, tilknytning og nettverksarbeid er det mest relevante for å utvikle tiltak for barnevernsbarn.

Vi valgte verktøyet «Strength and difficulties questionnaire»



VÆR OPPTATT AV OSS SOM
MENNESKER, IKKE PASIENTER.

(SDQ) til å kartlegge den psykiske helsetilstanden. SDQ er et utbredt, validert og enkelt verktøy som brukes både i kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Å kartlegge livskvalitet er imidlertid uvanlig, både i helse- og omsorgstjenestene. Selv om Helsedirektoratet i rapporten «*Gode liv i Norge, utredning om måling av befolkningens livskvalitet*» anbefaler dette (Barstad og medarbeidere, 2016), er det så vidt vi vet uvanlig å kartlegge livskvalitet i helsetjenestene. Vi valgte verktøyet KINDL (måling av barn og unges helserelaterte livskvalitet), som er det samme verktøyet som ble brukt i den nevnte rapporten til Kayed og medarbeidere (2015). SDQ og KINDL ble valgt fordi de er brukervennlige, korte og enkle å fylle ut, samtidig som de henter informasjon både fra barnet/ungdommen selv og fra deres omsorgspersoner.

Den barnevernsfaglige forankringen har vi i Øyvind Kvellos modell, som er basert på kartlegging av risikofaktorer og beskyttende faktorer i barns liv og tiltak for å styrke de beskyttende faktorene (Kvello, 2015), og i barnevernsloven, barnekonvensjonen og ulike sosiologiske teorier (Giddens, 1994, Bandura, 1986).

Organisasjonsteoretisk forankring har vi i psykolog og økonom Henning Bangs forskning på hva som kjennetegner effektive team (Bang, 2008), og 5R-modellen (Mc Closkey, 2015). Dette har vi brukt som ramme for alt samarbeid i prosjektet, både innad i prosjektgruppa, med ungdommene og med samarbeidsaktører.

Hovedprinsippet er at for å få et godt samarbeid, må måten man samarbeider på føre til et ønske om å samarbeide mer. Merverdien av samarbeidet fører til at neste samarbeid får et bedre utgangspunkt enn det forrige (Bang, 2008). 5R-avtalen

omfatter rammer for samarbeid, arbeidets retning, regler for kommunikasjon, rollefordeling og håndtering av relasjonelle utfordringer som kan være til hinder for samarbeidet.

DESEMBER 2015:
stillasmodellen versjon 1 – å skreddersy tiltak

Vi ønsket å basere tiltakene på grundige analyser av det som var gjort tidligere. Nesten alle barna/ungdommene hadde fått mange ulike tjenestetilbud, så vi antok at det var gjort mye godt arbeid, men også at noen tiltak av en eller annen grunn ikke traff på tidspunktet da de ble prøvd ut.

Komponentene i den første versjonen av stillasmodellen var som følger:

- Fase 1: analysere
- › Lese bakgrunnsdokumenter (helsejournal og barnevernsmappe)
 - › Kartlegge barnets/ungdommens interesser og ressurser
 - › Undersøke psykisk helsetilstand og kvaliteten på relasjoner
 - › Undersøke kvaliteten på nettverk (både private og profesjonelle) – hva består stillaset av, hvem er nøkkelpersoner, og hvem/hva mangler i stillaset?
 - › Historikk på hjelpetiltakene og effekten av disse
 - › Finne ungdommens prosjekt og aktuelle utviklingsoppgaver
 - › Avgjøre hvilke elementer i stillaset som skal styrkes

- Fase 2: styrke
- › Sikre godt samarbeid og eierskap i prosessen rundt ungdommen gjennom bruk av 5R
 - › Bestemme tiltak for de ulike delene av stillaset som skal styrkes, og koble på private og profesjonelle nettverk
 - › Tydeliggjøre mål og bestemme sjekkpunkter underveis

- › Vurdere viderehenvisning og/eller behandling hvis indikasjon i fase 1

- Fase 3: vedlikeholde
- › Vurdere antatte kritiske faktorer og suksessfaktorer for videre utvikling
 - › Sikre at ungdommen har innsikt i eget stillas
 - › Forankre videre ansvar og lage sikkerhetsnett
 - › Evaluere samarbeidsprosessen, forankre ansvar og sikre videreføring av stillaset, identifisere sårbare punkter og bærebjelker
 - › Måle SDQ og KINDL

Innsatsmøte som ramme for felles valg av hjelpetiltak

Innsatsmøtet er et fast møte med deltakere som sammen bestemmer innsatsen rundt ungdommen. På innsatsmøtet deltar barnet/ungdommen, fosterforeldrene eller kontaktpersonen på institusjonen, saksbehandleren i barnevernstjenesten og to stillasbyggere (en psykolog og en barnevernsfaglig rådgiver). Under møtet bestemmer vi hvor «skoen trykker» og setter inn tiltak der det behøves. Det kan være barnet selv som ønsker hjelp, eller det kan være ulike tiltak i stillaset.

Et eksempel på et stillastiltak er å veilede saksbehandleren i hvordan vedkommende kan lede ansvarsgruppemøter som anses som ineffektive, eller jobbe med relasjonelle utfordringer mellom skole og hjem. Vi vil understreke at det her er viktig ikke å ta oppgaver fra andre faggrupper, men heller bidra til å øke mestringen hos dem som står barna nærmest, i tråd med LEON-prinsippet.

I starten av første innsatsmøte settes det opp en 5R- avtale.

- Rammer**
- › Bestemme organisering og hvem som skal være involvert i samarbeidet
 - › Avtale tid, sted, møtehyppighet og varighet på samarbeidet

- Retning**
- › Avklare målet for samarbeidet: Hva er det viktigste utviklingsmålet til barnet/ungdommen, og hva er han/hun opptatt av i livet sitt?
 - › Lage en plan for hvordan vi kan oppdage at vi trekker i forskjellig retning

- Roller**
- › Fastsette de enkeltes oppgaver og ansvar
 - › Snakke om ambivalens og uklare forventninger

- Regler**
- › Avklare kommunikasjonslinjer og kommunikasjonskanaler
 - › Avtale en åpen tone og oppfordre til å ta opp vanskelige temaer

- Relasjoner**
- › Avdekke hvilke bånd, styrker og utfordringer som finnes i relasjonene mellom de ulike aktørene
 - › Avtale hvordan vi skal styrke relasjonene og passe på at utfordringer blir løst og ikke er til hinder for videre samarbeid

VINTER 2016:
«Emma», fase 1 – hvordan forstår vi Emma?

Vi inngikk en samarbeidsavtale med en kommunal barnevernstjeneste på Øvre Romerike. Vi ønsket å pilotere modellen i liten skala for å teste hvordan fase 1–3 fungerte, før vi eventuelt gikk

i gang med å kartlegge behovene til alle barna i samarbeidskommunene. Vi startet med fire barn som barnevernstjenesten var bekymret for, blant dem «Emma».

Emma var nest eldst i en stor søskenflokk – men fortsatt en liten jente – da barnevernstjenesten hentet henne. Barna kunne ikke snakke. De lagde primitive lyder, som dyr. De var vanskelige å få kontakt med, de rugget med kroppen og dunket hodet i veggen. De hadde levde i en ekstremt marginalisert situasjon, nesten uten kontakt med omverdenen. Da barnevernstjenesten kom inn i huset, fant de barna nakne. Det var vanskelig å se ut gjennom vinduene fordi de var så skitne. Det lå halvdøde dyr i bur, og det lå madrasser på gulvet uten sengetøy. Der, i berget av stinkende søppel, bodde det barn. Foreldrene var ikke hjemme, og ingen visste hvor de var.

Emma flyttet inn i et beredskapshjem og deretter i flere fosterhjem. Hun ble beskrevet som et krevende barn. Hun var redd, utagerende og mistroisk til fremmede. Barnevernstjenesten var fortvilet. Var det ingen som ville ha henne? I fosterhjem nummer tre møtte Emma fosterforeldre som forsto henne og så den redde jenta bak alle de «slemme» tingene hun gjorde. Fostermor beskrev Emma som en redd liten maur. Hun satt innerst i sofaen med haka oppunder brystet. Fostermor fikk lite kontakt med henne. Hun var livredd for høye lyder og var konstant på vakt. Hun fungerte ikke på skolen og slo de andre barna.

Da Stillasbyggerne snakket med saksbehandleren første gang, var hun fortvilet og rådvill. Emma hadde fått avslag på BUP fordi de mente at omsorgssituasjonen var for ustabil til at hun kunne få traumebehandling. Dessuten mente de at PPT måtte utrede behovene på skolen først. PPT ville ikke utrede fordi språket hennes var så begrenset. De mente at habiliterings-

tjenesten måtte involveres først. Habiliteringstjenesten mente at jenta hadde så store atferdsutageringer at hun ikke var «utredningsbar». Skolen truet med å skrive henne ut fordi de mente at hun trengte spesialskole. Ansvarsgruppemøtene var preget av høyt konfliktnivå; ingen visste hva de skulle gjøre, og alle skyldte på hverandre.

Analysearbeidet avslørte at det ikke fantes opplysninger om Emma i førskolealder. Årsaken var at ingen visste at hun eksisterte, fordi hun ikke var født på sykehus eller hadde gått på helsestasjonskontroller. Hun hadde heller ikke gått i barnehage. Selv hadde hun lite språk og ville ikke snakke med oss.

Stillasbyggerne gjennomførte samtaler med de ulike aktørene i stillaset: fosterforeldre, saksbehandler i barnevernstjenesten, avlastningstiltak og skolen.

Skolen beskrev et lite monster som var slem mot de andre og ødela inventaret. De var usikre på hvordan de skulle håndtere dette. De opplevde Emma som en «tikkende bombe», og de mente at det bare var et tidsspørsmål før hun kom til å skade en av de andre elevene alvorlig.

Fosterforeldrene kjente ikke igjen skolens beskrivelser. Hjemme var det færre utageringsepisoder. Fosterforeldrene mente at lærerne ikke forsto Emma. Det var lite kontakt mellom hjem og skole. Skolen undret seg over hvordan det kunne være så stor forskjell på Emmas atferd hjemme og på skolen. Var fosterforeldrene gode nok informanter?

Basert på analysen av bakgrunnsdokumenter, samtaler med fosterforeldre, skolen og barnevernstjenesten landet vi på følgende problembeskrivelse:

- › Ingen hadde eierskap til «saken»

- › Alle jobbet fra hver sin tue og manglet retning for arbeidet
- › Samarbeidet var preget av mistro, dårlig kommunikasjon og relasjonelle utfordringer
- › De fleste manglet førstehåndsinformasjon om jenta, mange «hadde hørt fra andre at ...»
- › De fleste aktørene følte at de ikke ble hørt eller forstått av de andre
- › Emma var redd og usikker på skolen, men ganske trygg hjemme
- › Både Emma og fosterforeldrene rapporterte at livskvaliteten ikke var god, og hun hadde en del symptomer på emosjonelle vansker, men visste ikke hvordan hun skulle uttrykke dette

Konklusjonen etter fase 1 var at skoen trykket mest på samarbeidet. Samtidig var det mange flinke folk på skolen, og fosterforeldrene var omsorgsfulle.

VINTER 2016:
Emma, fase 2 – hvordan hjelper vi Emma?

Saksbehandler ble vår nærmeste samarbeidspartner. Det var viktig fordi det var barnevernstjenesten som hadde omsorgen for Emma. Hvis hun for eksempel skulle flytte til en annen kommune, så ville vi fortsatt kunne bistå. I motsetning til i tradisjonelt BUP-arbeid er det ikke BUPs opptaksområde som regulerer hvem vi hjelper, men den barnevernstjenesten som har omsorgen for barnet.

Vi laget en 5R-avtale med rammer for samarbeid, og bestemte tiltak: veiledning av saksbehandler, skole, PPT og fosterforeldre for å sikre felles plattform for forståelse, observasjoner av Emma i samspill med elever og lærere på skolen og deretter brobygging mellom skole og hjem.

Utdrag fra Stillasbyggernes notater fra forløpet (fase 2):
«... Skolemøte: Hvordan skal vi forstå Emma? Vi må få dem til å se den «redde mauren inni monsteret». Beskrive hva hun har vært utsatt for. De ble så stille da de skjønte hvor forferdelig oppvekst hun hadde hatt. Vi ga undervisning om hva som kjennetegner barn med utviklingstraumer. Hvordan opplever vi ikke å ikke strekke til, og hvordan vi skal håndtere det?

... Veiledning av saksbehandler: Hvordan bli trygg i rollen som saksbehandler? Trene på ledelse av ansvarsgruppemøtet.

... Skoleobservasjoner: Observasjoner av Emma med de ulike voksne. Hun er trygg på noen av dem. Flere er glad i henne. Oppsøker hverandre for råd, bra!

... Innsatsmøter i fosterhjemmet: Hvordan opplevde fosterforeldrene samsippet med jenta? Vi kan benytte informasjon til å gjøre vurderinger av jentas utvikling. Hva er likhetstrekkene mellom det som ble beskrevet hjemme og på skolen? Nødvendig med ny vurdering av spesialisthelsetjenesten for å «rydde opp» i alle de tentative diagnosene hennes.

... Resultater: Parallelt med at vi driver utviklingsstøttende arbeid, øker Emmas fungering. Snakker mer. Få utageringer. Viktig funn: Det er lite deling av den gode jobben som gjøres. De må snakke mer sammen.

... Møter på skolen sammen med fosterforeldre: Hvordan skal vi dele de gode historiene? Ser de blir rørt når de forteller hvor bra det går med Emma nå.

Oppsummert: Unyttehverandrepåters. Kompetanseoverføring. Nå må vi planlegge fase 3: Vi må sikre overgang til skole i annen kommune. Lage god overgang. Fosterforeldrene skal ikke stå

alene. Fin utvikling og gjensidig respekt. Dette går bra. ...»

SOMMER 2016:
erfaringer fra piloten; kan vi gjøre dette i større skala?

Etter å ha samlet erfaringer fra fire saker stilte vi følgende spørsmål:
Hvordan skal vi finne de barna som «faller mellom alle stoler», og som går under radaren av ulike grunner? Vi bestemte oss for å lage en kartleggingsfase, «fase 0», for å unngå tilfeldigheter i hvem som fikk hjelpetiltak, samt å dele inn barna/ungdommene i ulike grupper ut fra hvor gode planer som var laget rundt dem. Vi valgte fem informasjonskilder:

- › spørreskjema om psykiske symptomer (SDQ), fylt ut av barnet selv, fosterforeldre eller kontaktperson på institusjonen
- › spørreskjema om livskvalitet (KINDL), fylt ut av barnet selv, fosterforeldre eller kontaktperson på institusjonen
- › intervju av den som kjenner ungdommen best, utført av to stillasbyggere (psykolog og barnevernsfaglig rådgiver)

Etter analyse av resultatene ble barna/ungdommene delt inn i tre grupper: grønn, gul og rød. Fargekodene representerte i hvilken grad vi vurderte at det fantes en god plan for oppfølging – ikke nødvendigvis hvor alvorlig situasjonen var, men om planen fungerte etter intensjonen og ga resultater.

Grønn gruppe

Disse ungdommene har en god plan og er etter forholdene i god utvikling. Ungdommene blir ikke ekskludert fra prosjektet, men satt på en liste over dem vi vil «følge med på utviklingen for/ støtte».

Tiltak: statusgjennomgang cirka en gang per halvår for å følge

med på endringer og ved behov forebygge at det utvikler seg vansker.

Gul gruppe

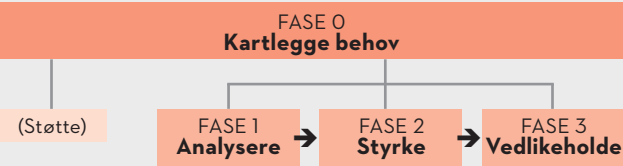
Disse ungdommene har en plan, men stillaset fremstår med for mange sårbare bjelker. Dette kan være ungdommer som for eksempel strever psykisk eller ønsker å slutte på skolen, og hvor man er usikker på om tiltakene har effekt.

Tiltak: veiledning av saksbehandler eller institusjon om mulige endringer eller nye tiltak.

Rød gruppe

Dette er barn og ungdom hvor det meste er prøvd av omsorgsbaser, psykisk helsehjelp og andre tiltak, og hvor alt har gått nedoverbakke. Dette vil praksis være de ungdommene som ordinære hjelpetiltak ikke strekker til for, og som beskrives som å «falle mellom alle stoler».

Den endelige modellen ser dermed ut som nedenfor. Alle mottar fase 0, de i gul gruppe får jevnlig støtte, og de i rød gruppe får fase 1–3:



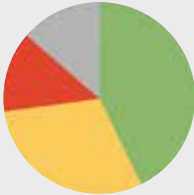
HØST OG VINTER 2016/2017:
fase 0/kartlegging av 130 barn og ungdom

Det neste halvåret gjennomførte vi fase 0 på fosterbarn i fire samarbeidskommuner og på en barnevernsinstitusjon. Data fra

kartleggingen danner grunnlaget som vi kan bruke ved prosjektslutt for å sammenligne hvordan barna hadde det i starten av prosjektperioden og/eller etter hjelpetiltak.

Vi sammenstilte resultatene fra kartleggingen og intervjuene, og gruppefordelingen så slik ut:

Vi vurderte situasjonen slik at det fantes 16 barn/ungdommer som hadde opplevd at alle planer for oppfølging hadde gått i vasken, men som fortsatt ønsket hjelp (rød gruppe). Cirka 35 barn/ungdom hadde en plan der intensjonene var gode (gul gruppe), men som hadde mange risikofaktorer. Cirka 50 barn hadde en god plan og var godt ivaretatt. Det var 16 personer som ikke ønsket kartlegging. De fleste av dem var over 18 år og i ulike ettervernstiltak.



Livskvalitet hos ungdommene

Vi sammenlignet livskvaliteten til tolv ungdommer på institusjon (13–17 år) med normen:



Tabellen viser at ungdommene på institusjon (den blå streken) rapporterer lavere livskvalitet enn det som er normen (rød

strek). Det samsvarer med rapporten «Psykisk helse for barn i barneverninstitusjoner» (Kayed og medarbeidere, 2015). Det var også stort samsvar mellom oppfatningen til nærmeste omsorgsperson på institusjonen (på tabellen «foresatt») og ungdommen selv. Unntaket er skolen, der ungdommen synes det går bedre enn det omsorgspersonen på institusjonen synes.

Gjennom intervjuer av kontaktpersonene på institusjonen oppdaget vi kjennetegn ved ungdommene på institusjonen som er verdt å merke seg:

- › De har ofte hatt flere omsorgsbaser før de kom til institusjonen.
- › De har opplevd store traumatiske hendelser og strever med nære relasjoner og håndtering av følelser.
- › De er opptatt av og oppdatert på rettigheter.
- › De er ofte mistenksomme til nye mennesker og kvier seg for å «fortelle alt på nytt».
- › De liker ikke «mye styr» og vil helst bli snakket med på en uformell måte på et trygt sted.
- › De er ofte ambivalente til om de ønsker oppfølging eller ikke, og kan ombestemme seg fra dag til dag, noe som gjør innhenting av samtykke utfordrende.
- › De har ofte dårlige erfaringer med hjelpeapparatet og har opplevd mange brudd i oppfølgingen.

Dette ble avgjørende informasjon for hvordan vi skulle utvikle hjelpetiltak for ungdommene på institusjonen. For eksempel var timing svært viktig. Kontaktpersonens inngående kjennskap til ungdommens vaner – for eksempel når på døgnet vedkommende var mest våken og tilgjengelig for voksne hjelpere, og hvor det var best å møte ungdommen (hjemme, på kafé eller på en annen «nøytral» arena) – ble helt sentral for å kunne lage tiltak som ungdommen ønsket.

Vi fant interessante forskjeller da vi sammenlignet rapportering av livskvaliteten for ungdom på institusjonen med rapportering for tolv ungdommer i fosterhjem:

Ungdommene i vårt utvalg rapporterer å ha noe *bedre* livskvalitet enn normen for deres aldersgruppe, men fosterforeldrene deres var ikke enig i dette.

Dette er et interessant funn. Studier viser at fosterbarn har lavere livskvalitet og flere psykiske plager enn befolkningen for øvrig (Lehmann, 2011), og våre resultater må tolkes med varsomhet blant annet fordi det er et lavt antall fosterbarn på denne grafen. Vi skal også lage grafer på resten av utvalget som har andre aldersnormer.

Stillasbyggerne har drøftet om det kan være slik at fosterbarn rapporterer å ha det bra nå fordi de sammenligner det med hvordan de hadde det før. Vi håper jo at det kan bety at fordi de fleste barna har opplevd grov omsorgssvikt, så føler de seg trygge og tilfredse med en mer stabil hjemmesituasjon.

En mulig tolkning av fosterforeldrenes opplevelse av at fosterbarna har dårligere livskvalitet, er at de sammenligner fosterbarna med deres egne eller andre barn som ikke har opplevd omsorgssvikt. Om det reelt sett er slik at de har rett i at disse barna fungerer dårligere enn andre barn, eller om fosterforeldrene «ser litt for godt etter» nettopp fordi de forventer at disse barna er «skadet», er ikke godt å si. Det kan også finnes andre forklaringer.

Selv om dette ikke kan brukes som valide forskningsdata er det svært relevant for oss i utformingen av hjelpetiltak: Hvordan vil synet på barnet prege håndteringen av det? Hva er viktig utviklingsstøtte? Hvordan kan man holde blikket på

barnets ressurser og normale fungering og unngå å se etter det dysfunksjonelle? Hvordan kan man oppdage det som virkelig er problematisk og kan trenge behandling?

VÅR 2017:
testing av tiltak – hva skal vi gjøre?

Vi laget handlingsplaner for alle barn/ungdommer i rød gruppe med blant annet følgende tiltak:

- › Samtaler med ungdommen med utgangspunkt i deres utviklingsprosjekt
- › Kjøreturer, kafébesøk, filmopplevelser, turgåing og andre aktiviteter med det som mål å bygge allianser og ha det gøy
- › Utredning og behandling av psykiske lidelser etter behov
- › Suicidalvurderinger, psykosevurderinger og andre typer risikovurderinger
- › Veiledning og rådgivning til samarbeidspartnere
- › Opprette ansvarsgrupper og individuelle planer (IP) der slike ikke finnes
- › Bistå ved henvisninger til BUP, DPS, habiliteringstjeneste og andre tredjelinjetjenester
- › Kursing av ansatte på institusjonen
- › Veiledning av lærere og andre ansatte på skoler eller arbeidsplasser
- › Samarbeid med og veiledning av fastleger og annet helsepersonell fra første- til tredjelinjetjeneste, inkludert ansatte på andre institusjoner ved endring av oppholdssted

I løpet av våren 2017 gjennomførte vi fase 1 og 2 på nesten 20 ungdommer i rød gruppe og veiledet mange av saksbehandlerne i gul gruppe. I tillegg utførte vi systemarbeid og markedsførte Stillasbyggerne.

HØSTEN 2017:
oppsummering av erfaringer så langt

Ungdommene i rød gruppe er krevende å hjelpe. De er fortsatt i fase 2 når denne artikkelen skrives, og de har ikke fylt ut KINDL og SDQ på nytt. Foreløpige resultater basert på kvalitative data (intervjuer av ansatte og ungdommen selv) viser at Stillasbyggerne har lyktes med tiltakene i cirka 2/3 av sakene vi er involvert i. Sakene er preget av at mange av ungdommene har svært varierende fungering og med ujevne mellomrom gir og trekker tilbake samtykke. Det kreves enorme mengder tålmodighet, varme og humor når man skal jobbe med disse ungdommene.

Høsten 2017 forsøkte vi å oppsummere hva som er suksesskriteriene for å drive vellykket stillasbygging:

Metaperspektiv: Fordi vi er en hybrid mellom barnevern og BUP og dermed ikke representerer et enkelt tjenestested, får vi et «fugleperspektiv» som gir oss frihet til å utvikle pragmatiske hjelpetiltak.

Brukermedvirkning: Ungdommene er selv med på alle innsatsmøtene, noe som er vanskelig å få til på store ansvarsgruppemøter. Vi får tilbakemelding fra ungdommene om at de liker at det blir lagt vekt på livsmestring, og at de synes møtene er ok å være med på. De får eierskap til prosessen og blir godt kjent med de voksne som forsøker å hjelpe til.

Tverrfaglig vurdering og helhet: Fordi alle dokumenter blir lest samtidig i stedet for parallelt, sikrer vi at det barnevernsfaglige perspektivet blir tillagt like mye vekt som det psykologfaglige, og vi kan ta opp uenighet med en gang. I tillegg oppdager vi informasjon som har «glippet» mellom de ulike tjenestene.

Dette gir en helhetlig oversikt som anses som svært viktig og vanskelig å oppnå med ordinær organisering.

Tett samarbeid med saksbehandler i barnevernstjenesten: Den tette dialogen mellom BUP og saksbehandleren i barnevernstjenesten sikrer at saksbehandler opplever seg avlastet, og at BUP er en nær samarbeidspartner.

Ansvarliggjøring og felles mål gjennom 5R: 5R øker sannsynligheten for at samarbeidet blir bedre og mer systematisk. Vi evaluerer om måten vi jobber på bringer oss nærmere et felles mål som ungdommen selv har vært med på å sette.

Tiltak fristilt fra ungdommen etter behov: Fordi ungdommen ikke nødvendigvis blir definert som «pasienten», og tiltakene kan foregå kun i stillaset hvis ungdommen ikke ønsker direkte kontakt, kan vi jobbe med å bygge opp et nettverk rundt ungdommen. Dette skiller seg fra ordinært BUP-arbeid, hvor ungdom som ikke ønsker å møte på BUP, ofte blir skrevet ut.

Stillasbygging hadde ikke vært mulig uten samtykke fra både ungdommene selv og barnevernstjenesten som har omsorg for dem. Vi har også fått konsesjon fra Datatilsynet til å kartlegge helsetilstand og livskvalitet hos barna/ungdommene, da dette ligger utenfor BUPs ordinære mandat siden de fleste av barna/ungdommene ikke er henvist til BUP på det tidspunktet da Stillasbyggerne kartlegger dem.

VINTER 2017/2018
Når denne artikkelen skrives, skal vi i tillegg til å følge opp de 21 ungdommene vi har i rød gruppe, fortsette arbeidet med å lage 5R-avtaler for de cirka 40 ungdommene i gul gruppe. Vi ser at det er behov for å lage 5R-avtaler i alle de gule sakene også, blant annet for å sikre kontinuitet hvis saksbehandleren

for eksempel slutter eller blir sykemeldt. Vi ønsker å ansette flere stillasbyggere, foreta nye målinger av symptomer og livskvalitet og utvide prosjektet. Vi har planer om å arrangere felles fagdager for alle fosterforeldre og saksbehandlere i barnevernstjenesten, og vi ønsker å skrive en håndbok i stillasbygging.

Fordi Stillasbyggerne er 100 prosent finansiert av prosjektmidler, er fremtiden avhengig av videre støtte eller en annen, fastere finansieringsmodell. Vi er per i dag én prosjektleder i 80 prosent stilling, én administrativ støtte i 40 prosent stilling og fire stillasbyggere – to psykologer og to fra barnevernet i nesten fulle stillinger. Vi tror at Stillasmodellen er fremtidens modell for å sikre skreddersøm for barnevernsbarna, og vi håper at noen vil forske på modellens effekt.

Det fineste vi har opplevd hittil i prosjektet, er en tekstmelding fra en jente som har hatt et svært vanskelig liv. Vi brukte over et halvt år før hun begynte å stole på oss og lot oss hjelpe til. Da hun flyttet til en annen kant av landet og saksbehandleren spurte hva hun trengte, svarte hun: «Jeg trenger en skittentøyskurv, en ostehøvel og en stillasbygger.»

REFERANSER

■ Aamodt, L. G. (2012). *Samhandling mellom barnevern og BUP; Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Bandura, A. og National Institute of Mental Health (1986) Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

■ Bang, Henning (2008) Effektivitet i lederteam – hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(3), s. 272–286.

■ Barstad, A., Normann, T.M., Bang, R.N., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H.C., Brattvåg, H., Vik, M.H. og Herheim, Å. (2016) *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Oslo: Helsedirektoratet.

■ Brandtzæg, I., Smith, L. og Torsteinson, S. (2011) *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

■ Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

■ Giddens, Anthony (1990) *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity.

■ Kayed, N.S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.M. og Wichstrøm, L. (2015) *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Trondheim: NTNU.

■ Kvello, Ø. (2015) *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T. og Heiervang, E.R. (2013) Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 39(7).

■ McCloskey, M. (2014) *Learning leadership in a changing world. Virtue and effective leadership in the 21st century*. Palgrave MacMillan US.

■ NOU 2016: 16 (2016) *Ny barnevernslov. Sikring av barns rett til omsorg og beskyttelse*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

■ Ohnstad, B. (2002) *Rettigheter og plikter etter ny helselovgivning*. Oslo: Fagbokforlaget.

■ Smith, L. (2011) Om tilknytning hos små fosterbarn, *Fosterhjemskontakt (tidsskrift om fosterhjemsarbeid)*, 30(6), s. 38–39.

■ Smith, L. (2010) Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi, i Moe, V. Slinning, K. og Bergum Hansen, M. (red.) *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utgave, s. 29–52.

■ Smith, L. (2010) Tilknytning og omsorg for barn under tre år når foreldre går fra hverandre, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(9), s. 804–811.

34 BARN I NORGE 2018

UNG OG PSYKISK SYK 35

UNGDOM SOM STREVER, FÅR HJELP GJENNOM GODE RELASJONER

Det viktigste er at helsepersonell bryr seg om dem personlig, sier norske ungdommer.

Journalist **ALICIA THI NGUYEN RYBERG** har intervjuet de fem ungdommene

VURDERTE Å RØMME

«Kjell» er vokst opp på Østlandet med mor, far og lillebror. Da han gikk i femte klasse, ble det dannet en ny gjeng på skolen, og Kjell var ikke med i den. Guttene som tidligere hadde vært hyggelige, vendte seg mot ham.

– Det var folk som bestandig, hver dag, plaget meg. Ikke fysisk, men med ord om hvordan jeg var og hvordan jeg så ut, forteller han.

Mobbingen gjorde at Kjell ikke hadde lyst til å gå på skolen. Noen ganger lurte han på om han skulle rømme, og han tenkte ofte at han skulle vært sterkere enn dem som plaget ham.

– Eller, ikke sterkere, men kjappere. Da kunne jeg helt sikkert kommet meg unna. Men jeg var ikke kjappere enn dem, sier Kjell.

