

Barns psykiske helse - mellom ambisjoner og realiteter

Av RANDI TALSETH

Randi Talseth er generalsekretær i Organisasjonen Voksne for Barn (tidligere Mental Barnehjelp) fra 1992. Hun er utdannet ved Statens bibliotekhøgskole i 1977, arbeidet som biblioteksjef og kultursjef 1978-1991, politisk aktiv fra 1973 med spesielt vekt på oppvekstpolitikk.



Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 var ment å gi arbeid med psykisk helse et betydelig løft. I dag ligger den økonomiske satsningen som skulle komme etter planen, etter med flere milliarder kroner. Flere kommuner ser seg nødt til å kutte egenfinansierte tiltak, for så å opprette nye med statlig finansiering via Opptappingsplanen. Denne artikkelen stiller spørsmål ved om Opptappingsplanen i realiteten vil bety en nedtrapping av tilbudet for psykisk helse på kommunalt plan.

INNLEDNING

I 1997 ble det lagt fram en Stortingsmelding med en statusbeskrivelse av det psykiske helsefeltet i Norge. Her ble det fastslått at det var svikt i alle ledd. For barn og unge manglet det et tilgjengelig tilbud. På bakgrunn av denne meldingen la daværende regjering fram en Stortingsproposisjon i 1998. Denne er senere omtalt som Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008.

Ambisjonene er relativt klart formulert. Både Stortinget og ulike regjeringer har samlet seg rundt målsetningene i planen. Den tverrpolitiske enigheten er således på plass. Ved siste statsbudsjetts behandling ble det bestemt at perioden for opptappingen skulle forlenges med 2 år. Det betyr at det er enighet om at det vil ta 10 år å bygge opp hele feltet slik at det kommer opp på et akseptabelt nivå. Imidlertid er det for oss som arbeider for barn og unges vilkår vanskelig å akseptere at dette skal ta 10 år; det vil si en halv barndom.

I denne artikkelen skal jeg forsøke å belyse de viktigste problemstillingene knyttet til opptappingen. Utgangspunktet er status midt i perioden basert på flere rapporter som er publisert i 2003/2004.

Verdigrunnlag og målsetninger i Op som er relevant for barn og unge (med bakgrunn i ”Opptrappingsplanen for psykisk helse. Status 2003). Sosial og helsedirektoratets vurderinger”:

- Forebygging der dette er mulig, og i hvert fall søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser.
- Ansvar for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten.
- Pasienten først, brukernes behov og medvirkning skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn.
- Mest mulig frivillighet, behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former.
- Mest mulig normalt liv, velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.
- God tilgjengelighet, tilstrekkelig kapasitet, korte ventetider og god kvalitet for kommunale tjenester og innen det psykiske helsevernet.

Følgende barn og unge er prioritert:

- Barn og unge med psykiske lidelser.
- Barn og unge i høyrisikogrupper, der forebyggende tiltak og tidlig intervensjon kan ha størst effekt.

Tiltak som skal bidra til å nå målene:

I kommunene:

- 260 flere årsverk til styrking av psykososiale tjenester, støtte kontaktilbud, kultur- og fritidstiltak.
- 800 flere årsverk til helsestasjon og skolehelsetjeneste (50 prosent økning).

I spesialisthelsetjenesten for barn og unge:

- 205 flere døgnplasser for ungdom.
- 265 flere dagplasser for barn og unge.
- 400 flere fagpersoner i poliklinisk virksomhet.

Det er også en klar forutsetning ved overføring av midler til kommunene at 20 prosent av midlene til formålet skal gå til barn og unge.

MIDTVEISEVALUERINGEN AV OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE

Kommunenes tilbud som 1. linje skal knyttes nært opp til de spesialiserte tjenestene. En klar forutsetning for at barn og unge får en adekvat oppfølging, er forvaltningsnivåenes evne til å samarbeide. Det tverrfaglige samarbeid innen de kommunale tjenestene er også viktig.

