



Oslo kommune
Bydel Alna

En trygg voksen

Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unges psykiske helse i Bydel Alna



Forord

Denne rapporten er utarbeidet av KUN. Vi er en privat stiftelse som arbeider for likestilling og ikke-diskriminering, lokalisert i Steigen i Nordland. Rapporten er et resultat av en kartlegging vi har utført på oppdrag fra Bydel Alna. Undersøkelsen skal svare på hvordan bydelens tjenester arbeider og samarbeider i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unges psykiske helse.

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for bydelen som helhet, og involverer alle bydelstjenestene som er i kontakt med disse gruppene. Bydelen ønsker i større grad å tydeliggjøre det psykiske helseperspektivet som tjenestene skal arbeide innenfor, både i det forebyggende arbeidet i helsetjenestene, og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Gjennom statistikk og andre bakgrunnsdata, kunnskap hentet fra andre prosjekter og steder, og gjennom intervjuer med et utvalg av bydelens ansatte, har vi funnet noen hovedutfordringer og mulige løsninger for tjenestenes videre utvikling innen psykisk helse for barn og unge.

Vi takker Bydel Alna for å ha gitt oss oppdraget, og for svært smidig organisering av intervjuene vi gjorde i bydelen. Vi vil spesielt takke Biljana Lauvstad og Marte Bulie for et spennende samarbeid med gode innspill og støtte i både praktiske og faglige spørsmål. Dere har gjort det enkelt for oss både å raskt få et overblikk over tjenestene og bydelen, og gjøre dypdykk der det har vært hensiktsmessig.

Sist, men ikke minst, ønsker vi å rette en stor takk til alle som har latt seg intervjuet i forbindelse med dette prosjektet. Takk for at dere på en så åpen og reflektert måte har delt deres erfaringer med oss. Uten dere ville det ikke ha vært mulig å skrive denne rapporten.

Lindis Sloan og Mari Aarbakke
Steigen, mars 2016

Innhold

1. Innledning.....	5
2. Sammendrag	8
Summary in English	10
3. Metode.....	12
4. Bakgrunnsbilde.....	14
4.1 Folkehelseperspektiv.....	14
4.2 Statistisk bakgrunn	18
4.3 Ung i Oslo	21
4.4 Ung i Bydel Alna.....	22
4.5 Målgrupper for bydelens innsats	25
5. Bydelens tjenester for barn og unge.....	27
5.1 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	27
5.2 Barnehagen	32
5.3 Kultur, møteplasser og frivillighet	36
5.4 Fagsenteret for barn og unge.....	38
5.5 Fysio- og ergoterapi.....	43
5.6 Barnevernet.....	44
5.7 NAV.....	46
6. Funn og forslag til tiltak.....	49
6.1 Diskursen om Alna.....	49
6.2 Samarbeidsutfordringer	50
6.3 Kritiske punkter - overgangene	51
6.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene	52
6.5 Særlige bekymringer.....	54
6.6 Et språk for seksualitet	56
6.7 Brukere, brukermedvirkning og samtykkekompetanse	58
Litteratur.....	60

1. Innledning

Denne undersøkelsen er utført av KUN senter for kunnskap og likestilling (KUN) på oppdrag fra Bydel Alna, og skal svare på hvordan bydelens tjenester arbeider og samarbeider i det forebyggende og helsefremmende arbeidet for barn og unges psykiske helse.

Bydel Alna skriver i anbudsdokumenter:

Bydelen er i gang med å rullere Handlingsplan for psykisk helsearbeid (2015) og Lokal folkehelseplan (2016), og ser at det er et behov for å få bedre kunnskap knyttet til psykisk helse blant barn og unge i bydelen samt oversikt over nåværende arbeid med å fremme psykisk helse ute i tjenestene før nye prioriteringer og tiltak kan utformes.

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for bydelen som helhet. Det involverer alle bydelstjenestene som er i kontakt med barn og unge. Enkelte tjenester jobber uttalt med barn og unges psykiske helse, som f.eks. Fagsenter for barn og unge og Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Men også andre tjenesters arbeid påvirker barn og unges psykiske helse: barnehagene, barnevernet, fritidstilbud som ungdomsklubbene og indirekte NAV.