På skolen var det stort gjennomtrekk av lærere. Det gjorde det vanskelig å si fra, selv om enkelte lærere forsøkte å hjelpe ham. De ville at han skulle fortelle konkret om det som plaget ham, og det var ikke lett.

– Hvis ikke lærerne forsto helt hva jeg mente, så gjorde de ikke noe med det.

Ble anbefalt barnepsykolog

På grunn av mobbingen fikk Kjell det etter hvert så vanskelig at han skulle ønske han var en helt annen person. Det klarte han å si til foreldrene, og da tok mor grep. Hun forhørte seg med skolen og med kollegaer, og hun fikk vite at PPT i kommunen hadde en dyktig barnepsykolog, «Hilde». Det at Kjell tidligere hadde vært i kontakt med PPT for utredning av dysleksi, kan ha gjort veien inn til PPT kortere, tror hun.

For Kjell skulle kontakten med Hilde bli viktig.

– Jeg hadde store forventninger til at hun kunne snu livet mitt til det bedre, og det klarte hun.

Han husker første gang han kom inn på Hildes kontor, i begynnelsen av sjette klasse.

– Det var godt å komme inn til henne og føle at «her er jeg trygg». Hun hadde jo taushetsplikt, og jeg fortalte om hvordan jeg hadde det og hvordan alt begynte.

Mindre plaging etter at PPT kom inn

Kjell har kommet halvveis gjennom åttende klasse nå. Det hender fortsatt at han har samtaler med Hilde, men ikke så ofte.



– Det har blitt mye mindre plaging etter at jeg snakka med Hilde.

Hun var opptatt av hvordan han hadde det, og hvis Kjell ga henne lov, sa hun fra til foreldrene om det var noe som måtte tas opp med skolen. Kjell fikk også hjelp av Hilde til å sette ord på vanskelige følelser.

– Jeg tror hun føler hva jeg føler. Og da merker jeg at hun forstår meg. Egentlig har hun jo ikke sagt så mye, mest lyttet til meg.

Taushetsplikt gir tillit

Ved overgangen til ungdomsskolen var det viktig for Kjell at en voksen visste hvordan han hadde hatt det tidligere. Etter en samling hvor klassen ble delt i grupper og hadde samtaler med helsesøster, valgte han å bli igjen etter gruppesamtalen.

– Fordi hun har taushetsplikt, følte jeg at jeg kunne stole på henne. Nå kan jeg gå til henne hvis jeg trenger det, og hun tar seg god tid.

Støtte i venner og familie

I tillegg til Hilde og den nye helsesøsteren har det vært godt for Kjell å kunne snakke med mor, far og lillebror. Kjell har også gode venner som har støttet ham. Den ene er en gutt han har kjent siden barnehagen, som gikk på en annen barneskole. Den andre bestevennen flyttet til stedet for noen år siden, og begynte da i Kjells klasse. Nå går alle tre på samme ungdomsskole og ser mye til hverandre.

– Det har hjulpet meg at jeg kan stole på dem, og fortelle dem litt om hvordan jeg har hatt det, sier Kjell.

– Og jeg kommer til å huske Hilde resten av livet. Hun har hjulpet meg mye, sier Kjell.

Å begynne på ungdomsskolen har ikke vært så ille som han

hadde fryktet. Han har fått flere venner, og miljøet er annerledes.

– Foreløpig har det gått bra. Foreløpig har det gått veldig bra, sier han, og nikker bestemt.

VOND HEMMELIGHET

Luna er vokst opp i Nord-Norge med foreldrene og broren. På utsiden levde hun et vanlig liv med skole og venner, men hjemme opplevde hun ting hun skulle vært foruten.

– Faren min gjorde ting mot meg som han ikke skulle gjort, ting han sa jeg måtte holde hemmelig, sier Luna.

I flere år holdt hun på hemmeligheten, men da hun ble tretten år, fortalte hun mor om det som skjedde når mor ikke var hjemme. Da tok mor ut separasjon mot far, og ba om full omsorgsrett.

– Det var godt å bli trodd av mor, samtidig som hele situasjonen var veldig vanskelig, for jeg var jo glad i far også, samtidig som han ikke burde ha skadet meg, sier Luna.

Far flyttet ut, og dette ble starten på en vanskelig barnefordelingsprosess. Samtidig som Luna strevde på grunn av overgrepene og familiekonflikten, begynte hun å oppleve sanseintrykk som var skremmende, og som gjorde det vanskelig for henne å være på skolen. Hun hadde tidligere vært skoleflink, men nå slet hun. Lunas mor har en nær slektning med schizofreni, og moren hadde på nært hold opplevd tidlige tegn på psykose. Disse gjenkjente hun hos Luna. Hun forsøkte å skaffe Luna hjelp gjennom BUP, men ble ikke tatt på alvor.

Forvrengte ansikter

Etterhvert ble Luna så redd på grunn av hallusinasjonene at hun var til skade for seg selv og andre.

– Under anfallene skiftet folk ansikt, sånn at det ikke lenger

var de vanlige ansiktene jeg så, men liksom onde og forvrengte ansikter.

Luna ble innlagt på ungdomspsykiatrisk akutenhet og etter hvert også på ungdomspsykiatrisk senter i en annen by. Hun hadde nytte av innleggelsene, men samtidig opplevde hun periodene som tøffe.

– Stemmene jeg hørte kunne kommandere meg til å gjemme meg eller skade meg selv.

Luna måtte mange ganger bli holdt nede av personalet for at hun ikke skulle skade seg alvorlig, og det å ha flere voksne over seg var spesielt skremmende.

Hun ble utskrevet til en barnevernsinstitusjon med høy bemanningsgrad. Der fikk Luna tid og rom til å få det bedre.

– Jeg ble veldig glad i mange av de som jobbet der. Det var faste folk som bodde i boligen, i skift. Da fikk jeg mulighet til å bli trygg på dem, sier Luna.

Fremdeles kunne hun oppleve skremmende hallusinasjoner og måtte bli holdt nede, men personalet taklet det på gode måter.

– De skjønnte at det var sykdommen min, og ikke meg, sier Luna.

Reservebestemor

Hun opplevde at personalet hadde tillit til henne, og at hun ble ansett som snill og god. Det var spesielt en miljøarbeider hun hadde nær kontakt med, som ble en slags reservebestemor for Luna.

– Vi hadde gode måter å være sammen på. Sa alltid god natt til hverandre om kvelden, og «jeg er glad i deg», sier hun. Mens hun bodde på institusjonen, var målet å komme tilbake

til et normalt ungdomsliv, med skole og venner. Hun ble der i fire år. Nå er hun nitten år og bor for seg selv. Det hender fremdeles hun har kontakt med personalet fra boligen, spesielt «bestemoren».

Symptomet som ressurs

Luna går fortsatt i behandling, men nå i voksenpsykiatrien. Hun jobber med å gjøre seg ferdig med videregående skole. Hittil har hun fått gode karakterer, hun er sitt gamle, dyktige jeg. Når hun ser tilbake, synes hun det har vært spesielt hjelpsomt å ha varme og forståelsesfulle voksne rundt seg. Samtidig har hun i stor grad hjulpet seg selv.

– Det er mange psykiske sykdommer man ikke kan noe for, for eksempel psykoselidelse, som jeg har. I tillegg til behandling tenker jeg at man bør prøve å bruke ressursene i sykdommen, sier Luna, som har laget sine egne hjelpere i hodet.

– Jeg er glad i å tegne, så jeg har tegnet dem. De har navn, de er vennene mine, og de vil meg godt. Når jeg har vært redd og ensom, har jeg kunnet være med vennene mine som jeg har laget selv, forklarer hun.

– På den måten har jeg også hjulpet meg selv.

PROBLEMER MED KJØNNSENTITET

«Jin» har vokst opp på Østlandet i en familie med ikke-vestlig bakgrunn. Gjennom barneskolen opplevde hen mye mobbing, og den ene forelderen var alvorlig psykisk og fysisk syk. I tiende klasse døde forelderen. Det var ikke før i andre klasse på videregående at Jin bestemte seg for å søke hjelp.

– Jeg var i fornektelse og skulle være sterk og alene. Jeg var ganske nær bunnen da jeg endelig tenkte at jeg måtte snakke med noen.

Samtidig visste hen ikke hva hen trengte.

– Det var mye jeg prøvde å finne ut av. Jeg følte at jeg ikke passet inn på skolen. Jeg var skvetten, hadde angst, og trodde kanskje jeg hadde ADHD. Jeg var mye deprimert, og det var vanskelig å konsentrere seg. Og så følte jeg meg ikke komfortabel med det kjønnnet jeg er født med.

Kjelige og varme helsesøstre

Det første møtet med helsesøster ble ikke så godt som Jin hadde håpet.

– Hun sa «så kjipt», og det var det. Jeg følte at hun var kald og ikke gjorde noe forsøk på å forstå meg, spesielt ikke det med kjønnsidentiteten min.

I tredje klasse på videregående byttet hen til en mindre skole. Der var helsesøster til stede kun en dag i uka, men hun ble likevel viktig for Jin.

– Hun nye helsesøsteren var åpen og prøvde å forstå hva jeg sleit med, og det virket ikke som hun dømte meg. Noen ganger sendte hun sms for å spørre om jeg ville ha time neste gang hun var på skolen, og noen ganger kom hun bort til meg hvis hun så meg i korridoren. Og hvis hun fikk vite av lærerne at jeg hadde fravær, tok hun kontakt. Jeg forsto at hun ville meg godt, sier Jin.

Søkte råd hos venner

Selv om relasjonen med denne helsesøsteren var god, kjente Jin at hen trengte mer hjelp.

– Jeg søkte rundt på internett, og jeg fikk informasjon fra helsesøster, men mest fra venner. Jeg var forberedt på at det kunne ta lang tid å få hjelp, og at jeg kanskje ikke fikk hjelp i det hele tatt, for det var erfaringen vennene mine hadde.

Avslag på avslag

Jin ble henvist to ganger til utredning og behandling i

spesialisthelsetjenesten, den ene gangen via helsesøster til BUP, og den andre gangen via fastlegen til DPS, fordi hen nærmet seg myndighetsalder. Begge gangene fikk hen avslag.

– For meg var det vanskelig å snakke med voksne i det hele tatt. Og det å møte nye personer og fortelle livshistorien til nye, fremmede voksne var vanskelig. Jeg ventet mer enn et halvt år på å få svar, og da var det vondt å bli avvist, sier Jin.

I de tyngste stundene tenkte Jin at det ville være bedre ikke å leve mer.

– Jeg føler jo at for min mentale helse var situasjonen akutt, men jeg tror ikke jeg hadde det ille nok til at de kunne prioritere meg.

Fullførte videregående

Jin fortsatte samtalene med helsesøster og klarte å fullføre videregående. Hen har blitt atten år, bor for seg selv og har begynt på høyere utdanning. På mange måter har hen det bedre, og det er flere ting som har bidratt til det.

– Det at jeg ikke definerer meg som verken jente eller gutt, er en viktig del av meg, men det er en del av meg som også har gitt meg mye angst og depresjon. En del folk jeg har møtt i helsetjenesten, for eksempel den første helsesøsteren og overlegen jeg møtte på DPS, har vært veldig dårlige på dette med kjønnsidentitet. Det er forståelig at man ikke kan like mye om alt, men det hjelper om man prøver å være åpen. Det synes jeg helsesøster i tredjeklasse og fastlegen min gjorde, sier Jin.

Mørk humor og gode venner

En annen ting som har hjulpet Jin, er mørk humor. De siste årene har hen «tagget» og delt mange «memes» med gode venner.

– Sånne med bilder hvor det for eksempel står «I just want

to die». Det var jo sant, på en måte, men så kunne vi le av det også, sier Jin.

På de verste dagene har det vært godt å kunne støtte seg til venner, og til helsesøster.

– Det har også vært godt at jeg har kommet til den konklusjonen at jeg trenger å ha det bedre, og at jeg har lov til å ha en dårlig dag. Gode rutiner i hverdagen er viktig, men vanskelig, sier Jin.

– Men jeg gjør mitt beste.

FØLTE SEG FANGET OG ISOLERT

«Sebastian» har vokst opp i en storby på Østlandet. Utover høsten for tre år siden slet han med konsentrasjonsvansker og kom seg ikke på skolen.

– Jeg fikk beskjed om at jeg var overstimulert og utbrent, men ingen sa noe om psykose.

En desemberdag ble han fraktet direkte fra timen hos BUP-psykologen til ungdomspsykiatrisk akuttavdeling (UPA). De neste tre månedene skulle han tilbringe på lukket avdeling, og det var han på ingen måte forberedt på. Det at innleggelsene hindret ham i å leve et vanlig sosialt liv, samtidig som han føler at de var unødvendig lange, har vært vanskelig å forsone seg med.

– Jeg følte meg fanget og isolert fra skole, venner og familie. Til sammen var jeg innlagt på UPA og på intermediaerenheten (IME) i to og et halvt år. Jeg har måttet begynne på nytt sosialt, sier han.

Faglig tilbakefall

Til tider har det vært krevende å jobbe med skolefagene. Under den tre måneder lange akuttinnleggelsen var det ikke

mulig, men da Sebastian ble overført til intermediaerenheten, startet han med en-til-en-undervisning i engelsk og matte. I dag er han blitt sytten år, og mens daværende klassekamerater forbereder russetida, jobber han med å ta igjen basisfag som matte, norsk og engelsk.

– Jeg er fortsatt på niendeklassenivå i flere fag.

Uenig med behandlerne

Sebastian forstår at det kan være vanskelig å gi prognoser for psykoselidelser. Han ønsket likevel svar på hvor lenge han måtte være innlagt.

– Jeg følte at jeg hadde rett til å vite det. Ingen sa noe om at jeg kom til å tilbringe såpass mye tid uten noe særlig kontakt med utsiden. Det synes jeg er urettferdig og veldig tullete.

Behandlingen han fikk på UPA og IME, innebar at han måtte tilbringe mye tid med å gjøre ingenting.

– For å hindre tilbakefall av psykose mente behandlerne at jeg burde ta det rolig, hvile mye, og at jeg måtte skjermes fra inntrykk, sier Sebastian.

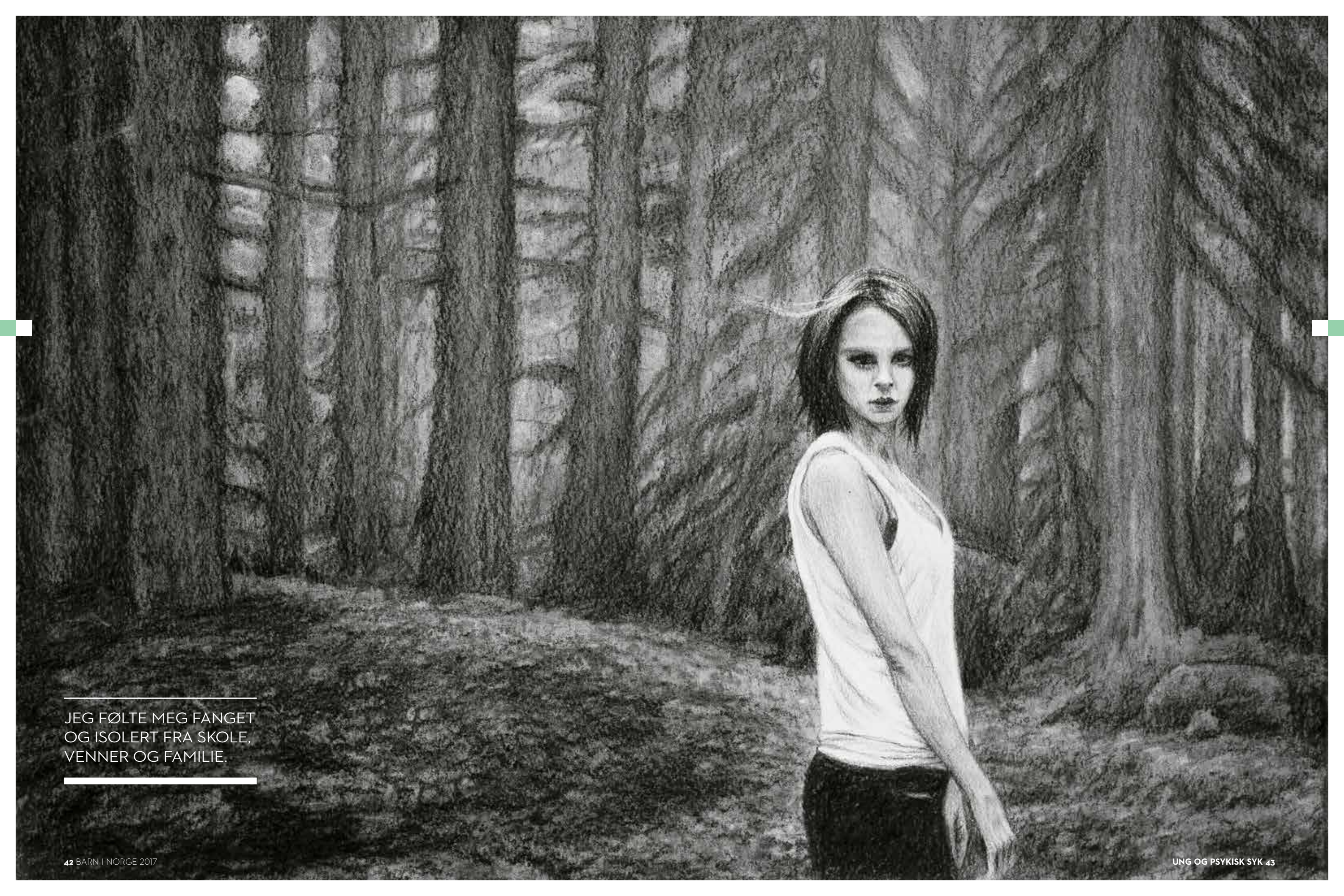
Han var uenig i mye av det de bestemte. Selv hadde han mange ønsker og tiltak å foreslå, som å dra på kino, gå tur og besøke en dyrevelferdsorganisasjon, men mange av forslagene ble avslått.

– Jeg følte meg behandlet som langt sykere enn jeg var.

Viktig å bli tatt på alvor

Sebastian har rukket å møte mange helsearbeidere. Noen har han hatt bedre samarbeid med enn andre.

– Helsesøster på ungdomsskolen var flink. Hun lyttet til meg og viste omtanke, sier han.



JEG FØLTE MEG FANGET
OG ISOLERT FRA SKOLE,
VENNER OG FAMILIE.

I den bemannede boligen hvor han nå bor, er det flere miljøarbeidere han trives godt med.

- Flere av dem gjør en fantastisk jobb.

Den gode kontakten har ikke alltid vært regelen.

- Psykologen jeg møtte på BUP, var helt ok, men behandlerne mine på UPA og IME, og han jeg har nå, er jeg misfornøyd med. Jeg føler ikke at de lytter til meg.

I møte med helsepersonell er det viktigste for ham å føle seg tatt på alvor.

- Det er viktig at de forstår at det er jeg som vet best hvordan jeg har det, sier Sebastian, og legger til: – Jeg vet at det er ting jeg ikke legger merke til, som bare de rundt meg kan fange opp, men det betyr ikke at de rundt meg vet best. Det er min psyke det er snakk om, ikke behandleren min sin, eller teamet sitt, sier Sebastian.

Han tror han kunne fått et kortere og bedre behandlingsløp i akuttpsykiatrien dersom han i større grad ble spurt om hva han mente.

Ser fremover

Livet har tatt en helt annen vending enn hva Sebastian så for seg, men han jobber stadig med å komme tilbake til hverdagen han hadde før, med fritidsaktiviteter, venner og utdanning.

- Vi har sett litt etter trommekurs og skrivekurs, og nå har vi funnet en dramagruppe jeg kan være med i. Hvis jeg får lov, sier Sebastian.

KRONGLETE VEI TIL HJELP

«Skriv en positiv ting om deg selv på en lapp, og heng den på et speil», var råd «Lisa» kunne få av helsesøster på videregående. Det fungerte dårlig.

- Jeg ble bare sint. Så skjønte helsesøster etter hvert at det ikke var lurt å gi masse råd, men at hun heller burde lytte. Helsesøster henviste henne til BUP. Den forrige henvisningen, sendt via legen, hadde Lisa fått avslag på.

Tidligere opplevelser har gjort Lisa avhengig av å kunne analysere rommet, stemningen, kroppsspråk og atferd.

- Jeg ble aldri trygg på hun første psykologen hos BUP. Det var vanskelig å lese henne, sier Lisa. Så ble hun henvist videre til DBT-behandling for ungdom.

DBT står for Dialectical Behaviour Therapy. DBT er mer rettet mot den enkelte ungdommen, mener Lisa. For henne var det for eksempel viktig å kunne tre ut av rollen som pasient.

- Hvis jeg spurte psykologen hva han hadde gjort i helgen, så svarte han bare på det, uten å spørre «hvorfor spør du om det?». Det kan være profesjonelt å være uprofesjonell, og det er betryggende når behandleren tør si litt om privatlivet – jeg delte jo mye om mitt, sier hun.

Diagnoser på godt og vondt

Fra før hadde Lisa blitt utredet for spesifikke lese- og skrivevansker. Gjennom DBT-behandlingen fikk hun diagnosene PTSD og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

- Det opplevdes som en bekreftelse på at de ikke trodde jeg bare fant på ting. Samtidig skulle jeg jo ønske jeg ikke hadde noen diagnose, sier hun. Hun opplevde seg lettere satt i bås med personlighetsforstyrrelsen, for eksempel de gangene hun trengte innleggelse.

Avvisende kroppsspråk

Lisa skulle gjerne ha sluppet å møte så mange ulike behandlere. Hun synes også mange behandlere kan bli mer bevisst på kroppsspråket sitt.

- Sânt som ikke å sitte med armene i kors, unngå å fikle med pennen eller andre ting, rive av en teipbit på et bord, for eksempel. Sânt kan oppleves veldig avvisende.

Hun hadde også satt pris på å få vite om muligheten for å bytte behandler hvis kjemien overhodet ikke stemmer.

- I verste fall kan det jo hende man ikke får hjelp i det hele tatt fordi man hater personen, sier hun og ler.

De gode relasjonene hjalp

Lisa opplevde at alle på DBT-teamet var samkjørte og erfarne.

- Jeg kan fort tenke at «jeg er jo bare jobb» og hakke på meg selv. De var flinke til å motbevise det. De var vant med ungdommer med min problemstilling og visste hvordan de skulle reagere hvis jeg var sint eller hadde andre sterke følelser.

På spørsmål om hun følte at DBT-behandleren brydde seg om henne, svarer Lisa kontant ja.

- Og den behandlingen var ikke sånn A4 hvor du kommer inn til en samtale og psykologen plukker opp neste pasient når du går. Jeg kunne sitte litt overtid, og vi kunne gå tur ute med hund hvis jeg trengte det.
- Bikkjer er ekte og uskyldige. Det var nesten terapi å klappe på den varme pelsen, sier hun.

I DBT-behandling kan ungdommen ringe inn til behandleren fra klokken 8 til 20, mandag til fredag.

- Det tok lang tid før jeg klarte å ringe, men da jeg gjorde det, kunne jeg ringe både når ting var dritt og jeg trengte hjelp, og når jeg var glad for å ha mestret noe. Han skjønte at det var noe jeg hadde jobbet hardt for å få til.

Det var også nyttig for Lisa at hun visste at psykologen ville bli litt oppgitt og spørre henne i detalj om foranledningen hvis

hun hadde selvskadet seg og måtte på legevakten for å sy.

- Det var på godt og vondt. Jeg visste hvis jeg hadde skadet meg, at «nå blir dette et tema».

Egeninnsats på skolen

Før Lisa kom i gang med DBT-behandling, var hun noen uker på akuttseksjonen og borte fra skolen. BUP innkalte skolen til et samarbeidsmøte som fungerte godt.

- Hvis lærerne manglet vurdering ba de meg ta en annen prøve, eller skrive oppgaver. Og da jeg først var tilbake på skolen, brukte jeg mye tid på å ta igjen de andre. Det står jo mye på meg òg.

Sammen med andre ungdommer

Lisa går fortsatt i behandling, men nå på DPS, siden hun har blitt myndig. DBT-behandlingen har vært nyttig, ikke minst fordi hun traff andre ungdommer der som hun fikk god kontakt med.

- Det var fint å snakke med andre som hadde det på samme måte. Vi kunne både prate om alvorlige ting og sladre litt om behandlerne, sier hun og ler.

VANSKELIG Å FÅ GOD NOK HJELP

Helsetjenester for barn og ungdom oppleves som rigide og mangelfulle, sier slitne foreldre.

Journalist **ALICIA THI NGUYEN RYBERG** har intervjuet de seks foreldrene

ANJA MÅTTE SENDE BEKYMRRINGSMELDING OM SEG SELV TIL BARNEVERNET

– Han opplevde en hjerteskjærende konflikt mellom oss voksne, som vi ikke klarte å beskytte ham mot, forteller Anja. Sønnen Viktor på ni år var en glad gutt inntil foreldrenes samlivsbrudd.

– Han elsket å være ute, og han er veldig glad i vennene sine. Han var et ganske normalt barn i utgangspunktet. Jeg så imidlertid at han strevde med tungsinn og ble veldig fort lei seg, og det var litt utagering hjemme og på skolen, forteller Anja.

Hun mente det ville være godt for sønnen å kunne ha noen å støtte seg til som ikke var mamma eller pappa. Å få hjelp til gutten skulle imidlertid vise seg å være vanskelig.

– Skolen og helsesøster fikk problemet til å handle om oss voksne. De fokuserte på det vi burde fikse på, og det jobber vi jo med, men oppi det hele ble han ikke sett nok, sier hun.

Etter en samtale mellom Viktor og helsesøster ble det meldt bekymring til barnevernet, men saken ble henlagt. Anja måtte presse på for at Viktor skulle få jevnlig samtaler hos helsesøster. Underveis var det også snakk om at han kunne hatt

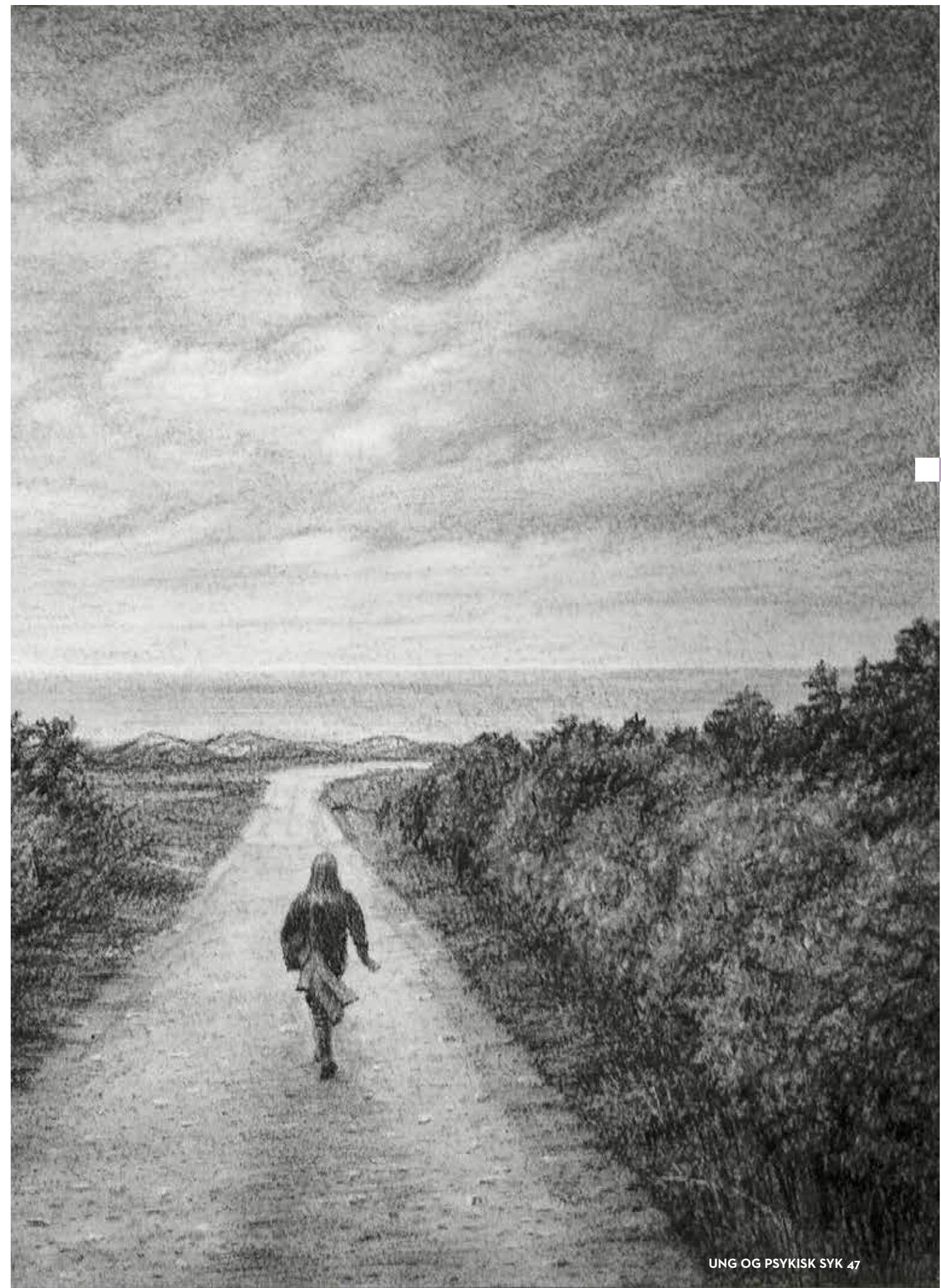
nytte av samtaler i BUP.

– Vi fikk informasjon om en BUP-gruppe der de for eksempel kunne besøke en bondegård, få litt andre opplevelser i hverdagen. Men vi var fire dager for sent ute med å melde oss på, sier Anja.

Hun opplevde at det var strukturene rundt dem som bestemte om Viktor fikk hjelp, og ikke guttens behov.

Etter hvert ble Anja fysisk syk, samtidig som hun var midt i prosessen med samlivsbruddet, og faren til Viktor slet med rusmisbruk. Anja var bekymret for at gutten skulle bli eksponert for det. Hun har ikke noe stort familienettverk og bare få personer hun kan be om hjelp til barnepass. Samtidig trengte hun å komme til hektene. Hun ba derfor barnevernet om hjelp til avlastning.

– Da fikk jeg tilbakemelding om at det hadde jeg ikke krav på. Jeg opplevde at holdningen deres var at de ikke kunne tilby noe, og informasjon om de ulike tilbudene jeg kunne ha krav på, kom litt tilfeldig. Det var hos veiledningssenteret for pårørende av rusavhengige at jeg fikk informasjon om rettigheter jeg ikke var klar over.