Midtveisevalueringen viser store variasjoner kommunene i mellom. Det ser ut til at bruken av OP-midler bevilget til tiltak for barn og unge i kommunene snart er oppe i et gjennomsnitt på 20 prosent, slik målet i OP er. Imidlertid er bare 206 av målsettingen om 800 nye årsverk ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten opprettet – det vil si 26 prosent. Når det gjelder behandlingsskapasitet, ser det ut til at barne- og ungdomspsykiatrien ikke vil nå målet om tilbud til 5 prosent av barn og unge (ca 50.000) innen år 2008. Gjennomsnittelig er kapasiteten per dags dato 2,9 prosent. Det betyr at omlag 20.000 behandlingstrengende barn og unge fremdeles ikke mottar et tilbud. I Sintef-rapporten "Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptrappingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene" dokumenteres det at

- Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) har i gjennomsnitt 9,5 ukers ventetid på å yte bistand
- 40 prosent av dem som kommer til PPT vurderes som lidende av alvorlig psykisk sykdom
- Gutter i alderen 6-12 år er dem som i størst grad henvises til PPT, mens jenter over 12 år hyppigst benytter helsesøstertilbudet. PPT framstår først og fremst som et spesialpedagogisk tilbud.

Når det gjelder samarbeid, er skolen en viktig part for PPT og helsesøstrene. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) samarbeider mest med PPT. De små kommunene er flinkere til å samarbeide tverrfaglig enn de større kommunene. I det videre arbeidet vil det settes søkelys på fleksibiliteten mellom de ulike tjenestene, samarbeid og tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Evalueringen peker også på at det er mangel på psykologkompetanse i PPT.

RAPPORT FRA NORSK PSYKOLOGFORENING

Norsk psykologforening (NPF) har gjennomført en kartlegging av kommunenes innsats i psykisk helsearbeid for barn og unge. I forordet heter det:

”...de kommunale tilbudene rettet mot barn og unges psykiske helse er ikke gode nok. Til tross for øremerkede opptrappingsmidler kjennetegnes tjenestetilbudet fortsatt av å være fragmentert og dårlig koordinert ” (Aanonsen 2004).

Videre påpeker rapporten at arbeidet for barn og unge med psykiske vansker er forankret i forebyggingstenkningen, men at kommunene mangler tilbud til dem som har utviklet problemer/sykdom og trenger behandling. Et av de viktigste funnene er at variasjonene mellom kommunene er store når det gjelder hvilket tilbud de faktisk har til barn og unge med psykiske problemer. Det er etter NPF's mening også et misforhold mellom kommunenes oppfatning og rapportering av sitt tilbud, mens deres faktiske tilbud ikke er tilstrekkelig. Undersøkelsen konkluderer med at ca. 25 prosent av kommunene (ca. 225 kommuner har besvart henvendelsen) har en ressursbruk og organisering som kreves for å kunne kalle arbeidet et ”kraftsenter for barn og unges psykiske helse”. Det vil si at kommunen har klare strategier for organiseringen av psykisk helsearbeid, tjenestefeltet er strukturert og samlet, og at personalet kjennetegnes av fagpersoner med bred og relevant kompetanse.

Kartleggingen viser at det er ulike etater i kommunene som utfører arbeidet, og at det ikke er slik at én etat har ansvaret. Ansvaret er fordelt, og det kreves både en administrativ og faglig samordning for at tilbudet skal bli tilfredsstillende.

Kravet om tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene stiller kommunene overfor store utfordringer. Det gjelder både kravet om lavterskeltilbud, oppfølging av barn og unge som har utviklet problemer og psykisk sykdom. Rapporten har også synliggjort at det finnes en del gode tiltak, ny organisering på tvers og spennende utviklingsarbeid. Ofte er imidlertid innsatsen fragmentert og lite helhetlig. Kommuner med ildsjeler og stort engasjement har kommet lengst. Det viser at det fremdeles er tilfeldig om barn og unge får det tilbudet de har krav på.

Kommunenes tilbud oppfattes som nøkkelen i psykisk helsearbeid for barn og unge. Det er her barna bor. Det er her de mottar det generelle tilbudet som kan fange dem opp (barnehage og skole), slik at reell forebygging kan realiseres. Kommunene er forpliktet til å gi et lavterskeltilbud til alle barn og unge, samt deres foresatte dersom de trenger hjelp og støtte. Videre trenger fagpersonell i kommunale tjenester faglig veiledning av spesialister. Dette er særdeles viktig når kommunene skal yte tjenester til personer som er under behandling av eller er ferdigbehandlet av, spesialisthelsetjenesten.