Bydelen mangler et samlet situasjonsbilde over psykisk helsetilstand blant barn og unge i bydelen. Videre er det behov for å få oversikt over hva som er effektiv innsats for å fremme psykisk helse og forebygge og bekjempe psykiske plager og lidelser gjennom bydelens tilbud og tjenester. Det er også behov for å se på hvordan tjenestene jobber på tvers, hva det er som gjøres for hvilke målgrupper og om tiltakene treffer de ulike målgruppene. (Fra kravspesifikasjon)

På initiativ av bydelsadministrasjonen var ansatte innenfor relevante tjenester i Alna invitert inn for å fortelle oss om hvordan de arbeider med psykisk helse hos barn og unge. Totalt intervjuet vi 7 ledere på ulike nivå og gjennomførte seks fokusgruppeintervjuer med flere ansatte innenfor henholdsvis barnehagene, helsestasjon/ skolehelsetjenesten, barnevernet, NAV, Fagsenteret og ungdomsklubbene og STOLT-prosjektet. Organisasjonskartet viser en oversikt over bydelens tjenester.

Vi utformet en veiledende intervjuguide som besto av flest mulig store og åpne spørsmål. Slik håpet vi å få en best mulig oversikt over fellestrekk ved de mange og til dels svært ulike tjenestene. I sluttrapporten til følgeevalueringen av Groruddalssatsingen, som Bydel Alna inngår i, sier forfatterne at « bevisstheten om de særskilte utfordringene er nedfelt i det ordinære systemet i kommunens apparat.» (Norli og Dølvik 2010:7). Dette er et godt bilde av beskrivelsene vi møtte. Vi var positivt overrasket over hvor likt de vi intervjuet snakket – både i forståelsen av psykisk helsearbeid og tilhørende utfordringer og styrker i Alna. En slik omforent og konstruktiv diskurs om Alna er et svært godt utgangspunkt for styrket samarbeid mellom tjenestene, og forbedring av hvert enkelt tjenesteområde. «Det er billigere å bygge friske barn enn å reparere syke voksne» er et mantra vi fikk høre flere ganger, og vi opplever at det ligger godt til rette for å arbeide helsefremmende og forebyggende med barn og unges psykiske og fysiske helse i Bydel Alna.

Rapportens innhold

Denne rapporten er tredelt. I den første delen gjennomgår vi statistikk for Oslo, Bydel Alna og fra den store ungdomsundersøkelsen Ung i Oslo. Vi gjennomgår også Bydel Alnas eget planverk for

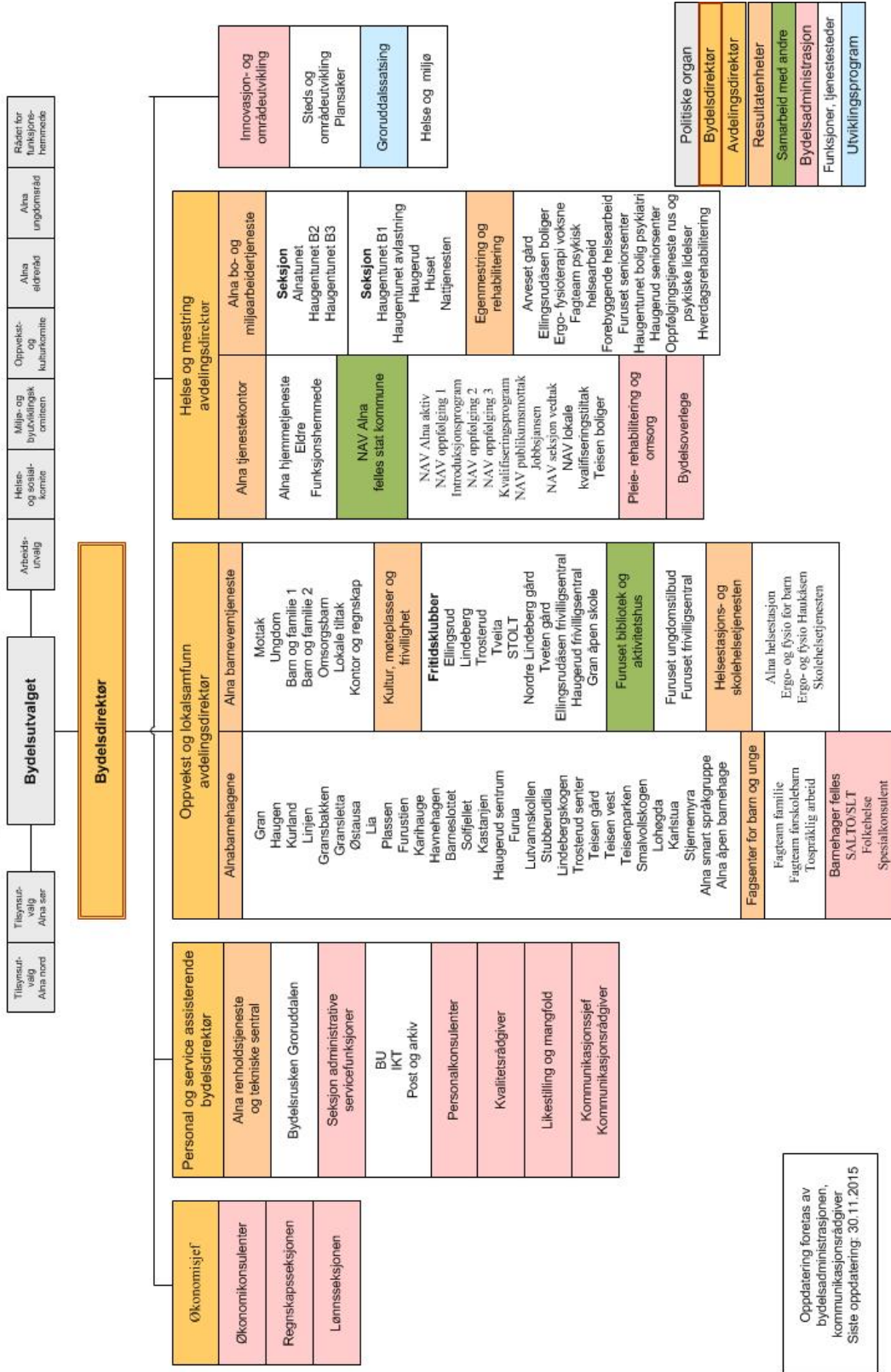
folkehelsearbeid og psykisk helsearbeid, samt eksempler på undersøkelser og tiltak fra forskning og fra andre kommuner.