Anja hadde ingen åpen sak hos barnevernet siden hun bare hadde fortalt om situasjonen og bedt om hjelp. Bekymringene ble redusert til «samværsproblematikk».

– Jeg endte med å melde bekymring om meg selv til barnevernet, sier Anja. For henne var det smertefullt å måtte gå til det skrittet.

– Det var likevel det eneste rette, for jeg var så sliten og fysisk syk. Jeg visste at når det foreligger skriftlig bekymring, må de ta tak i det.

Etter hvert har både Viktor og Anja fått hjelpen de har behov for. Viktor har jevnlige samtaler med helsesøster og en fast kontakt i sosial- og helsetjenesten i kommunen. De ansatte på SFO passer på å ha ekstra tid til ham når han trenger det, og lytter også til Anja.

– De er solide, omtenkssomme og rolige voksne. Til og med nå som kapasiteten på SFO er sprengt, setter de barnas beste i første rekke. Viktor er veldig glad i læreren sin. Hun er flink til å følge med, hun får med seg ting og passer på ham, forteller Anja.

Hun opplever det også som positivt at de ulike instansene nå har jevnlige drøftingsmøter.

– Jeg savner nok en mulighet til å bidra med innspill, men det gode med drøftingsmøtene er at ingen konkluderer alene.

Selv om hun endte opp med å melde bekymring om seg selv, føler hun at hun har blitt møtt med en holdning om at hun er en god forelder for Viktor.

– Men det er fullt mulig å bli sliten av alltid å skulle være den ressurssterke, sier Anja.

KAIA BLE UTREDET I TRE ÅR MENS PROBLEMENE VOKSTE

– Den første henvisningen for sosio-emosjonelle tilpasningsvansker ble sendt av barnehagen til BUP da Kaia var fem år, forteller Ingrid.

Kaia var språksterk og kognitivt moden, men hadde sterke følelsesutbrudd og slet med å finne seg til rette i barnegruppen. BUP mente hun sørget etter et dødsfall i familien, og avsluttet saken.

I andre og tredje klasse på barneskolen så Ingrid at datteren hadde det vondt, og hun hadde ofte sinneutbrudd i klasserommet. Kaia ble på nytt henvist til BUP for sosio-emosjonelle tilpasningsvansker. I den første samtalen med barnelegen sa hun at guttene i klassen var ute etter henne. «Du vet jo hvordan det er med gutter. De kan være litt rampete», svarte legen.

– Dermed la han løkk på henne, sier Ingrid. Kaia nevnte aldri mobbing igjen.

Relasjonene mellom Kaia, foreldrene og farens nye samboer stadig vanskeligere, og BUP inviterte alle til samarbeidsmøte. Til tross for at Kaia skulle ha blitt utsatt for vold og trusler fra stemor, konkluderte BUP med at det ikke var grunn til å begrense samværet. Da ba Ingrid og Kaias far om å få bytte team. Det neste teamet veiledet skolen og tilbød veiledning til Kaias far, men det takket han nei til. Ingrid kunne ikke få foreldreveiledning.

– Jeg fikk beskjed om at jeg var for ressurssterk og reflektert, og ville klare det fint på egen hånd. Det føltes forferdelig, for jeg så at ungen min trengte mer hjelp enn jeg greide å gi, sier Ingrid.

Etter tre år ble omsider mobbingen avdekket. Kaia byttet skole, og hun ble for tredje gang henvist til BUP for sosio-emosjonelle tilpasningsvansker. Denne gangen sto det også i henvisningen at hun hadde vært utsatt for mobbing på skolen, og for vold og trusler fra stemor. Kaia gikk fra å være nederst på rangstigen til å være godt likt på den nye skolen, men hjemme eskalerte konfliktene. Lekser var spesielt utfordrende.

– Kaia kunne bli rasende hvis vi ikke hjalp henne, men sinna hvis vi hjalp.

Utredningene på BUP fortsatte, mens mor og datter fikk tilbud om samtaler med familieteamet. Ved flere anledninger kom politiet på døra fordi naboene reagerte på bråk, eller fordi Ingrid tilkalte hjelp. Ingrid kunne sitte i møter med familieteamet med kloremerker og blåmerker på armene etter basketak med Kaia, men det ble ikke sendt bekymringsmelding til barnevernet. Samtalene ble avsluttet fordi verken Kaia eller Ingrid syntes de fungerte, og Ingrid ba om at datteren skulle få individuell hjelp for angstsymptomene. Hun fikk til svar at utredningen måtte fullføres først.

Kaia fikk stadig større skolefravær, og det gikk måneder uten at de hørte mer fra BUP. Ingrid fikk omsider kontakt med seksjonslederen, som henviste til tredjelinjetjenesten. Der ble det konkludert med at Kaia hadde PTSD med dissosiative trekk og trengte traumebehandling. Tredjelinjetjenesten skrev også avviksmelding på at BUP hadde gitt mangelfull behandling og burde varslet barnevernet om hjemmesituasjonen.

Kaia går nå i tiende klasse på en skole med tilpasset undervisning. PTSD-diagnosen forstås som en konsekvens av langvarig sosial ekskludering og mobbing på barneskolen, vold og trusler fra stemor, og voldsomme krangler mellom Ingrid og Kaia.

– Jeg prøvde, men taklet ikke Kaias økende angst og

aggresjon på en god måte, og bidro i stedet til å trigge hennes PTSD, sier Ingrid.

Hun fortviler over at familien ikke fikk god nok hjelp tidligere, og at hun selv ikke fikk hjelp til å håndtere situasjonen.

– Hun ble utredet for sosio-emosjonelle vansker og nevrologiske tilstander i tre år, uten å få hjelp til å mestre angst og skolevegtring, selv om BUP visste at hun hadde hatt traumatiske opplevelser både på skolen og med stemor, og selv om både jeg og Kaia ba om det, sier Ingrid.

EMIL FIKK UTREDNING OG MEDISINERING, MEN INGEN HJELP

– Det var omfattende bruk av «på gangen», forteller Marit.

Sønnen Emil var smart, men strevde med lese- og skrivevansker og var mye urolig i klasserommet. Da han var ni år, ba hun skolen tilkalle PPT, for hun så tegn på at han hadde ADHD, og det var ingen forhold i hjemmet som kunne forklare uroen. Skolen anså ham bare som umoden, og av slo. Så kom Emil hjem med en plakat som læreren hadde gitt ham i oppgave å skrive. På plakaten sto tre punkter: «Jeg skal konsentrere meg bedre. Jeg skal komme raskere i gang med oppgaver. Jeg skal bli flinkere til å avslutte oppgaver jeg har begynt på.»

– Det er jo nettopp det barn med ADHD sliter med, sier Marit, som kalte inn til møte med rektor, PPT, kontaktlæreren og BUP. Emil ble observert og utredet, og fikk diagnosen. Marit ba BUP om råd for å kunne hjelpe gutten bedre med skolearbeidet.

– Han har jo aldri gjort en lekse på egen hånd, men foreldreveiledning kunne de ikke tilby.

Da Emil begynte på ungdomsskolen, var medisinerings utprøvd

DET RÅ SINNET HAN HAR NÅ, ER NYTT. HAN SIER HAN IKKE SER NOEN GRUNN TIL Å LEVE.

og igangsatt, og BUP var ute av bildet. Han fikk vedtak om spesialundervisning, men ikke den oppfølgingen han hadde krav på.

– PPT-kontakten var med på annethvert foreldremøte og himlet med øynene gjennom de tre årene, for det nytter ikke med vedtak når skolen ikke har midler.

Marit så at sønnen faglig havnet på stadig større etterskudd samtidig som kravene ble høyere, og fortvilelsen vokste.

Da han begynte på videregående, ble det høyere lærertetthet, og rådgiveren kalte alle relevante instanser inn til møte.

– Rådgiveren er *på*, og jeg ble overrasket, forteller Marit, som har vært vant til å holde i tømmene selv. Men den ekstra innsatsen har kommet sent for Emil.

I slutten av oktober i fjor dro Marit og Emil til fastlegen for å be om ny henvisning. De ønsket utprøving av en ny ADHD-medisin og behandling av angst og depresjon knyttet til skolen, men i inntaksnotatet fra BUP står ikke angst og depresjon oppgitt som henvisningsårsak.

– Til nå har vi møtt sju ganger hos BUP, hos en spesialpedagog som kun utreder. Emil ser ikke hvordan dette kan hjelpe ham, og jeg er enig. Møtet med legen er ikke satt opp før i april, og når jeg spør om behandling av angst og depresjon, får jeg bare unnvikende svar, forteller Marit.

Emil har blitt 16 år, og hun ser en gutt som har blitt oppfarende og fortvilet.

– Det rå sinnet han har nå, er nytt. Han sier han ikke ser noen grunn til å leve. I den alderen handler mye av livet om skole, og den mestrer han jo ikke.

Marit tror tidlig innsats fra skole og BUP kunne spart gutten

hennes for mye psykisk smerte. Kanskje ville han fått vist evnene sine bedre, opplevd mer skolemestring. Hun ønsker at Emil og andre barn som trenger hjelp, skal bli møtt av et system som er tilpasset individene.

– Hos BUP har det kun handlet om utredning og medisiner. Jeg skulle ønske at systemet var mindre rigid, og at BUP var mer opptatt av å gi behandling, å gi tilbud som hjelper, sier Marit.

– På sikt vil det nok også være samfunnsøkonomisk besparende, legger hun tørt til.

KJERSTI FÅR IKKE VÆRT «BARE MAMMA»

– Man går liksom inn i en behandlerrolle for barnet sitt. Det sies jo at man skal være frisk for å være syk, men du skal være enda friskere for å ha syke barn, sier Kjersti.

Datteren Nora begynte i nærbarnehagen for å bli kjent med barna hun skulle begynne på skole med, men ble ertet og sosialt ekskludert. Problemene tiltok på barneskolen, og i femte klasse ble mobbingen fysisk.

– Hun ble bitt, slått og sparket. Hun kom til rektor med bitemerker og blåmerker, og hver gang stilte rektor spørsmålet: «Hva gjorde du?», forteller Kjersti.

Hun og mannen fikk beskjed om at de var for overbeskyttende overfor Nora, men det godtok de ikke.

– Vi ble selvfølgelig sett på som vanskelige foreldre, sier Kjersti, som tok kontakt med både skolesjefen i kommunen og med fylkesmannen. Da saken var ferdig behandlet, fikk skolen kritikk og familien medhold på seksten av sytten punkter. For Nora kom medholdet for sent. Hun hadde allerede skiftet skole i håp om å få et bedre læringsmiljø.

– På den nye skolen opplevde hun imidlertid å bli mobbet

av en lærer, sier Kjersti.

Da datteren var 14 år, fikk hun hos en privatpraktiserende psykolog diagnosen PTSD på grunn av mobbingen. Hun var også plaget av forsinket søvnfase-syndrom og hypersomni. Hun kunne sove opptil tjue timer i døgnet, og det ble vanskelig å gjennomføre ungdomsskolen.

– Da Nora fikk diagnosene, opplevde hun å bli tatt på alvor. Hun fikk knagger å henge symptomene på og ble merkbart bedre, men så ble psykologen pensjonert, forteller Kjersti.

I BUP ble ikke datteren møtt på en god måte.

– Hun er en reflektert jente. Hun ba om ikke å bli møtt som et barn. Når behandleren drar frem en papirtavle og tegner figurer og rundinger, så føler hun seg ikke snakket med, men snakket til, sier Kjersti.

I andre klasse på videregående sa det stopp.

– Vi ble vekket hver eneste natt av at hun våknet av mareritt og bare lå og skalv og gråt, og hadde drømt om å ta livet av seg selv. Da tenkte vi at hun måtte få bedre tid til å fullføre videregående skole, vi kunne ikke tvinge henne til å gå på skolen når det vekket så mye angst, sier Kjersti.

På høsten i fjor følte Nora seg stadig mer deprimert. Hun tok mot til seg og gikk til fastlegen, men i henvisningen til DPS sto det autisme som henvisningsårsak. Mobbingen var kun nevnt i en bisetning.

– Du må følge med hele tiden. Det går ikke an å lene seg tilbake, sier Kjersti.

Hun forteller at Nora nå står på venteliste hos en avtalespesialist. Familien håper at hun denne gangen kan få hjelp som monner, men de er forberedt på å purre.

Nora er blitt 18 år nå. Hun har begynt med en-til-en-undervisning en time i uka, for på sikt kanskje å kunne fullføre videregående skole. Hun holder foredrag om mobbing og har fått en liten stilling som erfaringskonsulent.

– Vi prøver å snu det hun har vært gjennom, til noe hun kan bruke. Vi har også hele tiden vært nøye på å ikke bruke ordet «mobbeoffer», for hun er ikke svak. Hun er veldig engasjert og ressurssterk til tross for alt hun har vært gjennom, forteller Kjersti.

Det er et åpent spørsmål når hun selv kan tre tilbake og «bare være mamma» igjen.

RUBEN KUNNE TRENGT MER FLEKSIBLE RAMMER

Ruben var i utgangspunktet en sosial gutt som trivdes på skolen, men midt oppi foreldrenes samlivsbrudd opplevde han mobbing. Dette fikk pågå en stund i det skjulte før det ble oppdaget. Da hadde Ruben utviklet sterk sosial angst og kviet seg for å gå på skolen.

– Da han begynte på ungdomsskolen, var han i den mest sårbare fasen, men han ble ikke tatt på alvor og ble ikke vernet fra de elevene som var årsak til problematikken. Rådgivers løsning var å la ham bestemme selv når han ville komme på skolen. Og det var jo starten på å ikke klare å møte opp i det hele tatt, forteller Matilde.

Ruben ble henvist til BUP for sosial angst og skolevegning, men det var vanskelig å se om han fikk noe utbytte av behandlingen.

– Han var der, de snakket en time, og så fikk han hjemmelekser han skulle utføre til neste gang, men det var han ikke i stand til.

Matilde tror Ruben – og mange andre gutter – kunne fått bedre hjelp dersom rammene hadde vært mer fleksible.

– Jeg skjønner at de har fastsatt hvordan en behandling skal se ut, men det blir jo helt feil. Hvert enkelt barn og hver enkelt ungdom er jo forskjellig og har forskjellige behov. Unge gutter er ikke nødvendigvis i stand til å sette seg ned i en sofa og snakke om problemene sine.

På det verste hadde Ruben tanker om å ta livet sitt. Da fikk han hjelp av et ambulant BUP-team som var mer fleksible på tid og sted. Denne behandlingen fungerte godt, men var samtidig også tidsbegrenset.

Matilde mener behandlingene i BUP ble avsluttet for tidlig. Tre ganger har Ruben blitt henvist på nytt for de samme problemene.

– Vi fikk enten beskjed om at han var for frisk til å være der, eller at han ikke var mottakelig for behandling. Hun så at Ruben tok det som et nederlag, som om han var en som «ikke kunne hjelpes».

Ruben har nå blitt sytten år og går på en skole med spesielle tiltak for elever som står i ferd med å falle ut. Der er læringen mer tilpasset, med mindre klasser og flere voksne. Den nye PPT-kontakten følger Ruben tett.

– Hun har vært opptatt av å snakke med skolen og har jevnlige møter med Ruben og kontaktlæreren. Hun spør ham hva han mener er viktig, så han har fått mer eierskap til prosessen. Han føler seg også mer forstått av henne, forteller Matilde. Hun ser at det har begynt å fungere. Sønnen har det bedre nå og er motivert for å jobbe med den sosiale angsten.

– Men dette skoletilbudet måtte vi selv finne frem til, det var helt tilfeldig at vi fikk vite om det, sier Matilde. Hun skulle ønske at noen i skole- eller helsesystemet hadde hatt oversikt over hjelpetilbudene og kunne loset dem til bedre hjelp på

tidligere tidspunkt.

Nå står Ruben på nytt i behandlingskø. Matilde opplever at det er mye usikkerhet om hva han vil få av behandling denne gangen.

– Jeg vet jo at noen sitter på toppen med pengesekken og alle direktivene og reglene og setter rammene for alt, og det er kanskje det største problemet. Og jeg vet at mange behandlere er frustrerte over at de ikke har andre rammer. Jeg legger ikke skylden på dem, sier Matilde.

ELIN HAR VÆRT MYE REDD

Læreren og helsesøster oppdaget det før meg, og det er jeg takknemlig for, sier Elin. Sønnen hennes var 14 år og ble akutt-innlagt på grunn av psykose.

– Vi gråt og har vanna mange trær, både jeg og faren. Men fagligheten på akuttavdelingen og intermediæravdelingen har vært bra. Vi hadde én behandler og ett team å forholde oss til, fikk kontinuitet og ble kjent med dem. De er stødige folk som virkelig inntok voksenrollen både overfor gutten og oss foreldre, som jo også har vært sårbare. Men overgangen til bydelen har vært veldig stor, sier Elin.

Hun har hatt inntrykk av at det har vært dårlig informasjonsflyt og nesten fiendtlighet mellom de ulike instansene. Da har det vært godt å lene seg på pasient- og brukerombudet, som har vært en slags advokat på foreldrenes vegne.

Sebastian har blitt 17 år og er nå flyttet over fra sykehus til bemannet bolig. Elin kjenner på mye redsel.

– Jeg er redd for at vi foreldre bare vil bli «klippet over» når han blir myndig. Jeg er redd for nedskjæringer i bydelen, at vi ikke får forlenget det som er bra, at de gode ansatte skal forlate

oss, sier hun.

– Jeg burde skrive boka «Hva gjør du når barnet ditt blir syk, og hvor bør du henvende deg?», ler Elin, som kan bruke flere timer hver dag på å sikre sønnen god nok oppfølging. Ofte har hun opplevd å ha mer fagkompetanse enn de som er ansatt for å hjelpe ham.

– Jeg er ofte en pårørende blant fagfolk. Jeg går på schizofreni-konferanser og betaler av egen lomme, leser og undersøker, og jeg gjør det for å lære og bekjempe avmakten.

Hun har hatt flere klagesaker gående hos fylkeslegen og fylkesmannen.

– Bydelen insisterte på at det var forsvarlig med ufaglærte sovende nattevakter. Det var søte jenter som aldri hadde jobbet med psykose, og som var redde på jobb. De «mista» han, og han ble funnet et annet sted i byen, midt på natta.

Elin forteller at det tidvis har vært magre forhold. Økonomien har fått for stor betydning for tilbudet til sønnen, for eksempel ved nedbemanning om sommeren. Medisiner gjorde at han fikk ulvehunger, men på sykehuset fikk han usunn mat og var i ferd med å utvikle diabetes. Mens han var på intermediær-enheten, ble svært syke barn lagt inn i etasjen over, og ved én anledning kunne et skrikende barn høres en uke i strekk.

– De holder til en nedslitt bygning fra 60-tallet. Men så vet jeg likevel at vi har vært heldige, som bor her i Norge, sukker Elin.

Elin ser at sønnen har nytte av tilpasset og individualisert behandling. Hun har også fått hjelp til å lære å være tålmodig. Hun har møtt mange fagfolk i ulike instanser som har gitt håp og trygghet.

– Disse har et språk med omtanke, og har vist fremtidstro for ungdom med disse alvorlige lidelsene, sier Elin.

Sebastian har begynt på en skole med tilrettelagte tilbud for elever med psykiske helseplager.

– Det er tolv elever i klassen, som er godt lagt opp med spesialpedagoger. Rektors kontor er mindre enn helsesøsters kontor, og alle har individuelle opplegg. Men også her må han søke om å komme inn neste år, og det står mange elever i kø som ikke får plass.

I fremtiden håper Elin at Sebastian får mannlige rollemodeller, for det har vært viktig med dem han har møtt til nå. Om mindre enn et år skal sønnen overføres til voksenpsykiatrien. Elin er godt i gang med undersøkelser og planlegging, fordi hun synes det går for sent hos BUP og vet dette tar tid. I mellomtiden forsøker hun å ta vare på seg selv.

– Jeg har vært så sliten. Men nå har jeg tatt meg selv i nakken, og jeg prøver å ta vare på meg selv. Jeg må jo sørge for å leve lenge – om ikke for meg selv, så fordi gutten min trenger meg, sier Elin.



ARNHILD LAUVENG, dr. philol, spesialist i klinisk samfunnspsykologi, UiO. Forsker/seniorrådgiver ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse i Skien. Har skrevet flere bøker, for både barn, ungdom og voksne, i tillegg til bokkapitler og vitenskapelige artikler.

DE SOM TRENGER NOE MER

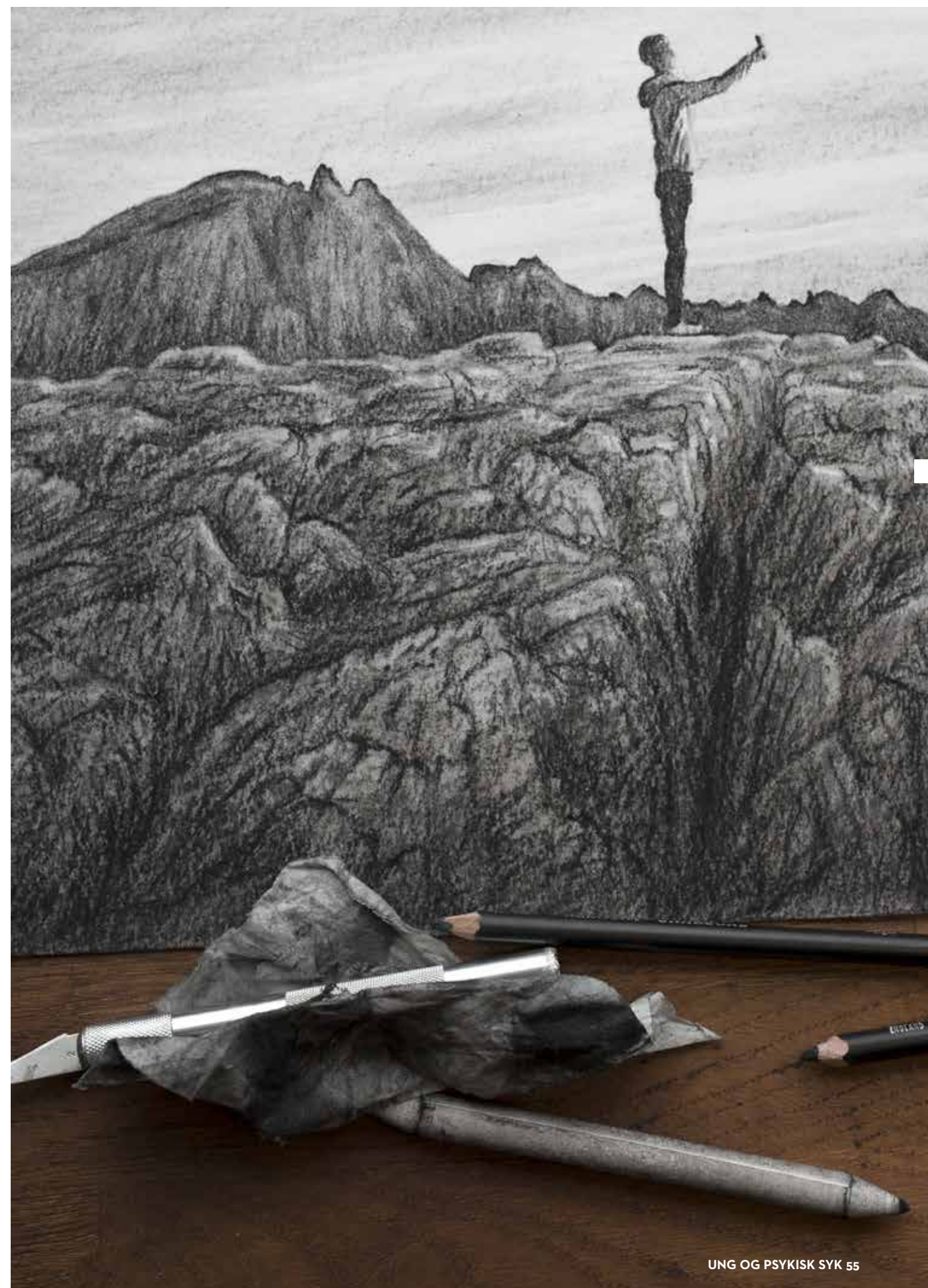
De siste årene har det vært stadig mer fokus på rask behandling av psykiske lidelser, både for barn, ungdom og voksne. Parallelt med at det har blitt mer åpenhet om psykiske lidelser, har det også blitt større behov for tidlig intervensjon, lavterskeltilbud og forebygging. Internett og sosiale medier gir unge en lett tilgjengelig plattform der de kan blogge om egen psykisk helse – og uhelse, og media snakker både om og med unge om deres psykiske vansker.

Alt dette er bra. Og viktig. Samtidig er det en viss fare for at medias oppmerksomhet farger vårt syn på hva som er viktige problemer, og hva som bør gjøres med dem. Ett eksempel på dette er medias tilbakevendende fokus på «flinke piker», det vil si de flinke og pliktoppfyllende jentene som strever så mye at de blir syke av det. Selv om dette nok kan være et problem for noen, er det faktisk ikke noen diagnose i seg selv å være flink – tvert imot. Det er generelt sett heller ikke de «flinke pikene» som har de største problemene (Bakken, red., 2015). De som strever mest, er de som alltid har strevd mest – nemlig unge som har sammensatte problemer. Disse ungdommene har ofte en vanskelig hjemmesituasjon, de har gjerne høyt skolefravær, strever faglig, har få venner, opplever mobbing, ruser seg og/eller har erfaring med kriminalitet (Bakken, red., 2015). Noen har også symptomer på alvorlig psykisk lidelse, som psykose og/eller rusmiddelmisbruk. Disse ungdommene er kanskje ikke så «salgbare» i presseoppslagene, så lette å få sympati med som de «flinke pikene»,

eller så lette å samarbeide med om å lage saker. Men de har de største vanskene og trenger mest hjelp. Derfor er det viktig at de ikke havner i bakgrunnen.

På samme måte kan man i pressen lett få inntrykk av at *alle* unge sliter. Det stemmer heller ikke. Heldigvis. Dagens unge er stort sett veltilpassede, hjemmekjære og lovlydige, og som gruppe ruser de seg mindre enn tidligere, de røyker mindre og drikker mindre alkohol (Bakken, red., 2017). Samtidig er det en del som strever, særlig unge jenter, og som forteller om stress, bekymring og selvrapporterte depressive symptomer. For disse vil tidlig intervensjon og lavterskeltiltak selvfølgelig være nyttig for å forebygge mer omfattende vansker, og for å redusere belastningen hos den enkelte.

Når vi setter i gang generelle tiltak for gruppen unge med milde til moderate problemer, er det likevel viktig at vi ikke glemmer den lille gruppen som tidlig viser tegn på store og



sammensatte vansker. Disse ungdommene trenger noe mer enn generelle tiltak, de har behov for helhetlig, intensiv, kompetent og systematisk hjelp. Det er her vi kan forebygge virkelig store problemer, som vil gi ringvirkninger langt inn i voksenlivet. Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange dette dreier seg om. Gruppen er klart mindre enn gruppen med lettere psykiske vansker, men den finnes. Og disse ungdommene trenger mer, og mer systematisk hjelp enn det mange får i dag.

«Å VOKSE SOM MENNESKE»

I mitt doktorgradsprosjekt «Å vokse som menneske» (Lauveng, 2017) intervjuet jeg personer med langvarige, sammensatte og alvorlige psykiske lidelser (blant annet schizofreni, andre psykoselidelser, rusproblemer og alvorlige personlighetsforstyrrelser). De fleste hadde flere diagnoser, og alle hadde vært syke i mange år.

Fjorten av informantene fikk tradisjonell behandling i norsk psykiatri, med en kombinasjon av kommunale tilbud, tilbud fra distriktpsikiatrisk poliklinikk (DPS), og gjentatte innleggelser på DPS døgnet og akuttpsykiatrisk avdeling. Ni av disse intervjuet jeg to ganger, med 8–12 måneders mellomrom, slik at det ble totalt 23 intervjuer (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017). Femten av informantene hadde erfaring med psykiatrisk behandling i Danmark, men var nå elever ved to ulike daghøyskoler for voksne med psykiske vansker. De hadde (eller hadde hatt) tilsvarende diagnoser som de norske informantene, men da de gikk på skolen, var de studenter, ikke pasienter. Skolene var bygget opp etter samme modell som folkehøgskoler: ingen eksamen, felles morgensamling, stort fokus på det sosiale samspeilet, bredt utvalg av fag som elevene kunne velge mellom, og kontinuerlig fokus

på å utvikle seg som menneske. Studentene bodde hjemme, ikke på skolen, men som regel hadde de undervisning på skolen flere timer om dagen, flere ganger i uka, over lang tid. Mange gikk der i flere år. Ni av disse ble også intervjuet to ganger, totalt 24 intervju (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017).

I tillegg til å snakke med pasienter og studenter snakket jeg med 14 behandlere (psykologer, sykepleiere og hjelpepleiere) på DPS døgnet, og med 14 lærere og rektorer ved skolene. De gav verdifull informasjon om hvordan systemer og strukturer påvirket deres muligheter til å gi god og virksom hjelp til denne gruppen pasienter (Lauveng et al., 2016b, Lauveng, 2017).

Alle stedene jeg besøkte, gav tilbud til voksne mennesker. Alle pasientene og studentene jeg snakket med, var over 20 år, de fleste godt over 25, og mange av dem over 50. Men de hadde alle vært unge en gang, og de aller fleste av dem, både de norske og de danske, fortalte om sammensatte problemer som hadde oppstått i barndom og ungdom. De snakket om barndomstraumer, om familier som strevde på ulike måter, om økonomiske vansker og om foreldre som selv var syke på ulike måter. De fortalte om problemer på skolen og allerede i barnehagen. Noen hadde strevd faglig, noen sosialt, mange både faglig og sosialt. Flere hadde blitt aktivt mobbet eller opplevd ensomhet, utestenging og at de ikke «passet inn» (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017).

De fortalte også om mange tiltak, fra tidlig barndom: spesialundervisning, timer på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), gjerne i flere omganger og med ulike terapeuter, støttekontakter og ulike tiltak

gjennom barnevernet. Noen hadde hatt opphold på ungdomspsykiatriske avdelinger, rusinstitusjoner eller barnevernsinstitusjoner. Dette var i hovedsak mennesker som tidlig i livet hadde opplevd problemer, og hvor det hadde vært satt inn store ressurser uten at resultatene hadde vært gode eller varige.