HELSEPROFILER – BARN OG UNGES EGEN OPPFATNING

Våren 2004 publiserte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en helseprofil for barn og unge i Akershus. Her er det benyttet et spørreskjema for registrering av styrker og svakheter (SDQ skjema). Egenrapporteringen er besvart av 36.000 barn og unge fra 5. klasse til og med 3. klasse i videregående skole, omlag 15.000 foreldre for barn fra 3. klasse i barneskolen til 3. klasse i videregående skole, samt elevenes lærere.

Det er positivt at man har kartlagt hele aldersgrupper i et fylke, og i tillegg spurt dem om hvilken opplevelse/oppfatning de selv har om sin psykiske helse, samt konsekvenser eventuelle vansker har for deres situasjon. Kartleggingen er et godt eksempel på brukermedvirkning, som også er en viktig ambisjon i OP.

I denne artikkelen trekkes psykisk helse-delen av undersøkelsen fram.

Resultatene deles i tre hovedbolker:

1. Forekomsten av psykiske vansker basert på barnas svar.
2. I hvilken grad barn selv mener de har vansker.
3. Hvordan vanskene preger livssituasjonen til disse barna.

Spørreskjemaet inneholder 25 utsagn, som dekker disse temaområdene:

1. Emosjonelle vansker
2. Atferdsvansker
3. Hyperaktivitet/oppmerksomhetsproblemer
4. Problemer med jevnaldrende
5. Prososial atferd (atferd for å hjelpe eller ta vare på andre)

Kartleggingen i Helseprofilens barnerapport tyder på at 5 prosent av barn i 5.-7. klasse har symptomer på avvikende psykisk helse. Dersom gråsonegruppen legges til, er vi oppe i 15 prosent. Dette samsvarer med OP's måltall med 5 prosent som forventes å ha behov for behandling/hjelpetiltak, mens det anslås at 20 prosent trenger forsterket tilbud i en periode.

Rapporten viser en selvopplevd økning av problemer relatert til hyperaktivitet fra 5. til 7. klasse. I 5. klasse er det spesielt problemer med jevnaldrende som oppleves som vanskelig, men dette avtar med alderen. Gutter gir uttrykk for litt større omfang av problemer enn jenter. Barna opplever at deres psykiske vansker først og fremst berører deres evne til læring. Rapporten konkluderer med at 6 prosent av barna i barneundersøkelsen vurderes som viktig å følge opp. Det er også verdt å merke seg at hele 9 prosent av barna mener at deres vansker belaster omgivelsene en god del eller mye.

Helseprofilens ungdomsrapport viser at 8 prosent av elevene svarer bekreftende på at de har psykiske vansker, mens 11 prosent befinner seg i gråsonen. I gruppen med psykiske vansker er det hyperaktivitets- og atferdsvansker som skårer høyest. I gråsonegruppen var problemer med jevnaldrende det dominerende. Mellom 9 og 10 prosent i begge gruppene rapporterer selv vansker med prososial atferd. Her er det også interessante kjønnsforskjeller. Jenter rapporterer tre ganger så ofte avvik knyttet til følelsesmessige problemer som gutter. Når det gjelder atferdsproblemer, viser gutter dobbelt så ofte avvik som jenter. De totale vanskene topper seg rundt start på ungdomsskolen. Etter ungdomsskolestart avtar alle vanskene med alderen, med unntak av hyperaktivitet. Vansker knyttet til hyperaktivitet går ned først når eleven kommer i videregående skole.

Det påpekes i rapporten at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom lidelse, belastning eller hjelpebehov. Det er derfor viktig å knytte dette opp til en måling av i hvilken grad problemene har negativ innvirkning på den sosiale fungeringen og livssituasjonen. Ungdommenes egen vurdering viser at 42 prosent mener selv at de har vansker, hvorav 7 prosent alvorlig. Kjønnsforskjellen slår også her ut. 46 prosent av jentene mener de har vansker, mens 38 prosent av guttene mener det samme.