Når så mye har vært forsøkt, i så mange år, er det lett å tenke at dette er mennesker som er så syke at det er umulig å hjelpe dem, og at uansett hva man gjør, har det ingen effekt. Det er selvfølgelig en mulig forklaring, men ikke den eneste mulige. Kanskje kan man oppnå bedring ved hjelp av en annen, tettere, mer individuell og bedre tilpasset oppfølging. Denne hypotesen støttes av de danske informantene mine, som fortalte at de nå, etter mange år med sykdom, opplevde bedring. De hadde bedre livskvalitet, flere venner og var gladere (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017).

Det var selvfølgelig individuelle forskjeller i fortellingene. De yngste av de danske informantene (de under 35) fortalte imidlertid generelt om færre symptomer, mindre eller ingen bruk av medisiner og flere venner både på og utenfor skolen. Flere var nå i gang med ordinær utdanning eller arbeid, noen hadde giftet seg og fått barn, eller fått tilbake barn fra barnevernets omsorg. De hadde bedre hverdager, fungerte bedre og hadde håp og planer for fremtiden.

De eldste (opp til 67 år) fortalte også at de hadde bedre livskvalitet, var gladere, hadde venner på skolen og sjeldnere (eller aldri) ble innlagt lenger. De fleste av dem sa at de fortsatt hadde symptomer på psykisk lidelse. Noen sa at symptomene var mildere, andre at de fortsatt hadde

plager, men mestret dem bedre, andre igjen at skolen hjalp dem til å tåle plagene sine bedre. Få av de eldste var i gang med studier eller arbeid, eller hadde planer om det, men det er nokså naturlig ut fra alder og sykdommens varighet. Selv om det selvfølgelig var variasjoner, mente alle de danske informantene at de nå hadde bedre liv og fungerte bedre enn tidligere. De norske informantene, derimot, opplevde at de hadde hatt liten eller ingen utvikling over tid, og at livet fortsatt var veldig vanskelig. De fortalte at de var ensomme, hadde mange psykiske og fysiske symptomer og lite håp. Som gruppe rapporterte de generelt lite utvikling.

På bakgrunn av disse beskrivelsene kan man derfor ikke si at mennesker med langvarige og sammensatte plager ikke kan bli bedre, og dette støttes også av annen forskning. Bedring, i en eller annen form, vil ofte være mulig, samtidig som bedringen ofte avhenger av hvilken hjelp som tilbys (Topor, 2004, Slade, 2009, Topor et al., 2004, Borg et al., 2013, Landheim et al., 2016).

Samtidig er det viktig å understreke at dette er en kvalitativ studie, utført på voksne. Funnene kan derfor selvfølgelig ikke generaliseres, og spesielt ikke til ungdom. Kvalitative studier er aldri *hypotesetestende*, de kan aldri brukes til å bekrefte eller avkrefte en konkret hypotese. Kvalitative studier kan imidlertid være *hypotesegenererende*. Funnene i denne studien, og beskrivelsene til de voksne langtidspasientene om hvordan de har opplevd sin utvikling, den hjelpen de fikk som barn og ungdom, og den hjelpen de mottar i dag, kan absolutt generere noen hypoteser om hva som er viktig når man arbeider med ungdom med store og sammensatte problemer. Dette er barn og unge som tidlig viser tegn på alvorlige vansker,

som individer, men også i familien og i møte med barnehage og skole. Jeg vil i det følgende beskrive noen tema som var viktige for mine informanter, og som jeg opplever er relevante også i møte med dagens barn og unge.

UTVIKLINGSTRAUMER OG PSYKISKE VANSKER

De fleste av informantene, både i Danmark og Norge, fortalte om belastninger fra barndommen av. Mange beskrev ulike typer traumer, som overgrep og/eller vold i hjemmet, oppvekst med foreldre som var syke eller hadde rusproblemer, mobbing eller andre belastende livshendelser.

Dette er ikke uventet. Vi har mye kunnskap om sammenhenger mellom opplevde barndomstraumer og senere psykiske lidelser, særlig når det gjelder mer alvorlige tilstander, som psykose og ustabil personlighetsforstyrrelse (Cotter et al., 2015, Varese et al., 2012, Moskowitz et al., 2008, Read et al., 2006). Varese og kollegaene hans fant i en metaanalyse av 36 studier (Varese et al., 2012) at sjansen for å utvikle psykose økte betraktelig hvis personen hadde opplevd flere ulike utviklingstraumer. Andre studier har funnet tilsvarende resultater (Read et al. 2006, Skehan et al., 2012), og det ser også ut som det kan eksistere en dose-respons-sammenheng, hvor antall traumer og deres alvorlighetsgrad virker inn på sannsynligheten for å utvikle alvorlige psykiske lidelser.

Når vi tenker på utviklingstraumer, tenker vi gjerne på situasjoner knyttet til hjemmeforhold og foreldre. Det er imidlertid viktig å huske at også forhold utenfor hjemmet, særlig mobbing, kan gi alvorlige negative effekter. Leraya

et al. (2015) gjorde en retrospektiv undersøkelse av voksne som hadde opplevd ulike typer barndomstraumer. Undersøkelsen viste at risikoen for å utvikle psykisk sykdom var større hos dem som i barndommen hadde blitt mobbet av jevnaldrende, enn hos personer som hadde opplevd fysisk vold i hjemmet. Samtidig viste elevundersøkelsen 2017 (Wendelborg, 2017) at 6,3 prosent av norske elever opplever regelmessig mobbing. I den samme undersøkelsen svarte rundt 40 prosent av elevene som hadde blitt mobbet, at ingen voksne visste om mobbingen. Det betyr at vi fortsatt må øke innsatsen for å forebygge, identifisere og stoppe mobbing. Dessuten er det selvfølgelig viktig at barn og unge som har vært involvert i mobbing, enten som offer, utøver eller begge deler, får nødvendig og systematisk hjelp og oppfølging.

Det er jo ingenting overaskende i mine funn om at mange med alvorlige psykiske vansker har opplevd ulike typer barndomstraumer. Det visste vi fra før. Mer interessant er det at de fleste av mine informanter forteller at de verken i barndommen eller ungdommen fikk systematisk behandling for traumer, og at de heller ikke får det nå. Disse beskrivelsene ble støttet av uttalelser fra enkelte av de ansatte på DPS. De uttrykte bekymring for hvordan pasienter med omfattende traumeproblematikk skulle kunne bli bra gjennom kortvarige innleggelser (22 dager), særlig siden disse ofte innebar symptombehandling og ikke systematisk traumearbeid (Lauveng et al., 2016b, Lauveng, 2017).

Et av rådene fra psykisk helse-proffene i Forandringsfabrikken er at pasientene må få lov, tid og rom til å snakke om det «aller vanskeligste». Disse unge har omfattende erfaring fra psykiatrien, og de forteller at de

har gått mye og ofte lenge i behandling uten noen gang å få snakke om det som er aller vanskeligst – og viktigst – for dem, nemlig opplevde traumer og vanskelige følelser i den forbindelse. Flere forteller at det ble lagt større vekt på å regulere atferd og mestre symptomer enn på de vonde opplevelsene de hadde med seg (PsykiskhelseProffene, 2014).

Forskning på traumer viser også at det ikke bare er tradisjonell psykologisk samtalebehandling som er viktig, men at det trengs en kombinasjon av tilpasset, traumesensitivt miljøarbeid og psykoterapi (Bath, 2015, Bræin et al. 2017, Eide-Midsand, 2017). Det er viktig at barn og ungdom som har opplevd betydelige belastninger og tidlig viser tegn på omfattende problemer, tidlig kan få systematisk, planlagt og kunnskapsbasert behandling og ikke bli avspist med tilfeldige, dårlig koordinerte og lite intensive tiltak.

HELHETLIG BEHANDLING

Både de norske og de danske informantene hadde mottatt en rekke ulike behandlings- og hjelpetiltak, mange allerede fra barndommen av (Lauveng et al. 2015, Lauveng et al. 2016). Typisk for beskrivelsene av tiltakene var at de ble opplevd som lite sammenhengende. Informantene sa gjerne at de hadde fått hjelp på ett område, for eksempel samtaler om angst, behandling for rusavhengighet eller spesialundervisning på skolen, men at det ikke var noen helhet i det, og at problemene ikke ble sett i noen større sammenheng (for eksempel foreldres helse og barnets angst, eller mobbing og skolevansker).

For de norske informantene så denne situasjonen med løse trekk ut til å vedvare. De fleste av dem beskrev en

situasjon med kontinuerlig diskontinuitet: De ble innlagt på DPS, ble bedre, fikk en plan om at de skulle ha tilbud i kommunen, og ble utskrevet etter to–tre uker. Etterpå klarte de ikke å følge opp det planlagte tilbudet, ble sykere, og etter en tid så syke at de ble innlagt igjen. Hvorpå de ble noe bedre, og det ble igjen planlagt at de skulle følge opp de tilbudene de ikke hadde klart å følge opp sist gang. De ble utskrevet, var også denne gang for syke til å følge planen, ble sykere uten oppfølging, og ble etter hvert innlagt igjen. De fleste norske informantene beskrev dette som et gjentakende mønster som hadde pågått i flere år (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017).

De danske informantene beskrev tilsvarende mønstre, men hovedsakelig i fortid, som noe de hadde opplevd tidligere. De mente at skolen var så godt tilrettelagt for deres vansker at det stort sett var mulig for dem å følge opp. Skulle de glippe i perioder, fulgte lærerne tett opp slik at de ikke falt helt ut, men kom tilbake igjen. De sa videre at de på skolen fikk hjelp med mange ulike vansker, at lærerne kunne følge dem til møter med kommunen, at de fikk praktisk hjelp når de trengte det, og at de opplevde kontinuitet og stabilitet – både på tvers av livsområdene og over tid (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017).

Vi vet at helhetlig, tverrfaglig behandling er svært viktig for mennesker med langvarige og sammensatte vansker (Caslyn et al, 2004, Dieterich et al, 2010, Aagaard, Muller-Nielsen, 2011). Vi vet også at psykisk funksjonsnedsettelse er nært knyttet til sosiale og praktiske forhold, og at sosiale forhold kan være helt avgjørende for å støtte bedrings- og utviklingsprosesser (Topor et al, 2011, Caslyn et al, 2004, Dieterich et al, 2010, Aagaard, Muller-Nielsen, 2011).

Dette er noe av grunnen til at individuell plan (IP) ble lovfestet i 2001, og at alle pasienter som har behov for flere tjenester over tid, har krav på en slik plan (Helsedirektoratets nettsider). Rettigheten er ikke aldersavgrenset og gjelder også for barn og unge. IP er ment å være en tverrfaglig og overordnet plan som skal koordinere ulike tjenester på ulike nivåer, og den kan derfor ikke erstattes av planer som omhandler bare én tjeneste, som en behandlingsplan eller en opplæringsplan.

Samtidig vet vi at det fortsatt er utfordringer knyttet til IP og måten IP brukes på som verktøy (Sletnes et al., 2008). Det er store forskjeller i hvordan og hvor mye planene blir brukt, og mange som har krav på IP, får ikke tilbud og/eller informasjon om det. Mange som har fått plan, forteller også at planen ikke er i aktiv bruk og/eller ikke har vært evaluert på flere år.

Dette er svært uheldig for alle pasienter, men særlig alvorlig for barn og unge, som både er i utvikling og i stor grad er avhengig av de rammebetingelsene andre setter for dem. Funnene fra Ungdata-studien (Bakken, 2015) viser at de unge som strever mest, er nettopp dem som har sammensatte problemer, og da er familiesituasjon, skole-situasjon og sosioøkonomiske forhold helt sentrale. Vi vet også at foreldres mulighet til å være foreldre er påvirket av økonomiske og sosiale forhold, inkludert fattigdom, arbeidsledighet og boforhold (Dieterich et al., 2010, Tisløv, 2017). Psykososiale forhold kan selvfølgelig også påvirke foreldrenes helse, noe som igjen påvirker deres evne og mulighet til å være gode foreldre.

Når vi har all denne kunnskapen, bør det være en selvfølge at all behandling av psykiske vansker – særlig når det

gjelder barn og unge – er helhetlig, tar hensyn til både praktiske og relasjonelle kontekstuelle forhold og bygger på tverrfaglige vurderinger. Enkeltstående, skjemabaserte tiltak kan nok være nyttig for personer med avgrensede vansker, men har som regel liten verdi for personer med sammensatte behov.

TID – INTENSITET OG VARIGHET

De fleste informantene i min studie hadde nokså paradoksale beskrivelser av behandlingens varighet. På den ene siden fortalte de at de hadde mottatt mye behandling, og mange tiltak, over mange år. For flere av dem handlet det om ulike typer behandling og oppfølging i 10, 20, 30 eller over 40 år (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017). Samtidig beskrev de typisk tiltakene som kortvarige, noe de også var. Hvert enkelt tiltak var som regel av kort varighet, samtidig som det inngikk i en helhetlig livshistorie som bestod av tiår med gjentatte kortvarige tiltak. Når man ser disse beskrivelsene under ett, blir det naturlig å spørre om det ikke hadde vært mer hensiktsmessig med noen tiltak av lengre varighet, for kanskje å redusere den samlede behandlingsperioden sett ut fra et livsløpsperspektiv.

Unge med psykose blir ofte inkludert i ulike typer tilbud for tidlig intervensjon (TIPS) eller får tilbud på avdelinger for «førstegangspsykose» eller tidlig behandling av psykoser. Dette er tilbud som ofte har god kvalitet, gir god oppfølging og oppfølging over ganske lang tid, opptil to–tre år. Det er mye lenger enn de 22 dagene på DPS døgn, eller de ofte avgrensede forløpene på DPS poliklinikk. Samtidig vil også denne lange oppfølgingen i praksis ofte være for kort, gitt den reelle tiden det tar å bli frisk av en psykoselidelse.

Det er selvfølgelig vanskelig å si nøyaktig hvor lang tid rehabilitering tar ved psykoselidelser, men det vi vet, tilsier at det tar lang tid (Topor, Denhovd, 2012; Slade, 2009; Strauss, 2009, Landheim, 2016), og som regel klart mer enn to år. Dermed vil vi få en gruppe pasienter som blir sluset ut av behandling i spesialisthelsetjenesten lenge før rehabiliteringen er fullført.

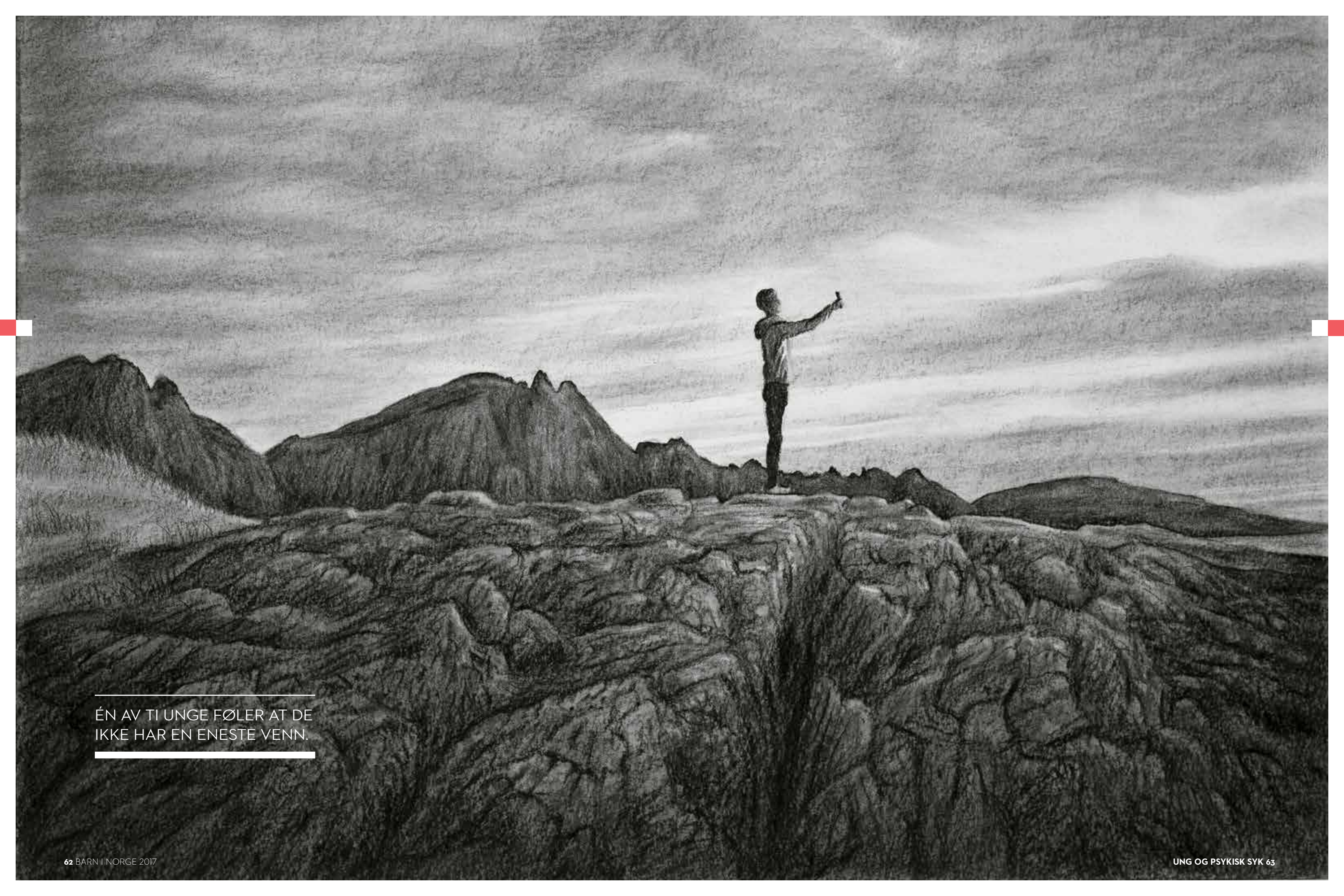
Det hadde ikke vært noe problem hvis desentralisert rehabilitering hadde fungert godt. De få rehabiliterings-avdelingene som fantes, er imidlertid blitt nedlagt etter innføringen av samhandlingsreformen, og ansvaret for rehabilitering er overlatt til den enkelte kommune. Hvilke muligheter de ulike kommunene har for oppfølging, omsorg og rehabilitering, er selvfølgelig svært forskjellig og vil variere ut fra kommunens økonomi, tilgang på faglige og menneskelige ressurser, og prioritering og fokus hos lokale politikere og helsebyråkrater. Noen pasienter vil dermed få god, kanskje optimal behandling i sin kommune (eventuelt i samarbeid med DPS), mens andre vil få mer tilfeldig oppfølging eller bli plassert i kommunale boliger eller egen leilighet uten noe tilbud om systematisk rehabilitering.

Tilbudet til unge med ulike former for personlighetsproblematikk, særlig ustabil personlighetsforstyrrelse, er enda mer tilfeldig. For denne gruppen finnes det færre spesialiserte enheter og færre retningslinjer for hvordan man skal gi god behandling og oppfølging. Noen enkeltpersoner vil få god og effektiv behandling av kvalifiserte behandlere, for eksempel på egne dagtilbud for mennesker med personlighetslidelser eller hos erfarne terapeuter. Andre vil oppleve en stadig rundgang mellom kortvarige akuttinnleggelser, avvising når de ber om

hjelp, og polikliniske behandlinger som avbrytes prematurt – ofte fordi behandleren ikke har rammer eller kompetanse til å forholde seg til de alvorlige relasjonsskadene pasienten har. Her har vi en stor gruppe unge pasienter som savner et godt, systematisk, etisk og forsvarlig tilbud.

Ofte oppstår det uheldige konflikter mellom pasienter som ønsker og føler behov for innleggelse, og behandlere som nekter dette. Mye forskning og mye klinisk erfaring tilsier at langvarige innleggelser er lite hensiktsmessig for de fleste mennesker med ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman og Fonagy, 1999; Paris, 2004; Mehlum & Jensen, 2006; Paris, 2011; Biskin og Paris, 2012). Det kan selvfølgelig være nyttig for enkeltpersoner i gitte situasjoner, men som hovedregel er det uhensiktsmessig. Det betyr imidlertid ikke at disse pasientene ikke trenger, eller bør få, et tilbud som er spesielt tilrettelagt for deres vansker, og som har høy nok intensitet og god nok struktur til at det vil hjelpe og gagne dem. Det finnes noen behandlingsprogram som har vist seg å være nyttige (Stoffers et al., 2012, McMain et al., 2012), men det er fortsatt langt igjen for alle disse pasientene får tilpassede, gode og nyttige behandlingstilbud som tar hensyn til deres behov.

Flere av de danske studentene beskrev at de hadde eller hadde hatt diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse, og at de hadde opplevd mye unyttig behandling tidligere (Lauveng et al., 2015, Lauveng et al., 2016, Lauveng, 2017). De beskrev skolene som svært nyttige for utviklingen, med tydelig struktur, gode felleskap, små grupper, trygge lærere, mye omsorg, gode opplevelser og tett oppfølging. De fortalte at det å gå på skolen hver dag i mange år, gav dem den støtten og omsorgen de ønsket seg og trengte.



ÉN AV TI UNGE FØLER AT DE
IKKE HAR EN ENESTE VENN.

Samtidig hadde skolene et faglig fokus, og de var åpne bare på dagtid, så om ettermiddagen og kvelden måtte studentene klare seg selv. Dette reduserte risikoen for regredering og infantilisering, og det er mulig at denne balansen mellom omsorg og selvstendighet kan være særlig nyttig for en del mennesker med ustabil personlighetsforstyrrelse, særlig fordi tilbudet kan ha både lang varighet og høy intensitet.

Det er det andre aspektet: Det handler ikke bare om varighet, men også om intensitet. For personer med alvorlige psykiske vansker, de som ofte har opplevd utviklingstraumer, har relasjonsskader, skadet eller svekket selvpålevelse og vansker med tillit, samhandling og trygghet, er den tradisjonelle psykiatriske behandlingsrutinen med 45 minutter en gang i uken eller en gang hver 14. dag ofte mindre egnet (Topor og Denhovd, 2012, Bath, 2015). Noen trenger lengre tid i hvert møte for å «komme i gang», andre trenger mye kortere møter, men helst hver dag. Andre igjen vil egentlig ikke ha så stort behov for tradisjonell, samtalebasert psykoterapi, men vil ha større nytte av kunst- og uttrykksterapi, musikkterapi, dyre-assistert terapi eller deltagelse i gruppebaserte aktiviteter, arbeid eller utdanning. Mange vil selvfølgelig ha utbytte av kombinasjoner av disse. Uansett vil det ofte være nødvendig med høyere intensitet og kontinuerlig fokus på relasjon og relasjonsarbeid for å kunne oppnå gode resultater.

VENNSKAP OG RELASJONER

Ni av ti unge i Ungdata-undersøkelsen sier at de har minst én god venn (Bakken, red., 2017). Det er bra. Vi vet at vennskap er viktig, og at gode vennskap kan forebygge mange ulike typer vansker. At ni av ti unge har minst én

venn, er dermed er godt tegn på at flertallet av norsk ungdom faktisk har det ganske bra, noe som gang på gang blir bekreftet i Ungdata-funnene.

Samtidig sier de samme tallene at én av ti unge føler at de ikke har en eneste venn. Tallene sier ikke nok om hvem disse unge er, eller hvorfor de ikke opplever å ha venner. Årsakene og situasjonene kan være sammensatte og varierte, og for noen er det kanskje bare en forbigående opplevelse, for eksempel knyttet til flytting eller skifte av miljø. For andre er det en varig situasjon, som også vedvarer inn i voksenlivet. Alle informantene i min studie nevnte ensomhet som et stort problem. De norske informantene beskrev en vedvarende ensomhet, og de fleste hadde få eller ingen venner. Noen hadde noe kontakt med opprinnelsesfamilien, andre beskrev en ekstrem ensomhet, hvor de eneste relasjonene var til behandlere og andre offentlige ansatte. Disse relasjonene ble opplevd som viktige og ofte gode, men samtidig var de sårbare: De var gjerne kortvarige, med stadige skifter av kontaktpersoner, og med generelt lite og sjelden kontakt.

De danske informantene fortalte også om mye ensomhet gjennom livet, og at de tidligere ikke hadde hatt noen venner. Samtidig sa alle, uten unntak, at de hadde venner nå. Noen, særlig de eldste, hadde fått venner på skolen og gledet seg til å møte dem der, og noen møttes også utenom skoletid. Flere fortalte at om de ikke møttes fysisk utenom skoletid, kunne de sende meldinger og ha noe kontakt. Andre informanter, særlig de yngre, fortalte at de i begynnelsen hadde fått venner på skolen, men at de etter hvert hadde fått flere venner også utenfor skolen og i ulike miljø. De følte også at de selv var en «bedre venn» nå enn tidligere, noen sa også at de var en «bedre kjæreste», og at

de syntes at de fikk til samspillet med andre bedre.

Dette er viktig. Det å få venner og utvikle vennskap er ikke lett, og det er en ferdighet barn bruker tid på å lære og utvikle (Ojanen, 2010). Vi vet også at mange med alvorlige psykiske vansker strever både med ensomhet og det å få det sosiale samspillet til å fungere (Harley et al., 2012, Rocha, Queiros, 2013). Det finnes derfor egne program for å trene på nettopp sosialt samspill (Rocha, Queiros, 2013). Disse programmene kan vise til gode enkeltresultater, men resultatene synes å være begrenset og har begrenset overføringsverdi. Det er derfor interessant at mine informanter forteller at de får til vennskap bedre, er mindre ensomme og har flere venner nå, uten å ha deltatt i noe strukturert treningsprogram.

En mulig forklaring kan være at skolene tilbyr et stabilt og trygt miljø, hvor elevene får tid og rom til å utvikle vennskap og bli kjent med hverandre. Det tar tid for et vennskap å utvikle seg, og det er lettere å få venner hvis man kan samles om felles interesser og oppgaver over tid. Mens avdelingene som regel er mest opptatt av nytten av behandlingen, legger skolene også vekt på glede og samspill. Det kan gjøre det lettere å utvikle vennskap basert på gjensidig glede, heller enn nytte eller utbytte (Ojanen, 2010, Lauveng et al., 2016, Lauveng et. al, 2017). Det trygge miljøet på skolene, med studenter og lærere som samhandler i flere timer hver dag, over lang tid, gir også gode muligheter for å observere og lære vennskap og samhandling gjennom modelløring. Det kan være nyttig for personer som gjennom livet har hatt få muligheter til å studere og delta i gode, gjensidige samspill.

For barn og unge er venner og samspill med jevnaldrende

ekstremt viktig, og det å falle utenfor samspillet kan ha store konsekvenser for selvpålevelse, livskvalitet og videre utvikling. Det å systematisk hjelpe unge til å få venner bør derfor være en sentral oppgave. Dette kan gjøres på ulike måter. Noen trenger hjelp til å snakke om, utforske og forstå hva vennskap er, eller systematisk trene på sosiale ferdigheter. Noen trenger å bearbeide og forstå tidligere traumeerfaringer, for eksempel mobbing. Andre vil kunne ha nytte av å delta i gruppebasert behandling (Gjesvik et al., 2017), mens atter andre først og fremst trenger praktisk tilrettelegging, for eksempel mulighet til å delta i trygge sosiale sammenhenger eller utforske fritidsinteresser. Det kan selvfølgelig også tenkes ulike kombinasjoner av tiltak, tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger. Det viktige er imidlertid at vi ikke utelukkende kompenserer (for eksempel gjennom støtte-kontakter eller voksenkontakt), men arbeider systematisk med å lære barna å utvikle sin sosiale kompetanse, delta i lek, og utvikle og forstå vennskap – selv om dette kan være prosesser som kan kreve tid og tilrettelegging.

AVSLUTNING OG OPPSUMMERING

Det er heldigvis ikke sant at dagens generasjon barn og unge har det betydelig verre enn tidligere. Tvert imot har de fleste barn og unge det bra. De har venner, de har gode relasjoner til foreldrene sine, de ruser seg mindre enn foreldregenerasjonen, de trives, de er aktive og de er hjemmekjære. Samtidig er det noen som strever, slik det alltid har vært. Disse har gjerne alvorlige problemer på flere områder. De har ofte opplevd traumer, de viser tegn på relasjonsskader, de ruser seg, de er sinte, kriminelle eller selvskadende, de har psykosesyntomer, og de har vansker med venner og relasjoner – alt i ulike kombinasjoner og varianter. De er vanskeligere å hjelpe enn de som har lette

NOEN UNGE TRENGER NOE MER
ENN DET ENKLE FORDI DE HAR
DET SÅ VANSKELIG.

til moderate vansker. De krever mer tid, mer kompetanse, bedre koordinering og mer gjennomtenkte tilbud. For disse unge holder det ikke med tilfeldige, kortvarige og standardiserte lavterskeltilbud. De vil ofte trenge tilbud som er individuelt tilpasset, som har høyere intensitet, lengre varighet og er bedre gjennomtenkt. «Standardpakken» holder sjelden, det trengs skreddersøm og kompetanse. Og først og fremst trengs det trygge og stabile voksne: voksne som er en del av et kompetent fagmiljø der de selv får støtte og mulighet for utvikling, slik at de klarer å stå støtt gjennom relasjonskriser og utfordringer; som forstår sinne, avvisning og utagering som naturlige symptomer på smerte, angst, ensomhet og traumer; som forstår at smerte, traumer og skader ikke forsvinner når atferden blir møtt med «konsekvenser», og at man ikke forstår noe mer fordi om noen sier at «det må du da forstå». Man forstår mer når man får tid og rom og trygghet til å lære nye ting, ikke når noen syns du «burde forstå».

Ja, det koster mer (enn standardpakken). Det tar mer tid (enn korttidsbehandling av mild til moderat depresjon). Det krever mer (enn forebygging på gruppenivå). Selvfølgelig gjør det det. Det er gjerne dyrere, mer tidkrevende og mer komplisert å behandle alvorlige skader og sykdom enn mindre alvorlige sykdommer. Det er likevel verdt det. For hvis vi gir disse ungdommene – ikke alle, men dem med de største og mest omfattende problemene – god, etisk, helhetlig, gjennomtenkt og kompetent behandling så ofte og så lenge de trenger det, så kan vi ende opp med en «korttidsbehandling» som tar sju til ti år og resulterer i et vanlig, lykkelig og stort sett normalfungerende menneske. I stedet for pasienter som vi aldri har hatt tid og råd til å behandle, og derfor har

behandlet i 40 år, mens de fortsatt lider seg gjennom dagene i ensomhet. For meg er det valget ganske enkelt. Noen unge trenger noe mer enn det enkle fordi de har det så vanskelig. Da bør de få det, fordi det er det som virker.

REFERANSER

■ Bakken, A. (red.) (2015) *Ungdata. Nasjonale resultater 2014*. (NOVA-rapport 7/2015)

■ Bakken, A., red. (2017) *Ungdata. Nasjonale resultater 2014*. (NOVA-rapport 10/2017)

■ Bateman, A. og Fonagy, P. (1999) Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial, *The American Journal of Psychiatry*, 156(10),s 1563–1569.

■ Bath, H. (2015) The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours, *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), s. 5–11.

■ Biskin, Robert S. og Paris, J. (2012) Management of borderline personality disorder, *Canadian Medical Association Journal*, 184(17), s. 1897–1902.

■ Borg, M., Veseth, M., Binder, P-E. og Topor, A. (2013) The role of work in recovery from bipolar disorders, *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 12(3), s. 323–339.

■ Bræin, M.K., Andersen, A. og Simonsen, A.H. (2017) Traumebevissthet i barnevernet, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), s. 990–997.

■ Calsyn, R.J., Morse, G.A., Klinkenberg, W.D. og Lemming, M.R. (2004) Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs, *Care Management Journal*, 5(4), s. 199–202.

■ Cotter, J., Kaess, M. og Yung, A.R. (2015) Childhood trauma and functional disability in psychosis, bipolar disorder and borderline personality disorder: A review of the literature, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(Spec Iss), s. 21–30.

■ Dieterich M., Irving C.B., Park B. og Marshall M. (2010) Intensive case management for severe mental illness, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010,10, artikkelnr. CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2

■ Dearing, Zachrisson og Mykletun (2011) *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, s 785–787.

■ Eide-Midsand, N. (2017) Betydningen av å være trygg 2. Et polyvagt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), s. 927–935.

■ Gjesvik, K.H., Stänicke, L.I., Gudmestad, M.O. og Dragland, L. (2018) Gruppeterapi for ungdom, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(1), s. 30–35.

■ Harley, E.W.Y., Boardman, J. og Craig, T. (2012) Friendship in people with schizophrenia: A survey, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(8), s. 291–1299.

■ Helsedirektoratet (2018) Informasjon om individuell plan. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935> (Hentet 25. januar 2018.)

■ Landheim, A., Wiig, F.L., Brendebekken, M., Brodahl. M. og Biong, S. (2016) Et bedre liv. *Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.J. og Ruud, T. (2015) Same diagnosis, different lives. A qualitative study of adults with servere mental illness, in treatment and education, *Psychosis*, 7(4), s. 336–347. DOI: 10.1080/17522439.2015.1024715

■ Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.J. og Ruud, T. (2016) Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study, *International Journal of Mental Health Systems*, 10(8). DOI 10.1186/s13033-016-0041-2

■ Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.J. og Ruud, T. (2016b) How can context and discourse affect teachers' and mental health professionals' interactions with adults with mental illness? *Social Work in Mental Health*. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2016.1231155>

■ Lauveng, A. (2017) *Growing as a person. The possibility of personal development for adults in treatment and education*. Oslo: UiO, Det medisinske fakultet.

■ Lereya, S.T., Copeland, W.E., Costello, E.J. og Wolke, D. (2015) Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries, *The Lancet Psychiatry*, 2(6), s. 524–531.

■ McMain S.F., Guimond T., Streiner D.L., Cardish R.J. og Links P.S. (2012) Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and

functioning over a 2-year follow-up, *The American Journal of Psychiatry*, 169(6), s. 650–61. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.11091416

■ Mehlum, L. og Jensen, A. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126, s. 2946–2949.

■ Moskowitz, A. (red.), Schafer, I. (red.) og Dorahy, M.J. (red.) (2008) *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*, xxi, s. 358.Wiley-Blackwell.

■ Ojanen, T., Sijtsema, J.J., Hawley, P.H. og Little, T.D. (2010). Intrinsic and extrinsic motivation in early adolescents' friendship development: Friendship selection, influence and prospective friendship quality, *Journal of Adolescence*, 33(6), s. 837–851.

■ Paris, J. (2004) Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18(3), s. 240–247.

■ Paris, J. (2011) Reducing suicide risk in personality disorders: The state of current evidence, i Pompili, M. og Tatarelli, R. (red.) *Evidence-based practice in suicidology: A source book*, s. 339–47, viii, s. 380. Cambridge, MA, USA: Hogrefe Publishing.

■ PsykiskhelseProffene (2014) *Unge med råd til psykisk helsevern*. Forandringsfabrikken.

■ Read, J., van Os, J. og Morrison, A.P. (2006) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 113(3), s. 238–239.

■ Rocha, N.B.F., Queiros, C. (2013) Metacognitive and social cognition training (MSCT) in schizophrenia: A preliminary efficacy study, *Schizophrenia Research*, 150(1), s. 64–68.

■ Skehan, D., Larkin, W. og Read, J. (2012) Childhood adversity and psychosis: A literature review with clinical and societal implications, *Psychoanalysis, Culture & Society*, 17(4), s. 373–391.

■ Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness*. New York: Cambridge University Press.

■ Sletnes, K., Hansen, P.E., Winther, C. og Magnussen, G. (2008) *Kartlegging av de Distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008*. Rapportnr. 6093. MUUSMANN Research and Consulting / AGENDA Utredning og Utvikling AS.

■ Stoffers, J.M., Völlm B.A., Rücker G., Timmer A., Huband N. og Lieb K. (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, nr. 8, artikkelnr. CD005652. DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2

■ Strauss, J.S., Hafez, H., Lieberman, P. og Harding, C.M. (1985) The course of psychiatric disorder: III. Longitudinal principles, *The American Journal of Psychiatry*, 142(3), s. 289–296.

■ Tisløv, Ingvild Stjernen (2017) Systemsvikt eller omsorgssvikt? *Norsk psykologforening*. Tilgjengelig fra: <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/ingvild-stjernen-tisloevs-blogg/systemsvikt-eller-omsorgssvikt>

■ Topor, A. (2004) Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.

■ Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. og Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery, *International Journal of Social Psychiatry*, 57(1),s. 90–99.

■ Topor, A. og Denhov, A. (2012) Helping relationships and time: Inside the black box of the working alliance, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), s. 239-254.

■ Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, M.S., Mattsson, M., Stefansson, C.-G. og Bulow, P. (2014) Psychosis and poverty: Coping with poverty and severe mental illness in everyday life, *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 6(2), s. 117–127.

■ Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W. et al. (2012) Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), s. 661–671.

■ Wendelborg, C. (red.) (2017) *Mobbing og arbeidsro i skolen. Analyse av Elevundersøkelsen høsten 2016*. NTNU.

■ Aagaard, J. og Muller-Nielsen, K. (2011) Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: a case-control study with a 2-year follow-up, *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5): s. 299–305.



SØREN HERTZ er en dansk barne- og ungdomspsykiater. Han har avtale med Danske Regioner og er medstifter av Metalog, som arbeider på tvers av tradisjonelle fagforståelser. Han er forfatter av Barne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheter (2008, utgitt på norsk i 2011) og Barn og unge, psykiatri og samfunn (2017). Han har også skrevet en rekke artikler i danske og nordiske tidsskrifter. Siden 2008 har han undervist mye i Norge.

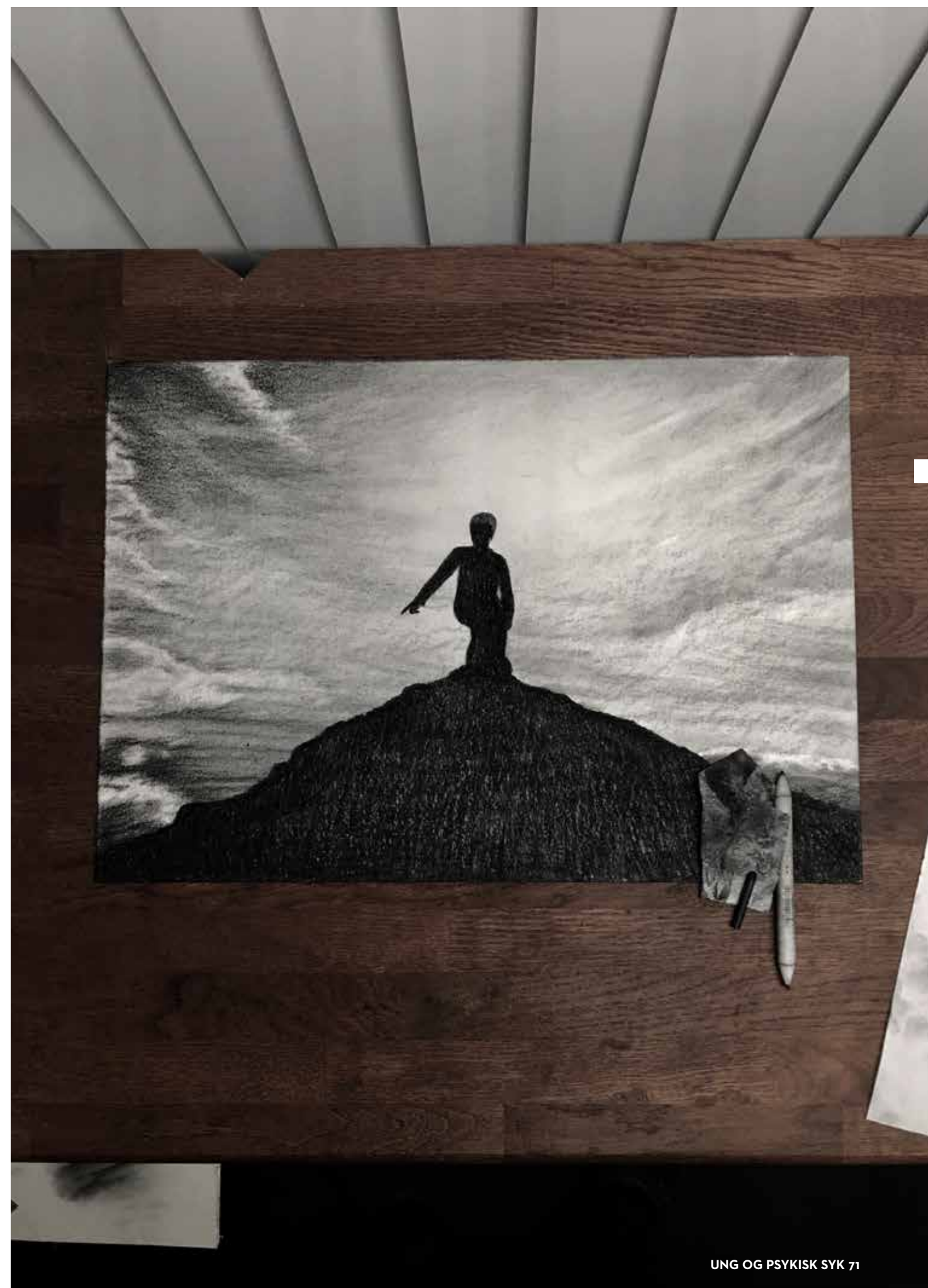
BARN OG UNGE, PSYKIATRI OG SAMFUNN

Denne artikkelen må ses i lys av at jeg ble spurt om å bidra svært sent i redaksjonsprosessen. Jeg foreslo å bruke forordet til min nye bok Barn og unge, psykiatri og samfunn, og fikk tillatelse av forlaget til å gjøre det. Takk til Akademisk Forlag. Jeg har supplert forordet med enkelte sentrale punkter fra resten av boken, med vekt på den koblingen som de siste 40 årene har funnet sted mellom økende individualisering og et sterkt fokus på begrepet psykisk sykdom. Mitt ønske har vært å illustrere behovet for en omfattende sosialpolitisk motbølge som tar utgangspunkt i det barn og unge inviterer omgivelsene sine og det overordnede samfunnet til å ta del i.

Dette kapitlet er en appetittvekker til min nye bok *Barn og unge, psykiatri og samfunn* (Hertz, 2017). Bokens forside er et fotografi av Kirsten Klein fra Grenen nord for Skagen i Danmark. Det er her Kattegat og Skagerrak møtes, og bølgene fra de to havene slår mot hverandre: én bølge og én motbølge. Bildet illustrerer behovet for en motbølge: Barn og unge *er* ikke problemet. De *viser* problemet. Boken er både en fagbok og en oppfordring til samfunnsdebatt. Den representerer således et faglig og etisk begrunnet standpunkt. Den inneholder mange eksempler fra klinisk praksis som illustrerer betydningen av

foretrukne verdier i møtet med barn og unges mistriivsel.

Kapitlet starter – med tillatelse fra Akademisk Forlag i Danmark – med bokens forord, der de avgjørende sosialpolitiske temaene trekkes opp. Deretter gir jeg en kort historisk oversikt for at beskrive hvorfor vi er et land der individuelle, biologiske og sykdomsrelaterte forståelsesformer mange steder står sterkt. Avslutningsvis gir jeg deg som leser et innblikk i bokens overordnede anbefalinger.



DERFOR ER DET TANKEVEKKENDE HVORDAN DIAGNOSESYSTEMENE HAR BIDRATT TIL Å SKILLE BIOLOGI FRA PSYKISKE, SOSIALE OG TILKNYTNINGSMESSIGE FORSTÅELESFORMER.

MOT TIL FORANDRING FRA BOKENS FORORD

Dette er *ikke* bare enda en i rekken av bøker om barne- og ungdomspsykiatri. Det er en bok skrevet av en barne- og ungdomspsykiater som oppfordrer leseren til å innta et standpunkt: Hva stiller vi opp med overfor barn og unge som ikke trives? Hvordan kan vi delta i sammenhenger og bevegelser som får barn og unge til å trives og utvikle seg? Og hvordan får vi øye på de mulighetene som oppstår når vi bruker barn og unges trivsel og mistrivsel som spill på den samfunnsutviklingen vi alle er en del av?

Dette er en bok som ser barn og unges symptomer og spesielle problemer som invitasjoner. Den understreker således at det største alvor oppfordrer til å tenke gjennom hvordan vi kan bidra til de mest omfattende endrings- og utviklingsprosessene. Det er en bok om det levde livet, de mange arenaene, de moderne maktformene, men også om rammer og betingelser, ulike sosiale vilkår, økonomiske innstramninger, bevegelser på tvers, og ikke minst barn og unges uanede muligheter.

Min bok *Barne- og ungdomspsykiatri – nye perspektiver og uanede muligheter* (norsk utgave Gyldendal, 2011) var en inspirasjonsbok. Som tittelen sier var jeg opptatt av å tilby nye perspektiver og rette oppmerksomheten nettopp mot uanede muligheter. Jeg presiserte at fenomenet uanede muligheter ikke tilhører individet, men oppstår i kraft av bevegelser i fellesskapene. Det er ekstra viktig å huske på dette i en kultur som har en tendens til å betrakte slike fenomener som noe individuelt.

Denne boken beveger seg videre derfra: Den insisterer på at utviklingen i store deler av barne- og ungdomspsykiatrien

må ses som et speilbilde av et samfunn der barn og unge i stadig større grad blir vurdert og beskrevet adskilt fra de sosiale sammenhengene de er en del av. Denne individualiseringen og adskillelsen skjer på mange nivåer i samfunnet vårt. Individualiseringen fører oss bort fra de sammenhengene som barn og unge som mistrives, mer grunnleggende inviterer oss inn i: historiene, relasjonene, de sosiale samspillsmønstrene, det barna har vært utsatt for, de avgjørende sosiale mulighetsbetingelsene.

Derfor er bokens kanskje aller viktigste poeng at barn og unge ikke *er* problemet, men *viser* problemet. Heller ikke andre er problemet. Det handler ikke om skyld, heller ikke om å gjøre andre til objekter. All adferd er kommunikasjon. Vi må være opptatt av hvorfor det vi ser, er blitt det beste: Hva er det svar på? Hva henger symptomene og de spesielle vanskelighetene sammen med? Hvorfor har nettopp dét utviklet seg som det tilsynelatende best mulige? Sett fra den andre siden: Hva *inviterer* den formen for adferd til? Hvordan skal vi svare for å skape muligheter for utvikling og læring for alle og bedre trivsel for barnet eller den unge? Hvordan skaper vi bevegelser, sosiale forbindelser og fellesskaper som kan bli annerledes livgivende? Barn og unges symptomer og spesielle vanskeligheter må tas på alvor. Derfor må vi være oppmerksomme på kompleksiteten, sammenhengene og den innebygde kommunikasjonen.

Denne boken bygger på en sterk tradisjon innenfor psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri: å forholde seg til den samtiden vi lever i. I tiden etter andre verdenskrig utviklet John Bowlby (1951) for eksempel sine tilknytningsteorier etter å ha studert og arbeidet med traumatiserte barn. Michael Rutter (1972), Storbritannias første professor i barnepsykiatri, videreutviklet og nyanserte Bowlbys teorier.

Han fremhevet også de enorme manglene og konsekvensene av deprivasjon på institusjoner der barn ikke fikk den kjærlige omsorgen, kontinuerlige kontakten og stimulansen de hadde behov for. Michael Rutter har siden den gang skrevet utallige bøker. *Den livslange utvikling* (Rutter & Rutter, 2000) er blant bøkene som er oversatt til dansk.

I Danmark ble psykiateren Finn Jørgensen en av sosialpsykiatriens sterkeste talsmenn. Han var meget allsidig og spesielt opptatt av de marginale gruppene i samfunnet. «Han var verken antipsykiater eller opptatt av den selvtilstrekkelige tradisjonelle psykiatrien», som det sto i nekrologen hans (Information, 2001). I 1972 skrev han, sammen med Boel Ulff-Møller, boken *Psykiatri og samfund*.

På barneområdet ble barnepsykiater Hedvig Jacoby banebrytende. Hun bidro til å legge ned mange triste og underbemannede spedbarnshjem. Hun fremhevet foreldres betydning i forbindelse med barns sykehusinnleggelse og bidro til å styrke det pedagogiske innholdet på barneinstitusjoner. Av respekt for hennes arbeid har dette forordet fått overskriften *Mot til forandring*, etter den danske tittelen på det festskriftet som ble utgitt i anledning av hennes 70-års fødselsdag (Andrup, 1988). Den solide tradisjonen med å engasjere seg i sosialpolitiske anliggender som beskrives her, er i den senere tid blitt supplert med større oppmerksomhet på utviklingen innen fagene psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Internasjonalt kan jeg nevne Allen Frances, amerikansk professor og formann for den komiteen som utarbeidet diagnosesystemet DSM IV. I 2013 utga han boken *Saving Normal* (Frances, 2013). Den amerikanske professoren Joel Paris utga i 2015 boken *Overdiagnosis in Psychiatry* (Paris, 2015). Beggetaroppedagnoseepidemiene som er oppstått i kjølvannet av de seneste diagnosesystemenes

utbredelse. Paris skriver for eksempel følgende: *Den viktigste motgiften mot overdiagnostisering er å unngå unødvendig entusiasme. Motefenomener og epidemier drives av behovet for sikkerhet. Vi må bli flinkere til å dyrke tvilen. Det krever at vi er fremsynte (...) Fremtidens psykiatere vil undre seg over at de som praktiserte i begynnelsen av det 21. århundret, kunne være så naive at de i så stor grad tok disse diagnosekategoriene på alvor (Paris, 2015, s. 152).*

Begrepet uanede muligheter plasserer seg i midten av denne tvilen. Det er tiden – og måten vi bruker tiden sammen på – som vil vise hva det blir mulig å utvikle. Begrepet er knyttet til en vitenskapstradisjon som fremhever at det ikke er mulig å beskrive noe uavhengig av seg selv. Og som understreker at individet ikke kan forstås isolert, men alltid må forstås ut fra en relasjon, et samspill, en kontekst og en mulig utvikling.

Også kropp og psyke er uadskillelige. Det mentale lever i det sosiale. Det handler om samspill, sammenhenger og sosiale mulighetsbetingelser. Derfor er det tankevekkende hvordan diagnosesystemene har bidratt til å skille biologi fra psykiske, sosiale og tilknytningsmessige forståelsesformer. Denne boken insisterer på sammenhengene:

Det er en voksende aksept for det synspunktet at nevrobiologisk utvikling og miljømessige erfaringer gjensidig påvirker hverandre. På samme måte som at man vet at måten gener uttrykker seg på kan endre sosial adferd, er det nå påvist at sosiale erfaringer over innflytelse på hjernen med feedback tilbake til de måtene arveanlegget uttrykker seg på – med påvirkning av hjernestruktur, -funksjon og -organisasjon til følge. (...) Disse endringene, som fremkalles av læring og i kraft av sosiale og psykologiske erfaringer,

skaper forandringer i mønstrene i nervecellers og synapsers forbindelser og på den måten forandringer i selve nervecellenes funksjon. (Cicchetti, 2002, s. 29.)

Vi lever i en tid da velferdsinstitusjoner og barnefamilier står under press. Opplevelsen av avmakt er stigende. Derfor nevner jeg Bowlby, Rutter, Jørgensen og Jacoby. Det er fare for at noen av de etiske prinsippene som de i sin tid fremhevet og beskrev som avgjørende for barn og unges utvikling, ikke vil bli tillagt nødvendig vekt i fremtiden. Press og avmakt forstyrrer nysgjerrigheten. Det fører i retning av reduserte forståelsesformer, der betydningen av det samskapte forsvinner og blir erstattet av beskrivelser som fokuserer på barn og unges mangler og deres begrensede utvikling, og der sammenhengene og utviklingsmulighetene blir mye mindre tydelige.

Denne boken er del av en motbevegelse som finner sted mange forskjellige steder i kulturen. I den forbindelse er det naturlig å nevne det oppropet som 50 ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien følte seg nødt til å skrive høsten 2016. I oppropet forklarte de at barn og deres foreldre ikke lenger blir møtt på en meningsfull måte med de betingelsene og den styringsformen de ansatte var underlagt – hverken faglig eller menneskelig (Pilegaard, Petersen og Kloster, 2016).

Bokens poeng om at barn og unge ikke er problemet, gjelder kontakten til de enkelte barn og unge, men også på samfunnsnivå: Visse styringsformer gjør det vanskelig å få tid og rom til å forstå det som ikke passer inn – barn og unge som blir beskrevet, men ikke tilstrekkelig forstått med sine opprop, som de bevisst eller mindre bevisst har invitert omgivelsene til å forholde seg til.

Barna og de unge inviterer – og jeg er med denne boken også opptatt av å invitere: Etikk handler om å ta vare på helheter, sammenhenger og sosiale vilkår for å kunne få øye på barn og unges invitasjoner og bidra til utvikling. Slik jeg ser det, handler det om solidaritet med barn og unge som mistrives. Etikken er ikke basert på bekymring, men på nødvendighet, fordi barn og unge viser oss at det er behov for forandring.

Vi lever i en tid der betydningen av det sosiale står i fare for å bli marginalisert. Sosiale fenomener blir gjort til psykologiske, og noen ganger psykiatriske fenomener. De blir i sin karikerte utgave redusert til spørsmål om livsstil og robusthet, andre ganger til det barn og unge må lære seg å leve med. Denne boken fastholder at det psykologiske og det psykiatriske lever i det sosiale (Tomm, 1985). Det er umulig å skille disse fenomenene.

Derfor fremstår boken som et kaleidoskop. Den tar utgangspunkt i en beskrivelse av de mange barn og unge som mistrives, og den avmakten som lett kan smitte når barn og unge ikke trives. Med utgangspunkt i ulike perspektiver tar den for seg sosialpolitikken de siste 40 årene for å kunne forklare det økende fokuset på individet. Den forsøker å gi svar på hvorfor psykiatriske modeller som legger vekt på begrepet psykisk sykdom, er blitt så attraktive i møtet med mistrivsel og opplevelser av avmakt. Den forholder seg også til de moderne styringssystemene som brukes til kvalitetskontroll, men som risikerer å forstyrre den kreativiteten som kunne være livgivende på en helt annen måte.

Boken utfordrer sykdomsbegreper og de for absolutte forståelser av funksjonshemming som har fått en så frem-

tredende plass langt utenfor psykiatriens grenser – i hverdagslivet, på skoler og institusjoner og i sosial forvaltning; begreper som fokuserer på individet på en måte som gjør det vanskeligere å få øye på kommunikasjonen, invitasjonene; begreper som beskriver barn og unge som dem som er rammet – og der omgivelsene får rollen som pårørende. Det handler ikke om begrepene i seg selv, men om problemet med de mange medbetydningene som over tid er blitt tillagt dem. Med dette følger risiko for bekymring, selvpoppfyllende profetier og *for* begrensede utviklingsprosesser. I denne boken inviterer det store alvor til de mest omfattende forandrings- og utviklingsprosessene. Derfor må vi ta stilling til hvilken viten vi velger å gjøre til den foretrukne:

De forestillingene vi har om barn og unges utviklingspotensial, vil åpne eller lukke for muligheter. Det handler ikke bare om å ta et standpunkt. Det handler om forpliktelser til å *bidra* til de rammene og prosessene som i et utviklingsperspektiv kan fremstå som optimale. Fenomenet normalitet er sentralt i denne forbindelse.

Boken bidrar ved å legge vekt på hvordan vi i praksis kan løse opp i de altfor *absolutte* oppdelingene i «normal» og «ikke-normal» og heller se nærmere på hvordan vi kan skape bevegelse i det tilsynelatende fastlåste. På den måten kan vi få spesialist- og allmennområdet til å spille på lag på nye og konstruktive måter – i en bevegelse som også handler om å bygge tillit i hverdagen, gi mot til å inngå nye forbindelser, være oppmerksom på spesielle åpninger og ikke minst skape begeistring for den læringen som oppstår på tvers.

I 2009 skrev Danske Regioner at man arbeidet for en psykiatri og en barne- og ungdomspsykiatri i verdensklasse (www.regioner.dk, 2015). Paradoksene i denne ambisjonen fremstår klart når oppgaven går ut på at man i løpet av en måned skal avgjøre om et barn eller ungt menneske har en psykisk sykdom, i så fall hvilken¹. Mot til forandring handler også om å våge å ha langt mer vidtrekkende verdensklasseambisjoner, ambisjoner som bygger på barn og unges invitasjoner til sine omgivelser. Det handler om barne- og ungdomspsykiatri som inspirasjonskilde, som i kraft av sin kjennskap til og erfaring med barn og unge kan bidra til grenseoverskridende læring for alle. Det handler spesielt om ikke å beskrive barn og unge som faste størrelser, men derimot være bevisst deres symptomer og spesielle problemer som invitasjoner til en prosess der alle kan lære noe nytt.

Boken inviterer til å finne ny retning og nye perspektiver på vesentlige samfunnsmessige anliggender. Samtidig er det også en personlig bok. Barn og unge *er* ikke problemet. De *viser* problemet. Dette verdsettet får liv gjennom eksempler fra min praksis. Boken er skrevet med kjærlighet til faget mitt – og med dyp respekt for de menneskene jeg har vært så privilegert å få kontakt med opp gjennom årene. Jeg har skrevet til alle familiene som nevnes i boken, for å forsikre meg om at jeg har referert til samarbeidet vårt på en måte som oppleves som gjenkjennelig og solidarisk. Eksempelene blir presentert hver for seg i boken, men skal samtidig ses som en mosaikk som illustrerer kompleksiteten, bevegelsene og de mange mulige oppmerksomhetspunktene i møtet med barn og unge som mistrives. Alle eksemplene er nevnt som illustrasjoner, ikke på hvor vellykket forløpet har vært, men som bilde på de mulighetsrommene og de komplekse

¹ Det henger sammen med at diagnoser blir beskrevet som sykdomskategorier, jf. både den danske utgaven av WHO ICD-10 (1994), s. 8–9, og Thomsen og Skovgaard (2012).

BARN OG UNGE *ER* IKKE
PROBLEMET. DE *VISER*
PROBLEMET.



sammenhengene vi blir invitert inn i. En del av forløpene er ennå ikke avsluttet.

ET SOSIALPOLITISK TILBAKEBLIKK

Boken fører leseren 40 år tilbake i tiden, til 1970-tallet. Siden den gang har det vært markante bevegelser på det sosial- og psykiatripolitiske området som også gjensidig har påvirket konstruksjoner forbundet med individualisering, og forestillingene om psykisk sykdom. Ut fra dette har det også oppstått en inndeling av barn og unge som dem som er rammet, og foreldre og andre som pårørende. Jeg vil i det følgende meget kort beskrive denne utviklingen – og mine forslag til de motbølgene som er nødvendige.

I 1976 kom bistandsloven, som i Danmark ble en milepæl på det sosialpolitiske området. Loven oppsto som en konsekvens av det offentliges nye og fremtredende rolle i omsorgen for barn. Beskrivelser av sosial utsatthet førte den gangen til at det ble iverksatt omfattende sosiale endringer for de aktuelle barna når det ble konstatert at «forholdene barna levde i, lå under den standarden som i velferdsstaten ble oppfattet som et minimum» (Ejrnæs og Guldager, 2004). Det forelå en sosialpolitisk forpliktelse. Opp gjennom årene ble begrepet utsatthet likevel brukt mer individuelt – og begrepet ble knyttet til biologiske forståelsesformer. I Danmark ble boken *Risikobørn* toneangivende. Boken var bestilt av et tverrdepartementalt utvalg og redigert av noen av tidens mest innflytelsesrike forskere (Jørgensen, Ertmann og Egelund, 1993). Med inspirasjon fra stressforskningen ble det her introdusert en individuell sårbarhetsfaktor som supplement til de miljømessig belastende og beskyttende faktorene. Senere kom stress-sårbarhetsmodellene, som ytterligere fremhevet individet og dets iboende sårbarhet: «Modellens største nytte (...) er det fokus den setter

på de grunnleggende belastningsfaktorene» (Elvén, Veje og Beier, 2012). Forfatterne fremhevet det omgivende miljøets oppgave: å kompensere for den begrensede kompetansen og de begrensede evnene som barn med spesielle behov ble beskrevet med.

Alt i alt har begrepet utsatthet forandret seg fra å handle om noe man var blitt utsatt for, sosial utsatthet, til å beskrive individets spesielle sårbarhet. I sammenkoblingen av sykdomsbegrepene ble individet også tillagt en biologisk sårbarhet som man kunne bli rammet av (Hertz, 2015). Problemet er fra mitt ståsted knyttet til det individualiserende perspektivet, men også til de innebygde, selvoppfyllende profetiene, fordi modellene bygger på at det finnes noe grunnleggende, iboende i barnet. Mitt poeng når det gjelder den kompenserende tankegangen, er at hvis man på forhånd har begrensede forestillinger om hvilken utvikling som er mulig, vil alt det vi bidrar med, være preget av denne forestillingen.

I boken argumenteres det for å erstatte individuelle forståelser med en langt mer dynamisk forklaringsramme: Den tidligere helsesjefen i Skottland, Harry Burns, beskriver problemadferd og symptomer som et resultat av spiraler av inkluderende og ekskluderende prosesser (Burns, Nielsen, Hertz og Gundersen, 2016). Denne vektleggingen av prosesser – og dermed symptomer som overlevelsesstrategier fremfor individuelle karakteristika – skaper en spesiell nysgjerrighet i forhold til hvordan man kan bidra til livfulle og utviklende fellesskaper og konstruktive deltagelsesmuligheter på tvers av de arenaene der barn og unge vokser opp.