Egenrapporterte vansker ligger høyest i 3. klasse på videregående skole. Dette kan tolkes som at barn og unge selv opplever at konsekvensene av deres vansker øker med alderen. Det er en utfordring sett på bakgrunn av at vanskene i realiteten avtar.

HVA FORTELLER DISSE RAPPORTENE?

Det er mange forhold som til sammen skal gi et bilde av situasjonen. På den ene siden omfang av problemer barn og unge har med sin psykiske helse i det norske samfunnet. På den annen side hvilket tilbud som faktisk finnes – innhold, kvalitet, tilgjengelighet og kapasitet.

Det ser ut for at anslagene på omfang av problemer, slik de er målformulert i OP, er i samsvar med hva brukerne mener. Utfordringen er å ha kunnskap om hva problemene er, og makte å gi relevant hjelp. Det er ikke tilstrekkelig å ta som utgangspunkt at 20 prosent av OP's midler skal øremerkes barn og unge. I dag vet vi ikke hvem som får hjelp og støtte i forhold til hvilke problemer, ei heller problemomfanget i den enkelte kommune. Videre er det få kommuner som har registrert og gjort tilgjengelig sine tilbud. Enda færre har kartlagt hva som er det objektive

behovet i forhold til barn og unges problemer med sin psykiske helse. Helseprofilen fra Akershus er et eksempel til etterfølgelse når det gjelder å spørre dem direkte.

De åpne arenaene for alle barn og unge må i større grad benyttes i en forebyggingsstrategi. Da er det problematisk at det i stor grad er helsemyndighetene som har ambisjonene, pengene og planansvaret for den psykiske helsen hos barn og unge. Det er andre tjenester, som skole og barnehage, som skal utføre oppgaver knyttet til den generelt åpne forebyggingen.

Statlige myndigheter har vansker med å koordinere sine ambisjoner, men forventer samtidig at kommunene skal klare det. I en artikkel i Dagsavisen 08.08.04 skriver førsteamanuensis Halvard Vike:

”Den sentrale stat påfører kommunene et uhåndterlig dilemma. De får stadig større og komplekst ansvar, relativt sett trangere økonomiske rammer, og fordi – deres problemer antas å være at de ikke er ”modernisert” godt nok – ingen andre å dele ansvaret med Dilemmaet reiser nesten alltid nedover, fra staten til kommunene, og fra vedtaksarenaer til velferdsstatens førstelinje. Det har også en tendens til å reise fra politikk til styring, fra styring til fag, fra økonomi til det konkrete møte med elever, pasienter og klienter.”

Status for gjennomføringen av OP midtveis i perioden er at staten har oppfylt målsetningene om nedbygging av institusjonsplasser med 150 prosent. Det er i stor grad kommunene som da har overtatt ansvaret for å ta vare på og gi et tilbud også til de sykeste. Når vi da vet at opptrappingen i kommunene ligger langt etter i bevilgningene, blir dette kritisk. Totalt ligger den økonomiske satsningen som skulle komme med OP, som for øvrig er strekt ut til å vare i 2 år ekstra, flere milliarder etter skjemaet. I klartekst betyr dette at kommunene strever med å gi et tilbud til de alvorlig syke voksne/tyngste pasientene. Dette spiser opp den opptrappingen i kommunene som skulle komme alle grupper til gode. Det betyr også at barn og unge vil lide under manglende oppfølging i kommunene. Dette perspektivet er viktig å ha med seg når kommunene kritiseres for ikke å ha godt nok tilbud for barn og unge.

HVA FORESLÅR MYNDIGHETENE SOM OPPFØLGING?

Da statusrapporten ble utarbeidet, ble den supplert med en plan for resten av perioden (”Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og

helsedirektorarets forslag til tiltak 2003 – 2006”). Planen omfatter både videreføring av igangsatte tiltak samt forslag til nye tiltak.

Blant nye tiltak som foreslås er:

- Utvikle en nasjonal strategi for forebyggende programmer for psykisk helse i skolen
- Utvikle en nettbasert database med oversikt over evaluerte og effektive forebyggende tiltak
- Utvikle samordnede lavterskeltilbud for barn og unge

Regjeringen har også vedtatt en strategiplan for barn og unges psykiske helse. Denne inneholder viktige kvalitetskrav samt 100 tiltak. Viktige tema her er mestring, brukerperspektivet, helhetsperspektivet og et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Tiltak som å spørre den det gjelder (høringer og lignende), tiltak for å øke kunnskapen og ikke minst kompetansehevende tiltak for fagpersonell, har fått sin plass blant tiltakene.