I samme periode, på slutten av 1970-tallet, kom det først i USA og senere i Europa en bevegelse på det psykiatriske området som gikk fra å forstå psykiske lidelser som resultat av psykososiale

prosesser, til å bruke helt nye former for beskrivelser. Det nye diagnosesystemet DSM-III ble utarbeidet etter inspirasjon av den tyske psykiateren Kraepelin, som var overbevist om at det med tiden ville bli mulig å forklare mentale lidelser og forstyrrelser analogt med (fysiske) sykdommer (Young, 1995) – det vil si med *biologien* som primær årsaksforklaring.

I Europa ble ICD-10 preget av DSM-III. Diagnoser i form av *beskrivelser* av symptomer – uavhengig av psykososiale fenomener – skapte en enkelhet som var attraktiv og *tilsyne-latende* nøytral og uskyldig. Det var «en måte å se verden på – på et spesifikt tidspunkt», var argumentet som ble brukt (WHO, 1992, s. VII). Forfatterne hevdet, i kontrast til ideene som lå til grunn for DSM, at det ikke skulle brukes begreper knyttet til sykdom. De foretrakk begrep som «forstyrrelse» og «lidelse» fremfor «sykdom», som de mente det ikke var belegg for (WHO, 1992, s. V). Forfatterne skilte likevel mellom psykiatriske F-diagnoser og psykososiale Z-diagnoser. Dermed skilte de nettopp det som etter mitt syn ikke kan skilles – og åpnet for at begrepene knyttet til psykisk sykdom og biologiske forklaringsmodeller, likevel kunne komme inn bakveien, uten at de noensinne er bevist. Det har tilsynelatende heller ikke vært nødvendig, fordi man i dagligtalen har gjort diagnoser til forklaringer, selv om de per definisjon bare er beskrivelser av de ulike måtene individet kan fremtre på i en gitt sosial kontekst. Mange forskere og klinikere, ikke minst innenfor traumefeltet, har kritisert de kontekstløse størrelsene nettopp for ikke å forholde seg til de sosiale vilkårene barn vokser opp under (Van der Kolk i Wylie, 2010).

Når man kobler utviklingene på det sosialpolitiske og psykiatripolitiske området, forstår man hvorfor det stadig dukker opp beskrivelser som fokuserer på barna eller ungdommene og deres tilsynelatende grunnleggende problemer.

Men barn og unge *er* ikke problemet. De *viser* problemet. Barn og unges symptomer og spesielle vanskeligheter må tas på alvor. Derfor må vi være spesielt oppmerksomme på kompleksiteten, sammenhengene og den innebygd kommunikasjonen. Det moderne samfunnets største farer oppstår når fenomener blir redusert og adskilt fra de sammenhengene de må forstås i lyset av (Montuori, 2005). Likevel skjer det igjen og igjen: Barn og unge blir definert som dem som er rammet, mens «de andre» får rollen som pårørende og noen ganger til og med som hjelpeterapeuter. Begrepet psykoedukasjon (Andersson, Reiss og Hogarty, 1986) har de siste årene spredt seg fra psykiatrien og ut i det sosiale landskapet: Barn og unge skal i økende grad erkjenne sine begrensninger eller sin spesielle sårbarhet – og foreldrene skal få undervisning i hvordan de best kan hjelpe barna med å takle disse utfordringene. Dette er enda et eksempel på sammenkoblingen mellom fokuset på individet og begrepene psykisk sykdom og sårbarhet som ikoniske fenomener i det moderne samfunnet.

FORETRUKNE VERDIER – DET VI MÅ GJØRE ATTRAKTIVT

Motbølgen er inspirert av den tidligere helsesjefen i Skottland, Harry Burns: «Samfunnets håndtering av barn i utkanten av alminnelig utvikling, feiler i den grad barnets vanskeligheter blir betraktet som individuelle og biologisk betinget» (Nielsen, Hertz & Gundersen, 2016). Jeg må samtidig understreke at jeg som lege *selvfølgelig* er opptatt av biologi. Jeg er imidlertid spesielt opptatt av forskningen på hvordan hjernens plastisitet blir påvirket av endringer i det sosiale samspillet. Det får meg i boken til å understreke at jo mer vi forestiller oss at det finnes en vesentlig biologisk komponent i barnets måter å fremtre på, jo mer skal vi være opptatt av det sosiale samspillet. For det er det sosiale samspillet som kan videreutvikle biologien, og dermed også hjernen. Dermed blir det så avgjørende hvordan vi

skaper gode rammer for barns deltakelsesmuligheter, slik at barna kan få *speile* seg i det vi andre tror er mulig og det vi har energi og mot til å bidra med (Cicchetti, 2002; Mogensen, 2013.)

Motbølgen handler også om det den engelske terapeuten og idéutvikleren Peter Lang beskrev som «getting outside the story» (Lang, 2016). Vi risikerer å bli altfor opptatt av symptomer. Dermed glemmer vi at symptomene i siste instans må forstås som barn og unges overlevelsestrategier, og som kommunikasjon: som det umiddelbart beste svaret på den måten livet har utviklet seg på. Det er snakk om et antropologisk perspektiv. På den måten blir det naturlig å se barn og unges symptomer som invitasjoner til omgivelsene. Den synsvinkelen åpner for en ultimativ nysgjerrighet – og vi blir opptatt av hvordan vi kan bidra til at det oppstår overskridende prosesser, nye livgivende fellesskaper og en avgjørende nyorientering. Det er barna og de unge som med sine symptomer og spesielle problemer viser oss veien. De er våre beste veiledere. Hvis vi ikke er oppmerkssomme på det, risikerer vi at vi bidrar til mer av det samme – det som tidligere førte til mistrivsel og begrenset utvikling.

Vi lever i en tid der opplevelsen av annerledeshet, skam, avmakt og sinne ofte vil smitte mellom barna, de unge og de mange personene rundt dem. Derfor blir det avgjørende hvordan vi skaper deltagelsesmuligheter og opplevelser av livgivende fellesskaper som barna, de unge og de i omgivelsene får lyst og mot til å delta i. Slike deltakelsesmuligheter handler også om grunnleggende sosiale vilkår i en tid med økende sosial ulikhet (Bindslev, 2016/17; Benjaminsen, 2016).

Utgangspunktet er at barn og unge kommer til oss med et *stort alvor*. Det er avgjørende at vi møter dem i dette alvoret, både i

barne- og ungdomspsykiatrien og i førstelinjetjenesten. Vi må samtidig møte dem med en tro på at vi i fellesskap kan bevege oss til helt andre steder. Hvis vi på forhånd har forestillinger om begrensede utviklingsmuligheter, vil alt vi gjør videre, være preget av denne forestillingen. Tiden – eller rettene sagt den måten vi bruker tiden på – vil avgjøre hvor vi beveger oss hen og hvilke nye muligheter som oppstår. Barna og de unge inviterer, det er slik jeg forstår dem. Men vi voksne inviterer også – til prosesser som strekker seg utover det som har vært, og dermed inn i nye hverdagserfaringer i annerledes fellesskaper.

Mot slutten av boken siterer jeg den norske samfunnsmedisineren Per Fugelli: «Samfunnet er ikke et laboratorium der vi kan utforme folkehelse under standardiserte og kontrollerte betingelser (...) Vi må realitetsorientere helsebegrepet, så ikke så mange blir sett på eller opplever seg selv som feil (...) Den individuelle livsstilmodellen er bekvem for makthaverne. Den flytter lyskasterne fra sosial urett til individuell svakhet, fra politisk skam til personlig skam. Livsstilmodellen fungerer som en lynavleder for politiske trusler mot folkehelsa.» (Fugelli, 2006.)

ANBEFALINGER

SITERT FRA BOKENS SISTE DEL

Når Fugelli fremhever «forkerthed» som et sentralt tema i kulturen og samfunnet, så peker han i dette sitatet også på det gjennomgående skillet mellom riktig og galt, normal og unormal/syk. I denne boken oppfordrer jeg til å bevege oss ut over disse absolutte kategoriene, fordi de forstyrrer nysgjerrigheten vår. I den sammenhengen blir forståelsen av symptomer som kommunikasjon så avgjørende; symptomer som svar – og som invitasjoner til omgivelsene. Det er nettopp på den måten at vi blir levende for hverandre.

Det er når vi blir levende for hverandre at forpliktelsene våre fremstår aller klarest. Forpliktelse til å bidra til trivsel og utvikling. Mot til å delta i prosessene, og å lære av barna og ungdommen som viser oss hva som er viktigst – og mest sårbart. Det er en samfunnsmessig investering. Etter en periode med stadig større fokus på hva som er galt med disse barna og unge, vil vi fremover ha behov for å intensivere innsatsen overfor barn og unge som *tilsynelatende* ikke «passer inn». Når kravet om individuell prestasjon øker, er det grunn til å minne om at det ligger uante ressurser i fellesskapenes bevegelser. Jeg velger å fremheve alt dette som samfunnsmessige investeringer, for vi lever i en tid der velferdssamfunnet blir nedprioritert. Det viser seg i form av økonomiske innstramninger på skoler og institusjoner, privatisering av offentlige velferdsområder, økende sosial ulikhet og flere familier som lever i fattigdom.

Som beskrevet handler ikke barne- og ungdomspsykiatri bare om konkrete barn og unge. Det er opplevelser av avmakt som fører barna og de unge inn i psykiatrien. Derfor oppfordrer jeg med denne boken til en todelt bevegelse:

Den ene bevegelsen går ut på å investere i et intensivt faglig blikk på barn og unges invitasjoner. Det er dette samfunnets spesialinnsats bør fokusere på – et utvidet perspektiv på det barn og unges mistrivsel og spesielle problemer handler om. Utredninger handler ikke bare om individet, men om de sammenhengene vi må forholde oss til, slik at det blir mulig å få øye på bevegelsene. Det er barna og de unge som viser oss om vi har bidratt tilstrekkelig til nyorientering. Dette fokuset forplikter. På den ene siden er det enkelt, på den andre komplekst og komplisert. Slik er

det når barn og unge har mistet tilliten eller opplever sterk tvil om mulighetene. Vi må se etter og satse på «mønstre som binder sammen» – og de nye forbindelsene oppstår nettopp fordi vi med vår insisterende nysgjerrighet viser at vi engasjerer oss og ønsker å følge dem på veien. Den innsatsen krever en bevisst og målrettet investering.

Den andre bevegelsen handler om å gjøre alt det som skal til for å skape optimale deltagelsesmuligheter for alle barn og unge – og for de mange rundt dem. Deltagelsesmuligheter som hjelper alle ut av avmakt, smerte og fastlåsthet. Muligheter som gjør at barn og unge opplever å bli sett, hørt, forstått – og beveget. Derfor blir invitasjonene igjen sentrale. Helt fra barna er helt små viser de oss hvorvidt de grunnleggende oppvekstvilkårene i hjem og institusjoner gir dem gode muligheter for trivsel og utvikling. Barn og unge hjelper oss til å få øye på det som er nødvendig å handle på. Det er derfor at begrepet whistleblower er så treffende.

Barn og unge med spesielle problemer, barn og unge som mistrives, setter samfunnets samvittighet på agendaen. Tallene taler sitt tydelige språk: Det er helt klart rom for forbedring. Derfor må vi insistere på utvidede rammer og vilkår som gjør at vi kan bidra med det beste vi har. Så enkelt kan det sies.

REFERANSER

■ Anderson, C.M., Reiss, D.J. og Hogarty, G.E. (1986) *Schizophrenia and the Family. A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. New York: The Guilford Press.

■ Andrup, H.H. (1988) *Modet til forandring. Hedvig Jacoby*. København: Hans Reitzels Forlag.

■ Benjaminsen, L.M. (2016) *Fattigdom og afsavn – om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-rige*. SFI.

■ Bindslev, M.W. (2016/2017) *Svigt af børn i Danmark*. Trygfonden og Børns Vilkår.

■ Bowlby, J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organisation (WHO).

■ Cicchetti, D. (2002) How a child builds a Brain. Insights from normality and psychopathology, i Hartup, W. og Weinberger, R. *Minnesota Symposia on Child Psychology in Retrospect and Prospect*. Mahvah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

■ Danske Regioner (2015) Tilgjængelig fra: www.regioner.dk.

■ Ejrnæs, M. og Guldager, J. (2008) *Helhedssyn og forklaring*. København: Akademisk Forlag.

■ Elvén, B.H., Veje, H. og Beier, H. (2012) *Udviklingsforstyrrelser og psykisk sårbarhed*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

■ Folkeskoleloven (1975) *Lov om folkeskolen av 26. juni 1975*. Tilgjængelig fra: Danmarkshistorien.dk.

■ Frances, A. (2013) *Saving Normal*. New York: HarperCollins Publishers.

■ Fugelli, P. (2014) Norge er blitt et feigt land, *Aftenposten*, 5. februar 2014.

■ Hertz, S. (2008) *Børne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheder*. København: Akademisk Forlag.

■ Hertz, S. (2015) Social uorden bliver gjort til individuel uorden, i Erlandsen, T., Jensen, N.R. og Langager, S. *Udsatte børn og unge – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

■ Jørgensen, P.S., Ertmann, B. og Egelund, N. (1993) *Risikobørn*. Socialministeriet, Tværministerielt Børneudvalg.

■ Mogensen, J. (2013) Psykoterapi ændrer hjernen, i Møhl, B. og Kjølbye, M. *Psykoterapiens ABC*. København: Psykiatrifondens Forlag.

■ Montuori, A. (2005) Gregory Bateson and the promise of Transdisciplinarity, *Cybernetics and Human Knowing*, 1(2), s. 147-158.

■ Nekrolog Finn Jørgensen (2001) Tilgjængelig fra: Information.dk, 28. september 2001.

■ Nielsen, J., Hertz, S. og Gundersen, L. (2016) Tidlig indsats – men hvordan? En rejse til Skotland og tilbage igen, *Psykologernes Fagmagasin*.

■ Paris, J. (2015) *Overdiagnosis in Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

■ Pilegaard, A.M., Petersen, A.C.S. og Kloster, A. mfl. (2016) *Brev fra 50 ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien*. Åpent brev.

■ Rutter, M. (1972) *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth: Penguin.

■ Rutter, M. (1988) *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge Press.

■ Rutter, M. og Rutter, M. (2000) *Den livslange udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.

■ Schilling, B. (2016) Nekrolog dr. Peter Lang: Our Way of Living is Enriched with Endless Invitations to Create, *Psykologernes Fagmagasin*.

■ Tomm, K. (1985) Et perspektiv på Milano-senterets systemiske tilnærming. Del 1: Oversikt over utvikling, teori og praksis, *Fokus på Familien*, 13. (Oversatt fra engelsk av Gerdt Henrik Vedelev.)

■ WHO (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneve: World Health Organization.

■ Wylie, M.S. (2010) The Long Shadow of Trauma, *Psychotherapy Networker*.

■ Young, A. (1995) *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic disorder*. Princeton, New York: Princeton University Press.



ARNE HOLTE er professor emeritus i helsepsykologi ved Universitetet i Oslo. Han er tidligere assisterende direktør, fagdirektør og divisjonsdirektør for psykisk helse i Folkehelseinstituttet og nestleder i Psykologiforbundet. Holte har vært professor i klinisk psykologi ved Universitet i Tromsø, professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo og hatt en rekke faglige verv i innland og utland i tillegg til klinisk erfaring som psykoterapeut, familierapeut, skole- og kommunepsykolog. Han har publisert et stort antall vitenskapelige og andre artikler om psykisk helse og psykiske lidelser. For tiden arbeider han med befolkningsrettete strategier for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser i Norge, lokalt, nasjonalt og globalt.

SYV PRINSIPPER OG TJUENI GREP FOR ET PSYKISK SUNNERE NORGE

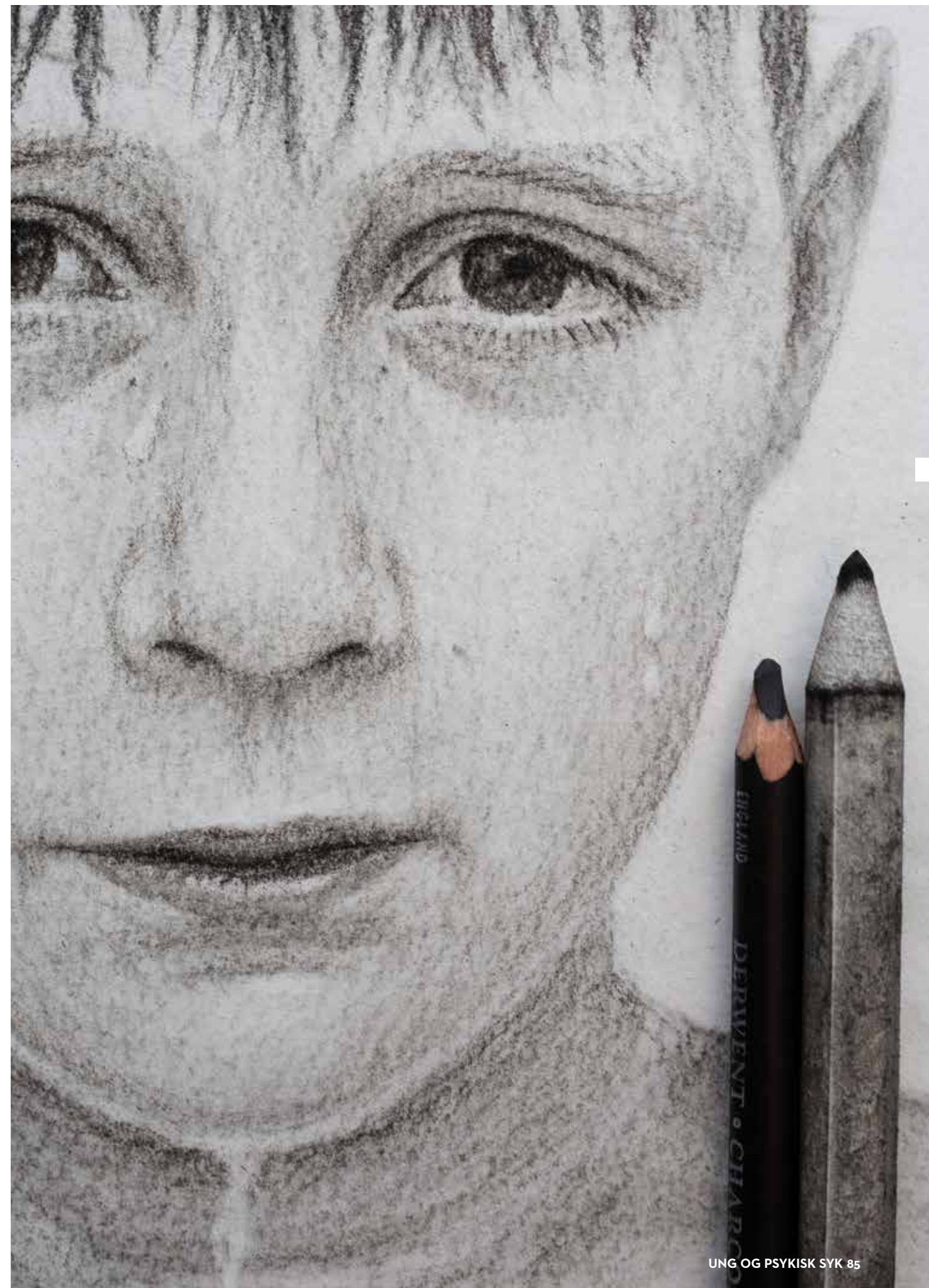
Regjeringen har lovet oss en opptrappingsplan (OTP) for barn og unges psykiske helse (Regjeringen, 2018). Kommunene arbeider med å lage psykiske helseplaner for barn og unge. Begge trenger et forebyggingsfaglig fundament. Begge trenger en verktøykasse med tiltak. Det er det du får i denne artikkelen: syv forebyggingsfaglige prinsipper som bør ligge til grunn for enhver plan for å fremme barn og unges psykiske helse og forebygge psykiske lidelser, og tjueni konkrete grep som samlet vil gi oss et psykisk sunnere samfunn for barn og unge. Alle tiltak er, så langt det er mulig, vitenskapelig dokumentert.

Egenrapporterte psykiske helseplager har økt dramatisk blant unge de siste tretti år – særlig blant unge kvinner (Bakken, 2016; Folkehelseinstituttet, 2017). En like dramatisk økning finner vi i depresjon og angstlidelser som blir behandlet i psykisk helsevern (Reneflot mfl., 2018). Liknende utviklings-trekk ser vi også i Sverige og Finland (Socialstyrelsen, 2017; Kohronen og Kohronen, 2018). Kanskje reflekterer dette større åpenhet om psykiske helseproblemer. Kanskje reflekterer det endringer i behandlingstilbudet. Vi vet ikke, men vi kan ikke utelukke at det faktisk forekommer mer angst og depresjon blant unge i befolkningen.

Likevel bruker Norge fortsatt nesten hele helsebudsjettet for psykisk helse på å kurere og rehabilitere etter at psykisk sykdom har oppstått. Vi bruker nesten ingenting på å forebygge psykisk sykdom. En dag må dette snu. Jeg ser for meg en dag

når landet bruker like mye penger på å redusere antall nye tilfeller av psykisk sykdom som vi i dag bruker på innsatsen etter at sykdom har oppstått. Tenk: like mye på å styrke psykisk helse og forebygge som på behandling!

La meg si det med en gang. I dag er det kommunen, ikke staten, som kontrollerer alle de viktigste forebyggingsarenaene: helsestasjonen, barnehagen, skolen, SFO, fritidsarenaer, PPT, oppfølgingstjenesten, barnevernet, bydelspolitiet og førstelinjehelsetjenestene (lov om folkehelsearbeid, 2011). Det kan gi nærhet og lokal tilpasning. Det er imidlertid også grunnen til at forskjellene mellom kommunenes satsing på barn og unges psykiske helse er så store og stadig øker. God forebygging er rett og slett avhengig av hvilken kommune du bor i. Det er ikke bra.



I 2016 ba Stortinget regjeringen om å legge frem en strategi for barn og unges psykiske helse. Denne skulle være helhetlig, gå på tvers av sektorer og omfatte både psykisk helsefremmende, sykdomsforebyggende og kurative initiativ. Regjeringen leverte sin strategi høsten 2017 (departementene, 2017). Dermed fikk Norge igjen en strategi for god psykisk helse, denne gangen undertegnet av syv ministre, og den omfattet også voksne. Noe slikt hadde vi ikke hatt siden 2008, da opptrappingsplanen (OTP) for psykisk helse utløp (St.prp. nr. 63, 1997–1998).

Stortinget ba likevel regjeringen om mer. De ba dem følge opp med en økonomisk forpliktende opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Stortinget, 2015–2016). Den forrige opptrappingsplanen kostet rundt 30 milliarder friske 1998-kroner over ti år. Et grovt anslag for hva en ny opptrappingsplan for barn og unge bør koste, er et sted rundt tre til fire milliarder, altså cirka en tiendedel av hva den forrige kostet. Da har vi tatt hensyn til at den forrige planen omfattet både voksne og barn og gikk over ti år. I tillegg var den primært rettet mot spesialisthelsetjenestene, mens den nye skal være helhetlig og omfatte både helsefremmende og forebyggende tiltak i alle relevante sektorer. På dette området har regjeringen fortsatt ikke levert (Holte, 2018). I regjeringens forslag til budsjett for 2018 finnes det ikke en krone til OTP for barn og unges psykiske helse – heller ikke til forberedelse av den.

OTP 1999–2008 var en suksess. Skal den nye OTP bli like vellykket, bør man antakelig videreføre de fire suksessfaktorene fra den forrige: grundig forberedelse (se St.meld. 25, 1996–1997), målbare kvantitative mål, øremerkede midler og godkjente planer for å få utløst midlene (NFR, 2009).

Ytterligere to forhold bidro til at OTP 1999–2008 ble en suksess. Den bygget på tydelige verdier og på faglige prinsipper, slik både Patel og medarbeidere og WHO anbefaler (Patel, mfl., 2013; WHO, 2007). WHO har følgende sjekkliste for nøkkelprosessene som bør ivaretas når man utvikler en psykisk helsepolitikk i et land: (1) samle informasjon om psykiske helsebehov og tjenester, (2) samle inn kunnskap om effektive strategier, (3) konsultere og forhandle, (4) utveksle erfaringer med andre land, (5) formulere visjoner, verdier, prinsipper og mål, (6) bestemme innsatsområder og (7) identifisere viktige roller og ansvar. Regjeringens nye strategi gjør knapt noe av dette. Hver for seg er mange av tiltakene gode og etterlengtet. Det er fint at annonserte tiltak innenfor psykisk helse nå er samlet i et felles dokument. Det er også bra at vi har en helseminister med evne til å gjennomføre. Likevel ligner strategien samlet sett mer på en bunke forslag som allerede lå i skuffene hos de syv ministrene som har undertegnet den, enn på en gjennomtenkt og målrettet politikktutvikling slik WHO anbefaler. En økonomisk forpliktende OTP for barn og unges psykiske helse må i en helt annen grad bygge på faglige prinsipper og kunnskapsbaserte tiltak (Holte, 2017b).

SYV PRINSIPPER – FAGLIG FUNDAMENT FOR EN FOREBYGGENDE PSYKISK HELSEPLAN

Vi skal selvfølgelig ha hjelp når vi er syke. Dessverre er imidlertid langtidseffektene av de kurative tiltakene innenfor psykisk helsevern fortsatt svakere enn det vi ønsker (Cipriani mfl., 2018; Cuijpers mfl., 2010; Jorm mfl., 2017; Weisz mfl., 2017). De er heller ikke så kostnadseffektive som vi kunne ønske (Maljanen mfl., 2016xTimo Maljanen). Særlig nedslående blir det når vi ser på tilbakefallsratene for de vanligste tilstandene (Judd mfl., 1998; Fergusson, Boden og Horwood, 2007), og når vi ser behandlingen i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Andrews mfl., 2004).

Samfunnsmessig skal det svært lite til for at psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende initiativ blir betydelig mer lønnsomme enn kurative (Brent mfl., 2015; Brugha mfl., 2011; Cuijpers mfl., 2008; Knapp, McDavid og Parsonage, 2011; McDavid mfl. 2017).

Nedenfor presenterer jeg syv faglig funderte prinsipper som en psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende OTP for barn og unges psykiske helse bør legge til grunn, enten den er statlig eller kommunal. Med psykisk helse mener jeg evnen til å regulere følelser, tenke fornuftig, styre sin adferd fleksibelt, mestre sosiale utfordringer og trives. Med forebygging mener jeg tiltak og initiativ som settes inn før folk blir syke eller alvorlige psykiske helseproblemer oppstår, og som reduserer antall nye tilfeller av sykdom eller alvorlige problemer. Med kurative tiltak mener jeg tiltak vi setter inn etter at sykdom eller alvorlige problemer har oppstått (Mrazek & Haggerty, 1994; Cuijpers mfl., 2009).

Prioriter de psykisk helsefremmende tiltakene!

Vi bør lære av den suksessen vi har oppnådd innenfor somatisk helse. Spedbarnsdødelighet, hjerte- og kardødelighet, hjerneslagdødelighet, dødelighet av flere kreftsykdommer, trafikkdødelighet, tobakksrøyking, alkoholkonsum blant unge, ja, selv karies i tennene til ungene våre, har gått ned (Folkehelseinstituttet, 2017; Helsedirektoratet, 2018). Hva skyldes det? Det er selvfølgelig snakk om en rekke faktorer – i noen tilfeller også bedre behandling – men en viktig ingrediens har vært å satse på brede, befolkningsrettete, helsefremmende tiltak som bedre kosthold, mer mosjon, røykeslutt og lavere alkoholkonsum. Vi trenger tilsvarende tiltak innenfor psykisk helse: Vi må finne frem til de viktigste faktorene som kan fremme psykisk helse i befolkningen, og rette inn ressursene på å styrke disse (Holte, 2016; 2017a).

Vi må også lære av det britene avdekket da den britiske regjeringen var like bekymret som vår over kostnadsøkningen knyttet til psykiske helseutfordringer og de omfattende lidelsene for pasienter og pårørende. Den britiske regjeringen samlet noen av Storbritannias fremste forskere og ba dem komme med forslag til løsninger. I Forsythe-rapporten ga forskerne ett klart råd: Sats på å bygge landets mentale kapital! Med andre ord: Sats på å bygge opp landets samlede evner til nettopp å regulere følelser, tenke fornuftig, styre sin adferd fleksibelt, møte sosiale utfordringer og trives (Jenkins mfl., 2008).

Prioriter de brede, befolkningsrettede tiltakene!

Sats på tiltak rettet mot hele befolkningen, uavhengig av risiko. Hva? Skal vi satse pengene våre på dem som ikke har noen risiko for å bli syke, nå da? Ja, vi må lytte til de store forebyggingsguruene. Britiske Geoffrey Rose viste oss at når en tilstand er svært utbredt i befolkningen, lønner det seg å satse på tiltak rettet mot hele befolkningen eller deler av den, for eksempel alle nyfødte, alle barnehagebarn eller alle skolebarn, uavhengig av risiko, fremfor å satse bare på den lille gruppen som har høy risiko. Slik er det, sa Geoffrey Rose, fordi: Når noe er svært utbredt, som psykiske helseplager blant barn og unge, vil den store gruppen med middels og lav risiko produsere flere sykdomstilfeller enn den lille gruppen med høy risiko. Derfor må vi rette initiativene mot alle barn, uavhengig av risiko (Rose, 1992).

Senere har samfunnsmedisineren Johan Mackenbach analysert alle vellykkede forebyggende tiltak i Nederland gjennom førti år (1970–2010). Hans resultater viser at tre fjerdedeler av effektene skyldes primærforebyggende, universelle tiltak, mens bare én fjerdedel kan tilskrives det vi benytter oftest, nemlig målrettede tiltak overfor høyrisikogrupper

DET ER VED Å SATSE PÅ DE ALLER YNGSTE – FOSTRENE, SPEDBARN OG SMÅBARN – AT VI FÅR MEST IGJEN FOR PENGENE NÅR DET GJELDER PSYKISK HELSE.

(Mackenbach mfl., 2011). Rett nok gjelder dette for fysisk helse, men inntil vi har data om psykisk helse som viser noe annet, må vi legge til grunn at de samme mekanismene gjelder for psykisk helse.