Det er en svakhet at planen er forankret hos statlige myndigheter, mens ambisjonene om hva som skal forbedres i stor grad tilhører kommunenes ansvarsområde. Imidlertid er tiltakene hovedsakelig rettet inn mot det forvaltningsområdet som staten selv kan råde over. Planen kan derfor sies å ha begrenset effekt. Det er i kommunene barn og unge bor og trenger tilbud og tiltak.

Som tidligere nevnt er det psykiske helsefeltet et arbeidsområde som behøver innsats fra hele oppvekstsektoren. Samkjøring av dette feltet både administrativt og faglig, er en stor utfordring. En satsning fra sentrale myndigheter har vært innføring av individuell plan for dem med sammensatte behov som trenger tilbud fra flere tjenester. Dette arbeidet har kommet i gang enkelte steder, men kan så langt ikke sies å ha den ønskede strategiske effekten.

I noen tilfeller er det vanskelig å stole på statistiske tall som forteller om status og utvikling av feltet, da det ikke ble målt hvilket nivå kommunale tjenester lå på da OP perioden startet.

HVILKE ENDRINGER ER HENSIKTSMESSIG?

1. Generelle tilbud

Både forslag til tiltak med utgangspunkt i status for OP og Strategiplanen for barn og unges psykiske helse, understreker viktigheten av godt psykososialt arbeid på skolen som en grunnpilar i

arbeidet. At psykososiale programmer i skole og barnehage ikke fungerer etter hensikten, dokumenteres i flere artikler i Barn i Norge (2004) hvor forøvrig voksnes betydning som rollemodeller fremheves - også i de offentlige tjenestene.

Vi må benytte oss av den muligheten som ligger i at barn og unge tilbringer mye av sin tid i institusjoner. Barnehager og skoler må ha et godt og ivaretaende miljø for alle, og samtidig fange opp dem som trenger et forsterket tilbud. Muligheten som ligger i barnehagen som forebyggende tiltak for barn som utsettes for omsorgsvikt, understrekes.

2. Barn som trenger noe mer

Det er et paradoks at vi har forventet, at vi gjennom tilbud til alle (spesielt helsestasjoner) også skal fange opp dem som er risikoen. Dette ser vi ikke fungerer. Man må arbeide annerledes for å fange opp barn og unge som er i ferd med å utvikle en dårlig psykisk helse. Et godt eksempel på dette er den store risikogruppen barn av foreldre med psykisk sykdom/rusmisbruk som ikke blir fanget opp, selv når foreldrene er til behandling. Vi har både mer kunnskap og evaluerte metoder for tiltak, enn det som anvendes. Et psykologisk lavterskeltilbud i kommunene kan helt klart demme opp for ventelister i det psykiske helsevernet for barn og unge. De fleste miljøer som arbeider med barns psykiske helse, mener at PPT's statlige mandat og føring i forhold til oppgaver må endres, slik at de kan framstå som et lavterskeltilbud.

PPT's statlige mandat og føring i forhold til oppgaver må endres, slik at de kan framstå som et lavterskeltilbud.

PPT har også noen steder utviklet gode metoder for å veilede og bistå skolene i å møte problemene relatert til hyperaktive elever. I helseprofilen fra Akershus rapporteres hyperaktivitet å være det problemet som er størst i omfang. I en rapport fra Sintef om Barne- og ungdomspsykiatriske tilbud dokumenteres det at det er barn med disse vanskene som i størst grad avvises og/eller står på ventelister. Her er det helt klart en avstand mellom behov og tilgjengelige tilbud.

Strategiplanen for barn og unges psykiske helse tar med de fleste områdene som bør utvikles, men kan egentlig kun garantere for den statlige satsningen. Det er mange rammebetingelser kommunene får fra staten som virker inn på kommunenes evne til å gjennomføre intensjonene. Det samme gjelder helseforetakene. Så lenge det er rammebevilgninger som går til det psykiske helsearbeidet på begge forvaltningsnivåene, vil det bli skadelidende når ressursene er knappe. Dette er et

problem og kolliderer ofte med de statlige ambisjonene på enkeltområder – som psykisk helse. *Evnen til å styre og gjennomføre OP, slik det nå er lagt opp, er derfor meget begrenset, dersom ikke viljen til å styre økes!*

Det foreligger ikke noe tallmateriale, men vi mottar bekymringsmeldinger fra feltet om at kommunene ser seg nødt til å kutte i egenfinansierte tiltak, for så å opprette dette på nytt med statlig finansiering via OP. I beste fall kan man da få status quo eller i verste fall en reell nedbygging. Så blir det et spørsmål om OP i realiteten vil bety status quo eller en nedtrapping av tilbudet til psykisk syke på kommunalt plan.

Når det gjelder behandling, er det en reell økning i antall barn og unge som får tilbud. Dette er oppnådd gjennom flere ansettelse og ikke gjennom økt effektivitet. Det var et ønske om at spesialisthelsetjenesten også skulle øke sine tiltak per årsverk.

Vi står igjen med en konklusjon om at staten øker sin innsats i volum, uten å nå måltallene innen 2008 slik det nå ser ut. Effektiviteten i spesialisthelsetjenesten for barn og unge har status quo, og kommunene henger etter stort sett over det hele hva angår oppbygging av tjenester. Det er en stor utfordring å rette opp dette de siste fire årene av OP's periode.

Det er på tide å se på helheten. De ulike ambisjonene statlige myndigheter har overfor kommunene, kan lett svekke innsatsen på ett av feltene – som i dette tilfellet – psykisk helse!

KONKLUSJONER OG VURDERINGER

Utfordringene for barn og unges psykiske helse er svært sammensatte. Noen hovedtrekk er likevel synlige. Som utgangspunkt kan det være nyttig å koble rapportene fra Akershus – helseprofilen for både barn og unge – opp mot de mål Opptappingsplanen har satt for å forbedre og endre tilbudet.

Helseprofilene fra Akershus tyder på at OPs måltall for barn og unge som trenger hjelp, behandling og støtte, stemmer. I alderen 5.-7. klasse har én av seks avvikende psykisk helse, eller befinner seg i gråsonen med symptomer. For ungdomsgruppen er de samme forholdene én av fem. Forekomsten av psykiske vansker øker altså totalt sett.

Barn og unges egen opplevelse av symptomer og den betydning vanskene har for omgivelsene, vil være viktig i forhold til å bli fanget opp. Kombinasjonen av symptomer og symptomenes konsekvenser for sosial fungering, samt opplevd lidelse, er avgjørende for alvorlighetsgrad og

hjelpebehov. Med dette utgangspunktet konkluderer helseprofilens rapporter med at 6 prosent av barna og 10 prosent av ungdommene bør fanges opp av hjelpeapparatet.

Behandlingskapasiteten i det psykiske helsevernet for barn og unge på landsbasis er i gjennomsnitt 2,9 prosent av barne- og ungdomspopulasjonen. Vi mangler tall fra kommunale tjenester. Dette er ikke tilfredsstillende, sett ut i fra målet i OP om at det psykiske helsevernet skal kunne gi et tilbud til de 5 prosentene som antas å være behandlingstrende.

- Voksne for Barn er ikke tilfreds med rapporteringen i forhold til omfang, innhold og tilgjengelighet av tjenester for barn og unge. Vi tror ikke behandlingskapasiteten kan nås uten en større satsning på både økt effektivitet, samt utvikling og økning av tiltak rettet mot barn og unge.

Det er ikke gitt faglige føringer for hva politiske planer skal inneholde på de ulike forvaltningsnivåene. Det er ikke klart hvilke problemer skal fanges opp av hvem, og hvilke intervensjoner/behandling som gir god effekt. Imidlertid arbeides det i Sosial- og helsedirektoratet med veiledere for ulike problemområder, slik at dette forbedres i perioden.

For kommunene har det vært frustrerende at de ikke har fått noen føringer for hva prosenttallene representerer av type vansker; noe som er en forutsetning for å kunne planlegge strategisk. Helseprofilene fra Akershus gir viktig informasjon også her.