Terry Brugha i Trent i Storbritannia har også vist at universelle tiltak rettet mot alle nybakte mødre for å forebygge depresjon, som er en risikofaktor for spedbarnets utvikling, kan forebygge 50 prosent flere depresjoner blant dem som i utgangspunktet har lav eller ingen risiko, sammenlignet med den lille gruppen som har høy risiko (Brugha et al., 2011). Det brede, befolkningsrettede tiltaket forebygget langt flere tilfeller enn det et målrettet tiltak mot bare den relativt lille gruppen med høy risiko ville ha gjort.

Prioriter det vi vet at vi kan gjøre noe med!

I behandlingsapparatet prioriterer vi gjerne det akutte foran det langsiktige, og det alvorlige foran det vanlige. Slik må det være i klinikkene. Når det gjelder forebygging, må vi prioritere annerledes. Der må vi prioritere det langsiktige og det vanlige. Hjertet vårt vil nok som oftest vende seg mot dem som har det aller vanskeligst – de alvorligste psykoselidelsene, bipolare lidelsene, personlighetsforstyrrelsene og utviklingsforstyrrelsene. Vi må imidlertid også bruke hodet. Forskningslitteraturen forteller oss at vi ikke aner hvordan vi kan forebygge alvorlige psykoselidelser, bipolare lidelser, personlighetsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser. Vi kan forebygge unødige negative følger av å leve med disse lidelsene, og kommer vi tidlig inn, kan vi også påvirke forløpet av deres. Men hindre at lidelsene oppstår, det vet vi ikke hvordan vi skal gjøre (Joa mfl., 2015; Chanen og McCutcheon, 2013). Med angstlidelser, depresjonslidelser, adferdsforstyrrelser og alkoholmisbruk er det annerledes. Disse vanligste psykiske lidelsene, som koster landet mest og står for det største

volumet av lidelse, kan vi forebygge både med universelle tiltak og tiltak rettet mot høyrisikogrupper (Piquero mfl., 2016; Sancassiani mfl., 2015; [HTML]Strøm mfl., 2014; Werner-Seidler mfl., 2017; Zachrisson og Dearing, 2015).

Prioriter de første leveårene!

Norge har fått sin første folkehelseminister. Det har Storbritannia og Sverige allerede hatt i mange år. Merkelig nok har vi gitt ansvaret for folkehelsen til eldreministeren. Vi over sytti, som bare har noen tiår igjen å leve om vi er heldige, takker regjeringen for at den vil satse på sånne som oss, men særlig smart er det ikke. Det er stikk i strid med det verdens ledende helseøkonomer anbefaler. Ta James Heckman, nobelprisvinner i økonomi i 2000: Heckmans kurve viser tindrende klart at det er ved å satse på de aller yngste – fostrene, spedbarna og småbarna – at vi får mest igjen for pengene når det gjelder psykisk helse. Blant de eldre er det relativt lite psykisk helse å vinne. Det er få psykiske lidelser foruten demensrelaterte sykdommer og noen få depresjoner og angstlidelser, som debuterer i denne alderen. Vi kan kostnadseffektivt forebygge ensomhet blant eldre. Vi kan hindre at hjerte- og karlidelser, kreft, kols og diabetes leder til depresjon og angstlidelser (McDaid et al., 2017). Men vil vi ha mest mulig psykisk helse igjen for pengene, styrke landets psykiske helse og redusere forekomsten av nye psykiske lidelser i samfunnet, er det livmoren, småbarnsfamilien, helsestasjonen, barnehagen, skolen og fritidsaktivitetene som er de viktigste arenaene. Jo tidligere vi investerer i psykisk helse, desto mer psykisk helse får vi for pengene (se figur 1, Heckman, 2006).

Prioriter tiltak utenfor helsetjenestene!

Trodde du at helsetjenestene produserer helse? Det gjør de ikke. Helsetjenestene produserer ikke helse, de reparer den. Unntakene er helsestasjonen, skolehelsetjenesten, noe av

fastlegenes virke og kanskje frisklivssentralene. Der driver de forebygging. Men det store pengesluket, som tar det meste av helsebudsjettet, sykehusene våre og det øvrige behandlingsapparatet, det produserer ikke helse. Det blir som med bilen min. Når den er i stykker, må jeg ha den på verksted. Verkstedet produserer imidlertid ikke biler, like lite som behandlingsapparatet produserer helse. Helse blir produsert der vi lever livene våre – i livmoren, i familien, i barnehagen, på skolen, på arbeidsplassen og i kultur, idrett og andre frivillige aktiviteter. Det er på disse arenaene vi må legge hovedinnsatsen, ikke i behandlingsapparatet (Marks mfl., 2000; Andrews mfl. 2004).

Prioriter å redusere belastningsnivået og styrke trivselsnivået!

Vi må lære av alkoholforskningen. Salige sosiologiprofessor Ole Jørgen Skog, og andre etter ham, viste oss at det er tett sammenheng mellom alkoholkonsumet i en befolkning og antall alkoholskader og misbrukere (Norström og Skog, 2001). Det er altså ikke drikkemønstret (for eksempel «helgefylla»), men det totale alkoholinntaket (dagligforbruket) som teller mest. Skog viste oss også at den mest effektive metoden for å redusere alkoholmisbruk og alkoholrelaterte skader og dødsfall i en befolkning, er å redusere befolkningens konsumnivå lite grann (Skog, 2006). Slik må vi tenke om psykiske lidelser også. Det er antakelig nær sammenheng mellom det samlede symptombelastningsnivået i befolkningen og forekomsten av psykiske lidelser. Den mest effektive måten å redusere forekomsten av psykiske lidelser på er da ved å redusere nivået av psykiske helsebelastninger en smule, og kanskje øke trivselsnivået.

Nøkkelordet her er «nivå». Det holder altså ikke bare å tenke på psykiske lidelser som noe vi enten har eller ikke har, og så

telle antall forekomster. Vi må betrakte psykiske helseplager som noe individer, grupper, kommuner og hele landet lider av i større eller mindre grad (Borsboom mfl., 2016; Krueger, 1999; Kotov, Krueger og Watson, 2018). På samme måte som befolkningen i en kommune har et gjennomsnittlig «blodtrykksnivå» og et gjennomsnittlig «kolesterolnivå», har den et gjennomsnittlig angstnivå, et gjennomsnittlig depresjonsnivå og et gjennomsnittlig trivselsnivå. Skal vi tenke dimensjonalt og anvende Skogs tankegang, betyr det at det mest effektive vi kan gjøre for å få ned tallet på nye tilfeller av psykiske lidelser, vil være å redusere kommunens nivå av angst og depresjon og kanskje øke trivselsnivået en smule. Vi har ikke slike data for angst og depresjon eller for trivsel. Vel, da må vi bruke de nærmeste dataene vi har, her fra alkoholfeltet, og anta at mekanismene er de samme for angst og depresjon som for alkohol, inntil vi eventuelt får nye data som viser noe annet.

Prioriter de mest kostnadseffektive tiltakene!

Forskere og politikere liker godt å se på effekttørrelser. Hvor stor effekt har tiltaket? Liten? Middels? Stor? Det er vel og bra. Både forskere og politikere som bruker skattebetalernes penger, bør imidlertid også være opptatt av kostnadseffektivitet. Hva koster tiltaket (under brøkstreken) sammenlignet med hvor mye vi sparer på å iverksette tiltaket (over brøkstreken)? Hvis innsparingen er større enn kostnadene (brøken er større enn én), sier vi at tiltaket er kostnadseffektivt. For eksempel viser svært konservative beregninger fra London School of Economics og Public Health England at ved å iverksette sosiale og emosjonelle læringsprogrammer i skolen mot depresjon blant barn og unge, vil samfunnet spare inn mer enn fem ganger investeringskostnadene bare i løpet av to år. Rapportene fra London School of Economics og Public Health England inneholder kostnadseffektivitetsberegninger for en rekke psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak (Knapp,

McDaid og Parsonage, 2011; McDaid mfl., 2017). Hvorfor driver ikke norske helseøkonomer med slikt? I samme grad som vi trenger helseøkonomiske vurderinger for å kunne prioritere og forsvare bruk av dyre medisiner ved sykdom, trenger vi slike beregninger for å kunne prioritere og forsvare psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i befolkningen.

Slike beregninger hadde vi ikke før OTP for psykisk helse 1999–2008. Den gang brukte vi 30 milliarder 1998-kroner – et tall som vil være enda høyere omregnet til dagens kroneverdi – uten noen gang, verken før, under eller etter, å undersøke kostnadseffektiviteten av tiltakene. Om to tiltak hadde lik effekt, valgte vi like gjerne det dyreste som det billigste. Selv verdens rikeste land kan ikke holde på sånn. I den nye OTP for barn og unges psykiske helse må vi bry oss om hvorvidt det koster én krone å spare hundre kroner eller om det koster hundre kroner å spare én krone. Skal vi få til det, må helseøkonomene i Helsedirektoratet og de helseøkonomiske forskningsmiljøene engasjeres. I tillegg må Norges forskningsråd, Extrastiftelsen og andre som finansierer tiltaksforskning, kreve at prosjektene de bevilger midler til, også skal beregne kostnadseffektiviteten i tiltakene.

TJUENI GREP FOR ET PSYKISK SUNNERE NORGE

En ny OTP for barn og unges psykiske helse må bygge på folkehelseloven. Til grunn for den ligger prinsippet om «psykisk helse i alt vi gjør» («mental health in all policies»), slik EU anbefaler (Den europeiske union, 2016; Botezat mfl., 2016). Alle kommuner må følge folkehelseloven. Det har de ikke gjort hittil (Riksrevisjonen, 2014–2015). I folkehelseloven står det at kommunen – ikke kommunens helsemyndighet –

skal ha oversikt over helsesituasjonen. Det står eksplisitt at loven også gjelder for psykisk helse. Det er vanskelig å tolke dette på annen måte enn at kommunens ledelse, det vil si ordføreren – i større byer lederen av bydelsutvalget – skal vite hvor mange barn og unge i kommunen/bydelen som sliter med depresjon og angstlidelser, og kjenne til kommunens/bydelens nivå av angst og depresjon, positiv psykisk helse og trivsel. Det krever at kommunen følger med på den psykiske helsesituasjonen i kommunen. Kommunene får hjelp til arbeidet i form av kommunehelseprofiler fra Folkehelseinstituttet og en abonnementsordning hos Ungdata. Det å skaffe seg oversikten, utvikle planer, formulere mål, iverksette tiltak og evaluere effekter, slik loven krever, er imidlertid ordførerens ansvar (lov om folkehelse, 2012). Da kan det være godt å ha noen virkemidler. Nedenfor finner du en verktøykasse med tjue grep som kommunen, fylkeskommunen og staten kan ta for å få et psykisk sunnere samfunn av barn og unge.

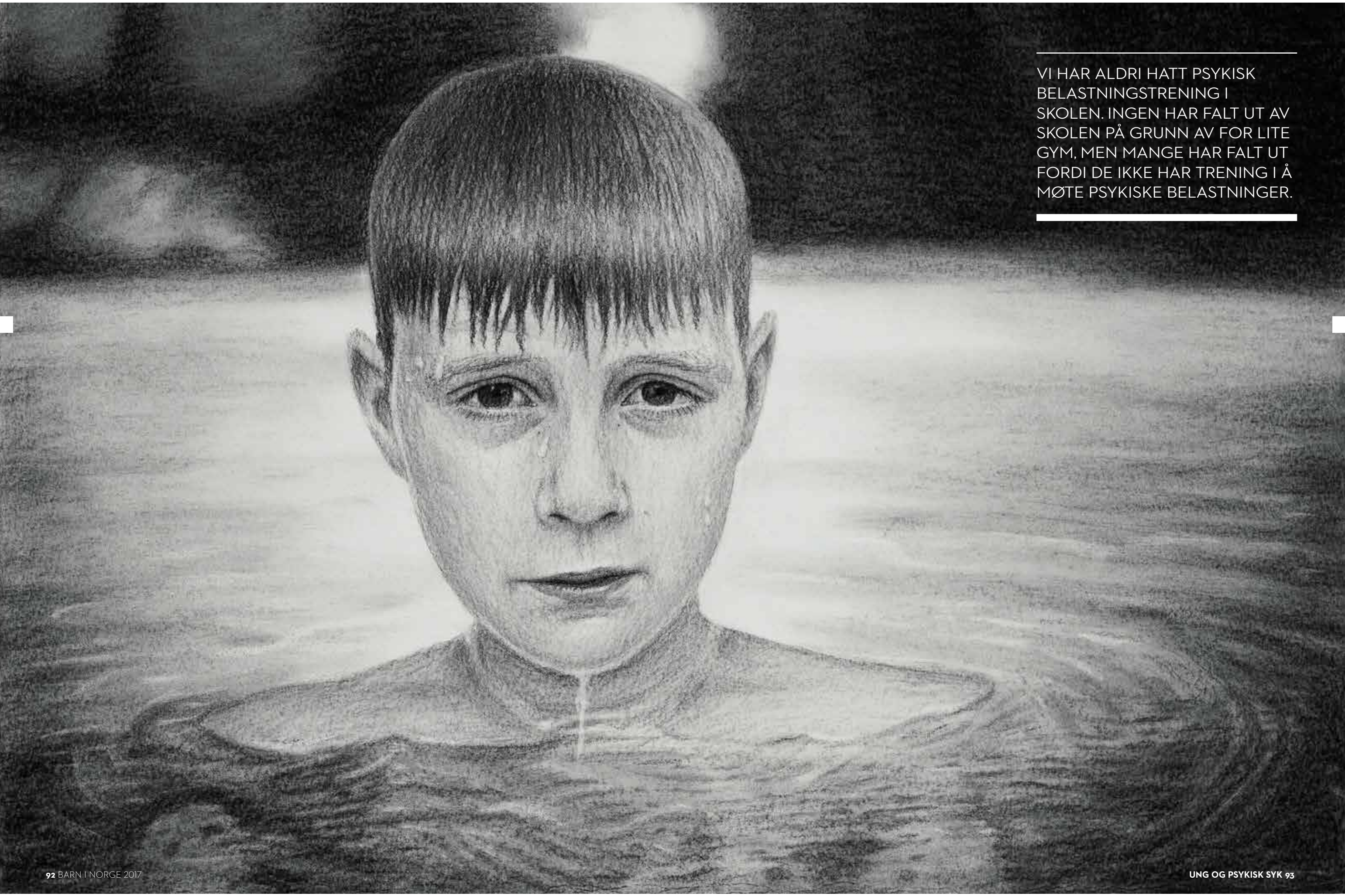
- › **Hold mor og far i arbeid, slik at familien og barna kan leve et normalt liv og delta i sosiale aktiviteter som alle andre!** Anstendig arbeid er en av våre viktigste kilder til god psykisk helse. Psykisk sunne foreldre gir psykisk sunne barn. Arbeidsplassen er en av våre viktigste kilder til god psykisk helse. På arbeidsplassen henter de fleste av oss en følelse av identitet og selvrespekt, mening i livet, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og fellesskap (Holte, 2016). I tillegg bidrar arbeidsplassen til bedre trivsel og velvære, færre symptomer på depresjon og angst, større tilgang til ressurser til å mestre utfordringer, bedre muligheter for personlig utvikling og styrket psykisk helse, styrket selvstendighetsfølelse og høyere sosial status (Joyce mfl., 2016; Waddell og Burton, 2016). Økonomer og politikere betrakter gjerne full sysselsetting i landet som god samfunnsøkonomi. En like viktig grunn

til at vi må sørge for at alle har anstendig arbeid, er at arbeid er sunt for sjela.

- › **Styr mot lav sosial ulikhet!** Samfunn med store inntektsforskjeller mellom rike og fattige har mer depresjon og angstlidelser, dårligere fysisk helse, høyere volds- og drapsrater og dessuten mer overvekt og dårligere matematikk- og leseferdigheter (Ribeiro, Bauer og Andrade, 2017; Wilkinson og Pickett, 2010; Johnson, Leedom og Muhtadie, 2012). Jo større inntektsforskjellen er, desto større betydning får sosial status (Layte og Whelan, 2014). Liten sosial ulikhet er best for barn!
- › **Fjern barnefattigdommen!** Fattigdom er en relasjon mellom mennesker. Fattigdom i et rikt land som Norge kan se ut som luksus for en fattig i India eller Pakistan. Likevel oppleves fattigdommen påfallende likt på tvers av landene. Felles er følelsen av å bli foraktet, av skam, ydmykelse og nedverdigelse, men også av sinne, frustrasjon og harme (Walker og Kyomuhendo, 2013). Fattigdom påvirker barns evner til å regulere følelser, tenke, styre sin egen adferd, møte sosiale utfordringer, bruke språk, skrive og regne (Blau, 1999; Dearing, 2008; Dearing, Zachrisson og Mykletun, 2011; Duncan mfl., 1994; 2011; McLoyd, 1998; NICHD, 2005; Taylor mfl., 2004; Schjølberg mfl., 2008; Kunnskapsdepartementet, 2007). Rundt 100 000 barn i Norge vokser opp i familier med inntekt under EUs fattigdomsgrense. Blant disse er den andelen som har en psykisk lidelse, fem ganger høyere enn i familier med gjennomsnittlig inntekt (Heiervang, mfl., 2007).
- › **Kjør stram alkoholpolitikk!** Alkoholmisbruk er en betydelig risikofaktor for barns psykiske helse (Balsa,

Homer og French, 2009). Pris og tilgjengelighet påvirker skadene på ungdom (Giesbrecht mfl., 2016). Flere undersøkelser påviser en sammenheng mellom alkoholmisbruk og alkoholisme hos foreldrene og psykososiale problemer hos barna – herunder adferdsforstyrrelser, depresjon, underprestering i skolen og lav selvtillit – så vel som emosjonelle, fysiske og seksuelle overgrep (Allen mfl., 2014; Ramchandani og Psychogiou, 2009; Dube mfl. 2001; Harter, 2000). Forskningen på barns psykiske helse som følge av foreldrenes alkoholbruk, er fortsatt mangelfull (Rossow et al., 2016). Særlig mangler vi forskning på sammenhengen mellom totalkonsumet av alkohol i befolkningen og psykiske helseplager hos barn og unge.

- › **Riksrevisjonen må tett følge opp kommunenes forvaltning av folkehelseloven med særlig henblikk på psykisk helse.** Den norske folkehelseloven er den beste i Europa. Den nevner eksplisitt at den også gjelder for psykisk helse. Har kommunens ledelse tilstrekkelig oversikt over den psykiske helsesituasjonen blant barn og unge i kommunen? Følger kommunen prosedyrene som folkehelseloven forutsetter? Har den utviklet planer, fastsatt mål, iverksatt tiltak, evaluert resultatene og skaffet seg ny oversikt, slik loven krever? Forrige undersøkelse fra Riksrevisjonen viste at mange kommuner ikke følger loven (Riksrevisjonen, 2015). Sammenslåingen av kommunene som nå pågår, er et utmerket tidspunkt for å innskjerpe at loven skal følges. Offentliggjør en liste over kommuner som ikke følger loven!
- › **Innfør rutinemessig kartlegging av alle gravide og to års oppfølging av nybakte mødre med særlig sikte på depresjon, giftig stress, alkohol og tobakk!** Depresjon,



VI HAR ALDRI HATT PSYKISK
BELASTNINGSTRENING I
SKOLEN. INGEN HAR FALT UT AV
SKOLEN PÅ GRUNN AV FOR LITE
GYM, MEN MANGE HAR FALT UT
FORDI DE IKKE HAR TRENING I Å
MØTE PSYKISKE BELASTNINGER.

giftig stress, overdreven alkoholbruk og tobakksrøyking under svangerskapet er risikofaktorer for fosterets utvikling (Shonkoff mfl., 2012). Hver sjetten til tiende nybakte mor blir rammet av depresjon innen ett til to år etter fødselen (Junge mfl., 2017). Flest depresjoner opptrer blant dem som har lavest depresjonsnivå i utgangspunktet (Brugha mfl. 2011). Derfor må alle følges opp. Kartlegging må etterfølges av tilbud om trinnsvis opptrapping etter behov – fra støttesamtaler, kurs i depresjonsmestring (KiD) og kortvarig kognitiv terapi i førstelinjen til henvisning til spesialisthelsetjenesten.

- › **Tilby kurs i spedbarns- og småbarnspsykologi og veiledning i holdninger og handlinger til alle som skal bli eller nylig er blitt foreldre!** Å bli foreldre er kanskje den hendelsen i livet der gapet er aller størst mellom forberedelse og trening på den ene siden og krav til kompetanse, holdninger og handlinger på den andre. Alle nybakte foreldre må få lære om hvordan følelsesliv, tenkning, språk, adferd og evner til sosial mestring utvikler seg de første leveårene. Alle foreldre må få tilbud om individuell veiledning i hvordan de best kan støtte barnets utvikling de første leveårene. Mange helsestasjoner har allerede et slikt tilbud, men da mest for foreldre som sliter. Det skal ikke behøve å være noe galt før man får slik veiledning. Dette er et tilbud alle bør få (Gardner, Montgomery og Knerr, 2015).

- › **La oss få tilbud om kurs i depresjonsmestring (KiD) i alle kommuner!** van Zoonen og medarbeidere i Nederland har oppsummert 32 randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT) på forebygging av depresjon. De fleste er KiD-kurs med ungdom og unge voksne. De fant at kursene i gjennomsnitt hindrer én av fem i å utvikle depresjon som

ellers ville ha gjort det, og i enkelte studier var det snakk om så mye som annenhver depresjon. Mange kommuner tilbyr KiD-kurs med materiell fra Rådet for psykisk helse. Tilbudet bør utvides til alle kommuner.

- › **Helprofesjonelt barnevern i alle kommuner!** Google «kritikk av det kommunale barnevernet»! Listen av artikler tar ingen slutt. Ikke all kritikk er etterrettelig eller velbegrunnet. Likevel: Det er helt ufattelig at vi ikke klarer å få til et helprofesjonelt barnevern. Kanskje bør vi legge ned det kommunale barnevernet i sin nåværende form og tenke helt nytt.
- › **Krev at alle kommuner har minst én psykolog med forebyggingskompetanse!** Stortinget har lovfestet at innen 2020 skal alle kommuner skal ha tilgang til psykologkompetanse. Men hva slags psykolog? Statens tilskudd til kommunene til tilsetting av kommunepsykolog forutsetter at psykologen skal arbeide samfunnsrettet, psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende. Da må kommunen sikre at psykologen de tilsetter, har slik kompetanse eller sørge for at psykologen får det. Spesialistene i samfunnspsykologi har denne kompetansen. Grunnutdanningen for psykologer gir i dag lite eller ingen slik kompetanse, men flere av utdanningene arbeider med å få det på plass.
- › **Krev minst ett års utdanning i forebyggende psykisk helse for alle folkehelsekoordinatorer!** Folkehelseloven krever at alle kommuner skal ha folkehelsekoordinator, og mange kommuner har fått dette på plass. Skal folkehelsekoordinatoren kunne fylle sin stilling, må vedkommende ha kompetanse innenfor både helsefremmende og forebyggende tiltak generelt og

innenfor psykisk helse spesielt. Mange folkehelsekoordinatorer mangler i dag begge deler.

- › **Fjern kontantstøtten, og gjør barnehagen like tilgjengelig for alle!** Kontantstøtten bidrar til at de barna som trenger barnehagene mest, bruker dem minst. Norske barnehager beskytter barn fra lavinntektsfamilier mot angst og depresjon når familiens økonomi svikter (Zachrisson og Dearing, 2015). Økt tilgjengelighet av barnehager reduserer sosiale forskjeller i barnehagebruk (Sibley mfl., 2015). Gratis kjernetid i barnehagene bidrar til at de med dårligst råd bruker barnehagene mer, og har god effekt på barnet psykiske utvikling (Drange og Telle, 2015).
- › **Lovfest små grupper, høy voksenandel, høy pedagogandel og veiledning til alle barnehageansatte!** Lovfest at det skal være minst 50 prosent pedagoger i alle barnehager. Folkehelseinstituttets store barnehagestudie (SOL) tyder på at lav pedagogandel går mest ut over de mest sårbare barna. Beregninger utført av vår nestor i barnehageforskning, Lars Petter Gulbrandsen (2017), viser at vi produserer mer enn nok pedagoger til å fylle et slikt lovkrav, og at vi får problemer når vi regulerer voksenandelen før vi regulerer pedagogandelen. SOL viser også at rundt førti prosent av forskjellene i barns psykiske helse i de ulike barnehagene kan tilskrives forholdet mellom voksen og barn. Særlig er dette viktig for de sårbare barna. Det ser ut til å være «finmekanikken» i samhandlingen som gjør utslaget. Psykologer, leger og sykepleiere har systematiske veiledningsordninger. Nå må vi få systematisk samhandlingsveiledning for alle barnehageansatte også, og et videreutdanningsløp som gir veiledningskompetanse.
- ›

- › **Likestill psykisk og fysisk helsetrening i barnehage, skole og lærerutdanning!** Vi har hatt trening av fysisk belastningsmestring, kalt kroppsoving eller gym, i skolen siden 1600–1700-tallet. I dag er kroppsoving et gjennomgående fag i grunnskolen og videregående skole. Læreplanene i kroppsoving har fått sammenheng og progresjon gjennom hele det 13-årige skoleløpet. Vi har aldri hatt psykisk belastningstrening i skolen. Ingen har falt ut av skolen på grunn av for lite gym, men mange har falt ut fordi de ikke har trening i å møte psykiske belastninger. Livsmestring og folkehelse skal nå være et tema i skolen (Meld. St. 28, 2015–2016). Da er det kanskje på tide å likestille trening i psykisk og fysisk belastningsmestring i barnehage og skole slik de nå gjør i de videregående skolene i Østfold (NRK TV, 2018). Da må også lærerne få trening i dette; få psykisk helsetrening inn i lærerutdanningen!

- › **Tilby kurs i psykisk helsefremmende ledelse til alle organisasjoner som retter seg mot barn og unge!** Barns psykiske helse utvikler seg på de arenaene de ferdes. Hvis disse er psykisk helsefremmende, styrker de barnas psykiske helse. Hvis de ikke er det, gjør de det ikke. Ledelsens kunnskap, holdninger og ferdigheter er avgjørende for om en barnehage, skole, SFO eller frivillig virksomhet blir psykisk helsefremmende eller psykisk helsehemmende (Aldridge og McChesney, 2018). Alle ledere av offentlige organisasjoner bør ha kompetanse i psykisk helsefremmende ledelse slik at organisasjonen er innrettet på å gi barn og unge en følelse av identitet og selvrespekt, mening, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og fellesskap (se www.arneholte.no: «De syv psykiske helserettighetene»).

› **Alle skoler som sliter med mobbing, må ha midler til å opprettholde kunnskapsbaserte antimobbeprogrammer.** Mobbing er en stor risikofaktor for utvikling av psykiske plager blant barn og unge, og for mange får mobbingen langvarig virkning inn i voksenlivet (Katsaras mfl., 2018; Lereya mfl., 2015). Programmer som Olweus, Zero og det finske programmet, er de mest effektive og veldokumenterte metodene vi har til å bekjempe mobbing i skolen (Ttofi og Farrington, 2011). Kritikken mot disse programmene fra Kunnskapsdepartementet og fra kommunale mobbeombud har vært usaklig og kunnskapsløs. Programmene koster imidlertid penger, og derfor tar skolen dem bort når mobbingen har gått ned. Da øker mobbingen igjen.

› **Styrk gjeldsrådgivningen i NAV, og stimuler bankene til å iverksette evidensbasert gjeldsrådgivning.** Uhåndterbar gjeld er en betydelig risikofaktor for psykiske helseproblemer, særlig angst og depresjon (Fitch mfl., 2011). Gjeldsbyrden ser ut til å være mer konsistent knyttet til psykisk helse enn noen annen enkelt, tradisjonell indikator på sosioøkonomisk status. Effekten av gjeldsbyrde på psykisk helse ser ikke ut til å variere etter inntekt eller andre indikatorer på sosioøkonomisk status (Drentea og Reynolds, 2011). Det er gjelden som sådan som er problemet. Uhåndterlig gjeld får dobbelt effekt på barna: fattigdom og psykisk syke foreldre. Uten profesjonell hjelp vil minst halvparten fortsatt sitte med uhåndterbar gjeld ett år senere (Europakommisjonen, 2009). Gjeldsrådgivning til familier med uhåndterbar gjeld kan være like effektivt som psykisk helsehjelp mot depresjon og angstlidelser (Smith og Patel, 2008; Pleasence mfl., 2007).

› **Se hele barnet!** Karen sliter med å resonnere, så hun er i

PPT. Kristian blir mobba; antimobbeprogrammene ligger under Kunnskapsdepartementet (KD). Kåre er i barnevernet; det ligger under Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir). Karsten har adferdsproblemer; Atferdssenteret – nå Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) – ligger under Barne- og likestillingsdepartementet (BLD). Kjersti går i barnehagen; den ligger under Utdanningsdirektoratet (Udir). Kristine er redd og bor i en kommune der det ikke er noen kommunal psykisk helsetjeneste. Da må hun til Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Der må hun vente i to måneder før hun kan komme inn. Er hun ikke syk nok, blir hun sendt tilbake til kommunen og må vente der til hun blir syk nok. Slik kunne jeg fortsatt. Rett nok kan man slite på skolen uten å være redd, og man kan være redd uten å slite på skolen. Men ofte er det de samme ungene det dreier seg om, som kastes fra system til system, lovverk til lovverk, kultur til kultur. Ungene skjønner det ikke, foreldrene skjønner det ikke, du skjønner det ikke, jeg skjønner det ikke. Kanskje skjønner ikke engang ministrene det. Vi kan ikke ha det sånn: Tanker og språk i KD, følelser og kropp i HOD, adferd og familie i BLD. Vi må begynne å se hele barnet – tanker, følelser, språk og adferd – under ett. Her er tre tiltak som vil hjelpe:

› **Flytt helseundersøkelsene av førskolebarn til barnehagen!** I dag undersøker dyktige helsesøstre på helsestasjonen småbarna ute av kontekst, på fremmed territorium og midt i tilknytningsalderen. De får informasjon av mor/far som gjelder hjemme, men ikke ute. På den annen side: Barnehagepersonalet, som knapt har helseutdanning, ser barna hver dag, møter foresatte to ganger om dagen og har samtaler med dem to ganger i

året basert på systematisk observasjon. De har imidlertid svak helseutdanning og henviser sjelden noen til hjelpeapparatet («I barnehagen er alt normalt. De vokser det av seg!»). Flytter vi helseundersøkelsene av småbarn til barnehagen, kan helsesøster se barna i kontekst på kjent territorium og lære av barnehagelærerne. Og omvendt kan barnehagelærerne lære av helsesøstrene hva de skal se etter, og hva som ikke er normalt. Da må imidlertid barnehagene tilrettelegges for dette.