- Overgangene – for eksempel mellom barne- og ungdomsskole og ungdomsskole og videregående, er stressituasjoner for barn og unge. Selv om problemene avtar med alder, opplever for eksempel ungdom i 3. klasse på videregående at vanskene har større konsekvenser. Det kan tyde på at omgivelsenes forventninger fører til at problemene oppleves tyngre. I Storbritannia var det noen år tilbake en kampanje med tittelen "*mind the gap*". Det å ha et større fokus på overgangene, og bistå barn og unge i å takle disse, kan være en idé også i Norge.
- Forebygging er et honnørord som mangler faglig konkretisering i forhold til psykisk helse. For å forebygge skjevutvikling og psykisk sykdom er det vesentlig at problemer fanges opp så tidlig som mulig, og at tiltak settes i verk. Dette er gammelt nytt, men hjelpe tjenestene er ikke organisert med dette som utgangspunkt i det kommunale apparatet. Vi foreslår at PPT sikres psykologisk kompetanse i tillegg til den pedagogiske kompetansen som er der i dag, og i større grad tildeles rollen som et lavterskeltilbud lokalt.

- Hyperaktivitet og atferdsvansker representerer tilsynelatende den største utfordringen når det gjelder vanskenes varighet, og i forhold til å få adekvat hjelp. Det er i perioden fram til 10.klasse at problemene er størst. Dette utgjør en stor gruppe. Forskning tyder på at så mange som 5 prosent (ca 50.000) av alle barn og unge kan ha slike problemer. Her er det satt inn en større innsats gjennom programmene “Parent Management Training Programme Orion” (PMTO) og “Multisystemic Therapy” (MST). Dette er en positiv satsning, men med begrenset mulighet for å nå ut til alle med behov. Det bør satses på flere tiltak i forhold til barn og unge som lever med disse problemene. Spesielt også fordi denne store gruppen, som rommer mange årsakssammenhenger, i stor grad avvises av behandlingsapparatet. Som en konsekvens av manglende oppfølging kan problemene toppe seg i dagliglivet, på skolen og i ytterste konsekvens komme til uttrykk som en økning på kriminalitetsstatistikken.

Voksne for Barn mener at de statlige planene og rapportene ikke i tilstrekkelig grad tar tak i strukturelle og organisatoriske hindringer eller forutsetninger for å nå ambisjonene i OP. Ambisjonene er mange, men realismen i dem varierer. Det er helt klart nødvendig at både de økonomiske og organisatoriske ressursene og det faglige arbeidet samordnes, når det gjelder barn og unges psykiske helse. Dette er et felt hvor mange har en oppgave og sitter på løsninger som samlet kan gi barn og unge en bedre psykisk helse. Forsøk med familiesentra er en god utvikling, men etter Voksne for Barns mening går det for tregt. Her må kommunene stimuleres med midler fra statlig hold.

Det er ikke til å komme forbi at det er pengene som i stor grad styrer. Vi har en rik stat, som i tillegg til å ha nok penger sitter både på rammebelegningene og eierskapet til spesialisttjenestene. En kan spørre seg om styringsviljen er så stor som regjeringen vil ha det til. Så langt i opptrappingen har statens egen nedlegging av døgninstitusjoner gått for fort i forhold til at tilbud skal bygges opp av kommunene parallelt. Det var ikke intensjonen når OP ble iverksatt. Bevilgningene må økes for at kommunene skal få mer sving på tilbudet sitt. Statlige myndigheter kan for eksempel koble det til føringer som å kreve tverrfaglige/sektorielle løsninger for å få utløst ressurser. Det er et språk kommunene forstår. Med flere tiltak her og bedre samarbeid med 2. linjen kan det være større muligheter for at staten skal nå sine egne mål innen 2008. Voksne for Barn lover å følge med!

REFERANSER

- Andersson, H.W. og Hatling, T. (2003). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptreppingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Rapport. Trondheim: SINTEF, Unimed Helsetjenesteforskning.
- Barn i Norge (2004). Livsmot. Årsrapport om barns og unges psykiske helse. Utg. av Voksne for barn.
- Hagen, H. (red.) (2003). Opptreppingsplanen for psykisk helse – status etter fire år. Rapport nr. 3/03. Trondheim: SINTEF, Unimed Helsetjenesteforskning.
- Helseprofil for barn og ungdom i Akershus (2004). Barnerapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr. 1-2004.
- Helseprofil for barn og ungdom i Akershus (2004). Ungdomsrapport. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr. 2-2004.
- Regjeringen (2003). – sammen om psykisk helse-: Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Publikasjonsnr: nr. I-1088. Oslo: Helsedepartementet. Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003 – 2006.
- St.meld. nr. 25 (1996 – 1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 67 (1997 – 1998). Om opptreppingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Zeiner, P. (2003). Atferdsforstyrrelser hos barn og unge. I Barn i Norge 2003. Sosiale og emosjonelle vansker hos barn – problemer, utfordringer og muligheter. Rapport. Utg. av Voksne for Barn.
- Økt innsats for barn og unge? En statusrapport fra Norsk Psykologforening om psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2004). Rapport. Oslo: Norsk Psykologforening.

Artikkelen har vært trykket i årsrapporten Barn i Norge 2004. Etter tilatelse fra forfatteren.

Randi Talseth

Voksne for Barn
Stortorvet 10, 0155 Oslo
Tlf. 23 10 06 10

KARTLEGGINGSPRØVER I MATEMATIKK

PP-TJENESTENS MATERIELLSERVICE kan nå tilby en serie kartleggingsprøver i matematikk.

Prøveserien består av i alt 8 prøver, som har fått betegnelsen M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8 og M9, og som til sammen dekker alle klassetrinn fra 2. til og med 10. klasse.

Prøvene bygger på omfattende utprøvinger og inngående statistisk bearbeiding av resultatene. Det er utarbeidet landsdekkende normer, og det foreligger også normtabeller som viser hvordan den enkelte elev **relativt** sett har løst oppgaver innenfor de ulike delene.

NYHET

Vi kan nå også tilby et opplegg for databasert retting/skåring av prøvene fra og med prøve M4. Det er utarbeidet spesielle program som er lagt inn på egne CD-er for M4 - M7 og M7 - M9.

Programmet vil i vesentlig grad kunne lette rettingen/bearbeidingen av prøvene og gi oversikter som kan være til hjelp i tolkingen av elevbesvarelsene.

Skåringsprogrammet bygger på MS Excel, og det forutsettes at brukere har tilgang til datamaskin med nyere utgave av Excel. Det kreves ikke spesielle kvalifikasjoner for å anvende programmet ut over ferdigheter som vanlig databruker.

PRISER:

Lærerveiledning M2, M3, 36 sider	kr.	265,-
Lærerveiledning M4 t.o.m. M7, 54 sider	»	390,-
Lærerveiledning M7 t.o.m. M9, 68 sider	»	600,-
Kartleggingsprøve M2, 20 ex.	»	180,-
Kartleggingsprøve M3, 20 ex.	»	180,-
Kartleggingsprøve M4, 20 ex.	»	275,-
Kartleggingsprøve M5, 20 ex.	»	275,-
Kartleggingsprøve M6, 20 ex.	»	365,-
Kartleggingsprøve M7, 20 ex.	»	365,-
Kartleggingsprøve M8, Del 1 og Del 2, 20 ex.	»	550,-
Kartleggingsprøve M9, Del 1 og Del 2, 20 ex.	»	550,-
2 lærerveiledninger + M2 t.o.m. M6, 20 ex.	»	1.700,-
2 lærerveiledninger + M2 t.o.m. M7, 20 ex.	»	2.000,-
1 lærerveiledning + M7 t.o.m. M9, 20 ex.	»	1.900,-
CD med rettingsprogram for M4, M5, M6, M7	»	1.200,-
CD med rettingsprogram for M7, M8, M9	»	1.200,-

I TILLEGG KOMMER 24 % MVA.

Kontortid for telefonbestillinger hver dag fra kl. 9.00 til kl. 15.00.

Send inn deres bestilling til:
Tlf. 61 32 80 21 – Fax 61 32 80 02
E-mail: bestilling@ppt-materiell.no
www.ppt-materiell.no



**PP-TJENESTENS
MATERIELLSERVICE
BOKS 115 – 2714 Jaren**