› **Slå sammen skolehelsetjenesten og PPT!** Det er ingen faglig eller annen fornuftig grunn til at følelsene og kroppen til ungene skal håndteres på den ene siden av skolegården (skolehelsetjenesten), mens språket og tekningen deres skal håndteres på den andre (PPT). Den ene hjernehalvdelen – språk og tenkning – blir knyttet til KD, den andre hjernehalvdelen – følelsene – til HOD, litt forenklet sagt. Slår vi sammen skolehelsetjenesten og PPT, kan vi endelig få se kropp, emosjoner, kognisjon og adferd som et hele. Det er kun lange byråkratiske tradisjoner som gjør at dette er to tjenester. La oss få en helhetlig skoletjeneste der vi ser hele barnet.

› **Lovfest Familiens hus med integrerte tjenester – helse, barnevern, PPT, familieveiledning m.m.!** I Familiens hus er flere etater og tjenester for barn, unge og familier samlet under samme tak. Det hele er ordnet i én felles organisasjon på tvers av etater, lovverk, kompetanse og kulturer, for eksempel svangerskapsomsorg, helsestasjon, åpen barnehage, forebyggende barnevernstjeneste, kommunepsykolog og pedagogisk-psykologisk tjeneste, familieveiledning, frivillige organisasjoner, habiliteringstjeneste og NAV. I 2012 hadde 132 kommuner etablert Familiens hus eller lignende organisasjonsmodeller.

Disse hadde svært ulikt innhold. Det gjaldt både hvilke tjenester som var samlokalisert, hvordan de var organisert, hvilke arbeidsformer som var i bruk, og hvilke tiltak som ble tilbudt familiene (Gamst og Martinussen, 2012). De beste har, som i Ringsaker, et felles styre og benytter samtykkeerklæring slik at relevant informasjon kan formidles mellom tjenestene uten hindringer. Med integrerte tjenester kan man se hele barnet på tvers av sektorene.

› **Styrk skilsmisseveiledningen, og følg opp barn i krevende skilsmissepituasjoner!** Konfliktfylte skilsmisser og foreldre som ikke klarer å samarbeide, er en sterk risikofaktor for barns psykiske helse og slår ofte ut i psykiske lidelser i ung voksen alder (Strohschein, 2005). Meglingsinstituttet fungerer ikke i disse situasjonene. Her må det etableres nye tiltak. Barn i slike situasjoner bør følges opp regelmessig inntil foreldrene har fått til en akseptabel samarbeidsordning til beste for barnet. Barns psykiske helseutvikling er for alvorlig til at den kan overlates alene til foreldre i konflikt (Nilsen mfl., 2012; Borren og Helland, 2013).

› **Styrk pappapermisjonen – legg grunnlaget for tilknytning som varer livet ut!** Etter at fedrekvoten ble innført, bruker nybakte fedre mer tid sammen med sine barn og mindre tid på lønnsarbeid. Fedrekvoten ser ut til å ha hatt langtidseffekt på fars involvering med barna (Rege og Solli, 2010). Fedres involvering i spedbarnet har betydning for barnets sosiale og følelsesmessige utvikling flere år senere (Boyce mfl., 2006; McMunn mfl., 2017). Pappapermisjon styrker også barnets kognitive utvikling. Eksamenskarakteren ved avslutningen av grunnskolen – det vil si i 16-årsalderen – er høyere for barn i familier der

far har lengre utdanning enn mor, når far tar fødselspermisjon (Grossmann mfl., 2002; Amanda Sacker1University College London, London, UK See all articles by this authorSearch Google Scholar for this authorCools, Fiva og Kirkebøen, 2011). Kort sagt: Pappapermisjon er bra for barna og styrker landets mentale kapital.

› **Gi tilbud i alle større kommuner om foreldretrening (PMTO, De utrolige årene e.l.) for å forebygge adferdsforstyrrelser!** «De utrolige årene» (DUÅ) og «Parent Mangement Training Oregon-Model» (PMTO) er veldokumenterte foreldreveiledningsprogrammer for barn i førskole- og tidlig skolealder med adferdsvansker. Programmene har vist seg i stor grad å redusere utagerende adferd og styrke sosial kompetanse hos barna (Drugli mfl., 2010; Michelson mfl., 2013). Begge programmene brukes i utstrakt grad i Norge (Reetz, 2012; Ogden mfl. 2005). Tilgangen er imidlertid avhengig av hvilken kommune familien bor i. Tilbudet bør gjøres lett tilgjengelig i alle større kommuner.

› **Etabler psykologtjeneste, psykisk helsefremmende og depresjonsforebyggende HMS-programmer ved alle større arbeidsplasser.** Psykisk friske foreldre som trives, er best for barn. I dag tilbringer både mor og far store deler av dagen på arbeidsplassen. Fire faktorer på arbeidsplassen øker risikoen for depresjon, angst og stressrelaterte psykiske helseproblemer: for høye jobbkrav, liten kontroll over eget arbeid, tvetydige roller og rollekonflikt, mobbing og lav sosial støtte (Harvey mfl., 2017). Vi vet nå mye om hvilke tiltak som fremmer psykisk helse og motvirker psykiske problemer på arbeidsplassen (Joyce mfl., 2016). See comment in

PubMed Commons belowBedriftshelsetjenesten er arbeidsgivers ansvarsområde etter arbeidsmiljøloven. Den bistår virksomheten med å skape sunne og trygge arbeidsforhold ved hjelp av forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS). Regjeringen vurderer nå ordningen. Både det fysiske og det psykososiale må ivaretas på jobb. Derfor bør alle bedriftshelsetjenester ha psykisk helserettede HMS-programmer og psykologkompetanse. Bra for mor og far. Bra for barna.

› **Etabler selvmordsforebyggingspakker i alle kommuner!** Selvmord blant barn og unge er sjeldent. At barn mister foreldre i selvmord, skjer oftere og er en risikofaktor for barns psykiske helse (Pitman, 2014). Alle kommuner må ha en plan for å forebygge selvmord. Vi har hatt en nasjonal satsing på forebygging av selvmord i 25 år. Planen har vært praktisk talt uten effekt. Selvmordsforekomsten er knapt redusert siden nedgangen stanset opp rundt 1993–1994. Planen må revideres. De viktigste tiltakene er: å begrense tilgangen til midler man kan ta livet av seg med, som våpen, giftige medisiner, giftige plantevernmidler, støvsugerslanger som passer til eksosrør på bil; å sikre høye punkter som broer man kan hoppe fra; å innføre bevisstgjøringsprogrammer i skolen, grundig psykososial vurdering i somatiske akuttmottak og opplæring av fastleger, psykologer og andre i førstelinjetjenesten; å sørge for god tilgang til tidlige tiltak mot depresjon og opplæring av allmennheten; og å sikre at media følger gjeldende retningslinjer for omtale av selvmord (Zalsman mfl. 2016).

› **Still krav til kosthold og fysisk aktivitet i barnehagene, på SFO og i skolen!** Fysisk aktivitet er en god måte både å forebygge og redusere depressive plager på, både blant

folk flest og blant mennesker som sliter med depresjon. Kunnskapsgrunnlaget er solid (Rebar mfl., 2015; Biddle og Asare, 2011), også når det gjelder barn og unge (Brown mfl., 2013). Den antidepressive effekten i enkelte studier er på linje med effekten av psykoterapi ved milde til moderate depresjoner (Josefsson, Lindwall og Archer, 2014). Fysisk aktivitet kan også motvirke angst, men her er effektstørrelsen mer beskjeden (Rebar mfl., 2015). En rekke studier de senere år tyder også på at høyt inntakt av frukt, grønnsaker, fisk og fullkorn bidrar til å redusere risiko for depresjon. Her mangler vi imidlertid fortsatt store internasjonale, randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT) og gode studier på barn og unge (Lai mfl., 2014).

› **Styrk barneombudet, barnas egen vaktbikkje!** Barneombudet er barnas vaktbikkje i samfunnet. Ombudet skal passe på at barn og unges rettigheter blir overholdt. Ombudet skal også se til at barn og unge blir betraktet som likeverdige med voksne, og at de blir hørt i saker som angår dem. Ombudet ble opprettet i 1981. Barneombudet har vært en viktig institusjon i Norge. Ombudsfunksjonen har bidratt til at Norge er blant de land i verden som setter barns rettigheter og egenverd høyest. Men – har ombudet den kapasitet som er nødvendig? Er beslutningene godt faglig fundert? Er ombudet lydhørt over for barn? Er barnestemmene ombudet lytter til, representative? Får ombudet gjennomslag for de sakene som tas opp? På nesten førti år har ombudet vært evaluert kun én gang (Barne- og familiedepartementet, 1995). Forskning på ombudets virksomhet finnes nesten ikke (Musinguzi og Ellingsen, 2017). Kanskje er det på tide med en grundig evaluering?

› **Gi oss en folkehelseminister som har fokus på barn og**

unges psykiske helse! Alle helseministre blir til slutt sykehusministre, bare de sitter lenge nok. Jeg ser for meg en dag når landet bruker like mye penger på redusere antall nye tilfeller av psykisk sykdom, som vi i dag bruker på innsatsen etter at sykdom har oppstått. Tenk: like mye på forebygging og styrking av psykisk helse som på behandling! Forebygging og behandling har forskjellige arenaer, målgrupper, prioriteringer og metoder. Vi har kommet et lite stykke på vei. Vi har fått en egen folkehelseminister. Men kan hun noe om folkehelse? Kan hun noe om psykisk helse? Kan hun noe om psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak? Pussig er det i hvert fall – og stikk i strid med nobelprisvinner James Heckmans råd – å koble forebygging til de eldres helse (Heckman, 2006). Det er å begynne i feil ende. Sats på barna. De yngste først!

BLIR IKKE DETTE VELDIG DYRT?

London School of Economics og Public Health England har regnet på kostnadseffektiviteten av nesten tretti psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak. Mange av dem er rettet mot barn og unge. David McDaid og medarbeidere (2017) konkluderer med at der det er mulig å beregne virkningen på psykisk helse og livskvalitet, ser alle tiltakene ut til å være kostnadseffektive. Tiltakene har en kostnad per vunnet kvalitetsjustert leveår (QUALY) på mindre enn 20 000 pund (i skrivende stund cirka 220 000 kroner), som er anbefalt terskel (NICE) i Storbritannia. I Norge ligger terskelen betydelig høyere. Knappt noe offentlig tiltak er så samfunns-messig lønnsomt som det å investere i å styrke barn og unges psykiske helse og forebygge psykiske lidelser i befolkningen. Gjør det nå!

REFERANSER

■ Aldridge, J.M. og McChesney, K. (2018) The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review, *International Journal of Educational Research*, 88, s. 121–145.

■ Allen, J., Balfour, R., Bell, R. og Marmot, M. (2014) Social determinants of mental health, *International Review of Psychiatry*, 26(4), s. 392–407.

■ Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. og Lapsley, H. (2004) Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 184, s. 526–533.

■ Balsa, A.I., Homer, J.F. og French, M.T. (2009) The Health Effects of Parental Problem Drinking on Adult Children, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 12, s. 55–66.

■ Bakken, A. (2016) *Ungdata 2016. Nasjonale resultater*. NOVA-rapport 8/2016.

■ Barne- og familiedepartementet (Edvard Befring). (1995) Barneombud og barndom i Norge: Evaluering av barneombudsordningen og utredning om organiseringsformer for barn og ungdom – utredning fra utvalg oppnevnt av Barne- og familiedepartementet 27. september 1994.

■ Biddle, S.J.H. og Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews, *British Journal of Sports Medicine*, 45, s. 886–895.

■ Blau, D. (1999) The effect of income on child development, *Review of Economics and Statistics*, 81, s. 261–276.

■ Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Porta, G., Lynch, F.L., Iyengar, S. og Garber, J. (2015) Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents – A Randomized Clinical Trial, *JAMA Psychiatry*, 72, s. 1110–8.

■ Botezat, I., Campion, J., Garcia-Cubillana, P., Guðmundsdóttir, D.G., Halliday, W., Henderson, N., Holte, A., Santos, M.J.H., Japing, K., Katschnig, H., Kearney, N., Montero, A., Parkkonen, J., Pedersen, M., Sajevićienė, J. og Wahlbeck, K. (2016) Joint Action on Mental Health and Wellbeing Situation Analysis and Policy Recommendations in

Mental Health in All Policies. Den europeiske union.

■ Borren, I. og Helland, S.H. (2013) *Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt – en kunnskapsoversikt*. (Rapport 2013:6.) Oslo: Folkehelseinstituttet.

■ Boyce, W.T., Essex, M.J., Alkon, A., Goldsmith, H.H., Kraemer, H.C. og Kupger, D.J. (2006) Early father involvement moderates biobehavioral susceptibility to mental health problems in middle childhood, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, s. 1510–1520.

■ Brown, H.E., Pearson, N., Braithwaite, R.E., Brown, W.J. og Biddle, S.J. (2013) Physical activity interventions and depression in children and adolescents : a systematic review and meta-analysis, *Sports Medicine*, 43(3), s. 195–206.

■ Brugha, T.S., Morrell, C.J., Slade, P. og Walters, S.J. (2011) Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care, *Psychological Medicine*, 41, s. 739–748.

■ Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H.L., Israel, S., Meier, M., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R. og Moffitt, T.E. (2014) The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?, *Clinical Psychological Science*, 2(2), s. 119–137.

■ Chanen, A.M. og McCutcheon, L. (2013) Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence, *The British Journal of Psychiatry*, 202(54), s. 24–29.

■ Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., Geddes, J.R., Higgins, J.P., Churchill, R., ... og Tansella, M. (2009) Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis, *The Lancet*, 373, s. 746–758.

■ Cools, S., Fiva, J.H. og Kirkebøen, L.J. (2015) Causal Effects of Paternity Leave on Children and Parents, *Scandinavian Journal of Economics*, 117, s. 801–828.

■ Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N. og Lewinsohn, P.M. (2009) Psychoeducational treatment and prevention of depression: the «Coping with Depression» course thirty years later, *Clinical Psychological Review*, 29(5), s. 449–58.

■ Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S.H. og Andersson, G. (2010) The effects of psychotherapy for adult depression

are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size, *Psychological Medicine*, 40(2), s. 211–223.

■ Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. og Beekman, A. (2008) Preventing the Onset of Depressive Disorders: A meta-analytic review of psychological interventions, *American Journal of Psychiatry*, 165, s. 1272–1280.

■ Dearing, E. (2008). The Psychological Costs of Growing Up Poor, *Annals of the New York Academy of Science*, 1–9.

■ Dearing, E., Zachrisson, H.D. og Mykletun, A. (2011) Fattigdomens konsekvenser for utvikling og psykisk helse, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(8), s. 785–787.

■ Departementene (2017) *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse – 2017–2022*.

■ Drange, N. og Telle, K. (2015) Promoting integration of immigrants: Effects of free child care on child enrollment and parental employment, *Labour Economics*, 34, s. 26–38.

■ Drentea P. og Reynolds, J.R. (2011) Neither a Borrower Nor a Lender Be: The Relative Importance of Debt and SES for Mental Health Among Older Adults, *Journal of Ageing and Health*, 24(4), s. 673–695.

■ Drugli, M.B., Larsson, B. Fossum, S. og Mørch, W.-T. (2010) Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training, *Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), s. 559–566.

■ Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J. og Giles, W.H. (2001) Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse & Neglect*, 25, s. 1627–1640.

■ Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. og Klebanov, P. K. (1994) Economic deprivation and early childhood development, *Child Development*, 65, s. 296–318.

■ Duncan, G. J., Morris, P. A. og Rodrigues, C. (2011) Does money really matter? Estimating impacts of family income on young children's achievement with data from random-assignment experiments, *Developmental Psychology*, 47(5), s. 1263–1279.

■ Den europeiske union (2016) *Joint Action on Mental Health and Wellbeing Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools*.

■ Den europeiske union (2016) *Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Mental Health in Whole-of-Government-Policies*. Tilgjengelig fra: <https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/PolicyBrief%20WholeGovernment.pdf>. Kontaktperson: arne.holte@fhi.no.

■ Fergusson, D.M., Boden, J.M. og Horwood, L.J. (2007) Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes, *British Journal of Psychiatry*, 191, s. 335–342.

■ Fitch, C., Hamilton, S. Bassett, P. og Davey, R. (2011) The relationship between personal debt and mental health: a systematic review, *The Mental Health Review*, 16(4), s. 153–166.

■ Folkehelseinstituttet (2017) Om folkehelserapporten. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelserapporten/>

■ Folkehelseloven (2012) *Lov om folkehelsearbeid*.

■ Gardner, F., Montgomery, P. og Knerr, W. (2015) Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), s. 749–762.

■ Giesbrecht, N., Wettlaufer, A., Cukier, S., Geddie, G., Gonçalves, A.-H. og Reisdorfer, E. (2016) Do alcohol pricing and availability policies have differential effects on sub-populations? A commentary, *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 5(3), s. 89–99.

■ Grossmann, K., Grossmann, K. E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H. og Zimmermann, P. (2002) The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study, *Social Development*, 11, s. 307–331.

■ Gulbrandsen, L.P. (2017) Ja takk, begge deler. Kronikk. *Dagsavisen.no*, 09.01.2017. Tilgjengelig fra: www.dagsavisen.no/nyemeninger/ja-takk-begge-deler-1909716

■ Harter, S.L. (2000) Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature, *Clinical Psychological Review*, 20, s. 311–37.

■ Harvey, S.B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J.S., Tan, L., Mykletun, M., Bryant, R.A., Christensen, H. og Mitchell, P.B. (2017) Can

work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems, *Occupational and Environmental Medicine*, 74, s. 301-310.

■ Heckman, J.J. (2006) Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children, *Science*, 312, s. 1900-1902.

■ Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B. mfl. (2007) Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, s. 438-447.

■ Helsedirektoratet (2018) *Folkehelsepolitisk rapport 2017*.

■ Holte, A. (2016) *De syv psykiske helserettighetene*. Tilgjengelig fra: <https://arneholte.no/> og <https://www.psykologforeningen.no/publikum/finn-en-psykolog/de-syv-psykiske-helserettighetene>.

■ Holte, A. (2017a) Slik fremmer vi psykisk helse, forebygger psykiske lidelser og får en mer fornuftig samfunnsøkonomi, *Utposten.no*, nr. 2 – 13. mars 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.utposten.no/i/2017/2/utposten-2-2017b-457>.

■ Holte, A. (2017b) Endelig har Norge fått en strategi for god psykisk helse. Eller har vi det?, *Psykologisk.no*, 10. oktober, 2017. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2017/10/en-helhetlig-psykisk-helsestrategi-for-norge/>. Kortversjon: Verdensdagen for psykisk helse – Helhetlig strategi for psykisk helse. Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/en-helhetlig-psykisk-helsestrategi/68771169>.

■ Holte, A. (2018) Etterlyst: Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse, *Aftenposten*, 5. januar.

■ Jenkins, R., Meltzer, H., Jones, P.B., Brugha, T., Bebbington, P., Farrell, M., Crepaz-Keay, D. og Knapp, M. (2008) *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Mental health: Future challenges*. London: The Government Office for Science.

■ Joa, I., Gisselgård, J., Brønnick, K., McGlashan, T. og Johannessen, J.O. (2015) Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study, *BMC Psychiatry*, 15:89. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0470-5>

■ Johnson, S.L., Leedom, L.J. og Muhtadie, L. (2012) The dominance behavioral system and psychopathology: evidence from self-report, observational, and biological studies, *Psychological Bulletin*, 138, s. 692-743.

■ Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S. og Mojtabai, R. (2017) Has

increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries, *World Psychiatry*, 16, s. 90-99.

■ Josefsson, T., Lindwall, M. og Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review, *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24, s. 259-272.

■ Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P.B. og Harvey, S.B. (2016) Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review, *Psychological Medicine*, 46(4), s. 683-697.

■ Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., ... og Rice, J.A. (1998) A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders, *Archives of General Psychiatry*, 55, s. 694-700.

■ Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K. mfl. (2017) Maternal and Child Health Journal, 21, s. 607. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2146-2>

■ Katsaras, G.N., Vouloumanou, E.K. og Kourlaba, G. mfl. (2018) Bullying and Suicidality in Children and Adolescents Without Predisposing Factors: A Systematic Review and Meta-analysis, *Adolescent Research Review*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0081-8>

■ Knapp, M., McDaid, D. og Parsonage, M. (2011) Mental Health Promotion and *Mental Illness Prevention: the Economic Case*. London: Department of Health.

■ Kohronen, M. og Kohronen, L. (2018). Increased psychiatric diagnoses and service use in childhood, *The Lancet*, 1. februar. pii: S2215-0366(18)30039-7.

■ Kotov, R., Krueger, R.F. og Watson, D. (2018) A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP), *World Psychiatry*, 17, s. 24-25. DOI: [doi:10.1002/wps.20478](https://doi.org/10.1002/wps.20478)

■ Krueger, R.F. (1999) The structure of common mental disorders, *Archives of General Psychiatry*, 56(10), s. 921-926.

■ Lai, J.S., Hiles, S., Bisquera, A., Hure, A.J., McEvoy, M. og Attia, J. (2014) A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults, Jun S Lai *From the Priority Research Centre for Gender, Health and Ageing (JSL and AJH), the Priority Research Centre for Translational Neuroscience and*

Mental Health (SH), and the Centre for Clinical Epidemiology and Biostatistics (MM and JA), University of Newcastle, New South Wales, Australia; the Hunter Medical Research Institute, Newcastle, New South Wales, Australia (AB, AJH, and JA); and the John Hunter Hospital, Newcastle, New South Wales, Australia (JA).

Address correspondence to JS Lai, Research Centre for Gender, Health and Ageing, University of Newcastle, University Drive, Callaghan 2308, New South Wales, Australia. E-mail: jun.lai@uon.edu.au. Search for other works by this author on: Oxford Academic Google Scholar
The American Journal of Clinical Nutrition, 99(1), s. 181-197.

■ Layte, R. og Whelan, C.T. (2014) Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health, *European Sociological Review*, 30, s. 525-535.

■ Lereya, S.T., Copeland, W.E., Costello, E.J. og Wolke, D. (2015) Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries, *The Lancet Psychiatry*, 2, s. 524-531.

■ Mackenbach, J.P., Lingsma, H.F., van Ravesteijn, N.T. og Kamphuis, C.B.M. (2012) The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970-2010, *The European Journal of Public Health*, 23, s. 909-915.

■ Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P. og Härkänen, T. (2016)xTimo MaljanenThe cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up, *Journal of Affective Disorders*, 190, s. 254-263.

■ Marks, D.F., Murray, M.P., Evans, B. og Estacio, E.V. (2000) *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.

■ McDaid, D. Park, A.-L., Knapp, M., Wilson, E., Rosen, B. og Beecham, J. (2017) Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health, London: Public Health England.

■ McLoyd, V.C. (1998) Socioeconomic disadvantage and child development, *American Psychologist*, 53, s. 185-204.

■ McMunn, A., Martin, P., Kelly, Y. og Seeker, A. (2017) Amanda Sacker University College London, London, UK
See all articles by this author
Search Google Scholar for this author

Fathers' Involvement: Correlates and consequences for child socio-emotional behavior in the United Kingdom, *Journal of Family Issues*, 38(8), s. 1109-1131.

Meld. St. 28 (2015-2016) *Fag – Fordypning – Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

■ Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J. mfl. (2013) Do Evidence-Based Interventions Work When Tested in the "Real World?" A Systematic Review and Meta-analysis of Parent Management Training for the Treatment of Child Disruptive Behavior, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), s. 18-34.

■ Mrazek, P.J. og Haggerty, R.J. (red.) (1994) *Reducing the Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC: National Academy Press.

■ Musinguzi, P. og Ellingsen, I.T. (2017) The Norwegian Ombudsman for Children on child participation: Perceptions, impacts and dilemmas, *Journal of Comparative Social Work*, 12(2).

■ NICHD Early Child Care Network (2005) Duration and developmental timing of poverty and children's cognitive and social development from birth through third grade, *Child development*, 76, s. 795-810.

■ Nilsen W., Skipstein A., Gustavson K. Prosjektledere: Major, E. og Aarø, L.E. (2012) *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og meklingskonsekvenser for barn og unge*. (Rapport 2012:2.) Oslo: Folkehelseinstituttet. ISBN: 978-82-8082-499-8, ISBN (elektronisk): 978-82-8082-500-1, ISSN (elektronisk): 978-82-8082-500-1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no.

■ Norges Forskningsråd (2009) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse 2001-2009 – sluttrapport – syntese og analyse av evalueringsdelprosjekter*.

■ Norström, T. og Skog, O.-J. (2001) Alcohol and mortality: methodological and analytical issues in aggregate analyses, *Addiction*, 96, s. 5-17.

■ NRK TV (2018) *Norge nå*. Tilgjengelig fra: https://tv.nrk.no/serie/norge-naa_TOLK_/ENRK10022818TOLK/28-02-2018.

■ Ogden, T., Forgatch, M.S., Askeland, E., Patterson, G.R. og Bullock, B.M. (2005) Implementation of Parent Managment Training at the national level: The case of Norway, *Journal of Social Work Practice*, 19(3), s. 317-329.

■ Patel, V., Minas, H., Cohen, A. og Prince, M.J. (2013) *Global Mental Health: Principles and Practice*. Oxford University Press.

■ Piquero, A.R., Jennings, W.G., Diamond, B., Farrington, D.P.,

Tremblay, R.E., Welsh, B.C. og Gonzalez, J.M.R. (2016) A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency, *Journal of Experimental Criminology*, DOI: 10.1007/s11292-016-9256-0.

■ Pitman, A., Osborn, D., King, M. og Erlangsen, A. (2014) Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk, *The Lancet Psychiatry*, 1(1), s. 86-94.

■ Pleasence, P., Buck, A., Balmer, N.J. og Williams, K. (2007) A Helping Hand: The Impact of Debt Advice on People's Lives, LSRC *Research Paper*, 15, s. -29). London: Legal Services Commission.

■ Ramchandani, P., Psychogiou, L. (2009) Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development, *The Lancet*, 374, s. 646-653.

■ Rebar, A.L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M.J. og Vandelandotte, C. (2015) A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations, *Health Psychology Review*, 9(3), s. 366-378.

■ Reetz, C. (2012) Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, s. 1174-1179.

■ Rege, M. og Solli, I.F. (2010) The impact of paternity leave on long-term father involvement, CESifo Working Papers nr. 3130.

■ Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., Øverland, S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. (Rapport januar 2018.) Oslo: Folkehelseinstituttet. ISBN (elektronisk): 978-82-8082-878-1. Tilgjengelig fra: www.fhi.no.

■ Ribeiro, W.S., Bauer, A., Andrade, M.C.R., mfl. (2017) Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet Psychiatry*. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30159-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30159-1)

■ Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid 2014-2015. Dokument 3:11. Oslo: Riksrevisjonen.

■ Rose, G. (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.

■ Rossow, I., Felix, L., Keating, P. og McCambridge, J. (2016) Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies, *Drug and Alcohol Review*, 35(4), s. 397-405.

■ Sancassiani, F., Pintus, E., Holte, A., Paulus, P., Moro, M.F., Cossu, G., Angermeyer, M.C., Carta, M.G. og Lindert, J. (2015) Enhancing the

Emotional and Social Skills of the Youth to Promote their Wellbeing and Positive Development: A Systematic Review of Universal School-based Randomized Controlled Trials, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 11, Supplement 1, M2, s. 21-40.

■ Schjølberg, S., Lekhal, R., Wang, M.V., Zambrana, I.M., Mathiesen, K.S., Magnus, P. mfl. (2008) *Forsinket språkutvikling*. (Rapport 2008:10.) Oslo: Folkehelseinstituttet.

■ Shonkoff, J.P., Garner, A.S., The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel, B.S., Dobbins, M.I., Earls, M.F., Garner, A.S., McGuinn, L., Pascoe, J. og Wood, D.L. (2012) The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress, *Pediatrics*, 129, e232-e246.

■ Sibley, S., Dearing, E., Toppelberg, C.O., Show All (5) Mykletun, A., Zachrisson, H.D. (2015) Do increased availability and reduced cost of early childhood care and education narrow social inequality gaps in utilization? Evidence from Norway, *International Journal of Child Care and Education Policy*, 9(1). DOI: <https://doi.org/10.1007/s40723-014-0004-5>

■ Skog, O.-J. (2006) Alcohol and the so-called prevention paradox: how does it look today?, *Addiction*, 101, s. 155-158.

■ Smith, M. og Patel, A. (2009) *Money Advice Outreach Evaluation: Cost and Effectiveness of the Outreach Pilots*. London: Legal Service Research Centre.

■ Sosialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn og unga vuxna. Till och med 2016*.

■ St.meld. 16 (2006-2007) (2007) ... og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

■ St.meld. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*.

■ Stortinget. Dokument 8:43 S (2015-2016), Innst. 346 S (2015-2016).

■ St.prp. nr. 63 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.

■ Strohschein, L. (2005) Parental Divorce and Child Mental Health Trajectories, *Journal of Marriage and Family*, 67, s. 1286-1300.

■ Strøm, H.K., Adolfsen, F., Fossum, S., Kaiser, S. og Martinussen, M. (2014). Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled

trials, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(48). DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-48>

■ Taylor, B. A., Dearing, E. og McCartney, K. (2004) Incomes and outcomes in early childhood, *Journal of Human Resources*, 39, s. 980-1007.

■ Ttofi, M.M. og Farrington, D.P. (2011) Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review, *Journal of Experimental Criminology*, 7(27). DOI: <https://doi.org/10.1007/s11292-010-9109-1>

■ van Zoonen, K., Buntrock, C., Ebert, D.D., Smit, F., Reynolds, C.F. 3rd, Beekman, A.T. og Cuijpers, P. (2014) Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions, *International Journal of Epidemiology*, 43(2), s. 318-329.

■ Walker, R., Kyomuhendo, G.B., Chase, E., mfl. (2013) Poverty in global perspective: is shame a common denominator? *Journal of Social Policy*, 42, s. 215-233.

■ Weisz J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K.M., Krumholz, M.L.S., Chu, B.C., Weersing, V.R. og Fordwood, S.R. (2017) What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice, *American Psychologist*, 72(2), s. 79-117.

■ [HTML]Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A.L., Newby, J.M. mfl. (2017) School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 51, s. 30-47.

■ Wilkinson, R.G., Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.

■ WHO (2007) *Monitoring and evaluation of mental health policies and plans*.

■ Zachrisson, H.D. og Dearing, E. (2015) Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway, *Child Development*, 86, s. 425-440.

■ Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.P., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. og Zohar, J. (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *The Lancet*. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)



VOKSNE FOR BARN

Stortorvet 10 > 0155 Oslo > Tlf: 488 96 215 > vfb@vfb.no > vfb.no