I rapportens andre del presenterer vi tjenesteundersøkelse før vi gjennomgår hvilke sentrale utfordringer som har blitt synlige gjennom intervjuene for hver av tjenestene. Kategoriene "Samarbeid" og "Språk og kommunikasjon" går igjen for alle tjenestene, slik at det skal være enkelt å sammenlikne disse sentrale feltene på tvers av tjenestene. Kategorien «Andre særskilte utfordringer» presenterer problemstillinger som bare ser ut til å gjelde for noen tjenester, og her er det hovedvekt på sosiale forhold.

I rapportens tredje og siste del oppsummerer og diskuterer vi hovedfunnene fra undersøkelsen sett opp mot bakgrunnsbildet av bydelen. Vi trekker frem særlig sårbare grupper og tema som vi ser at de ansatte selv peker ut som sentrale, og fremmer forslag til tiltak som enten har kommet frem i intervjuer eller som vi selv mener vil svare på utfordringene.

Vedlegg til rapporten

- Informasjonsskriv med samtykkeerklæring
- Intervjuguide
- Folkehelseprofil for Bydel Alna
- Faktaark om befolkning, levekår og boforhold fra Oslostatistikken
- Lohøgda barnehage: Plan for psykososialt miljø



Oppdatering foretas av bydelsadministrasjonen, kommunikasjonsrådgiver. Siste oppdatering: 30.11.2015

Organisasjonskart per 1. januar 2016. Kilde: Bydel Alna

2. Sammendrag

Denne rapporten undersøker det psykiske helsearbeidet for barn og unge i Bydel Alna, med spesielt fokus på forbedringsområder i hver tjeneste og i samarbeidet mellom tjenester. Rapporten tar innledningsvis for seg bakgrunnskunnskap, statistikk og gode eksempler, etterfulgt av en gjennomgang av relevante tjenester i bydelen med fokus på både plandokumenter og funn fra kvalitative intervjuer med ansatte. I dette sammendraget - presenterer vi kort noen sentrale funn fra, og forslag til tiltak som vil være felles for alle tjenestene. Funn og tiltak som blir mer spesifikke for ulike tjenester er listet i gjennomgangen av hver enkelt tjeneste og i oppsummeringskapittelet til slutt i rapporten.

Hva viser statistikk og tidligere forskning?

Vi har gjennomgått statistikk på bynivå og bydelsnivå for Oslo, samt tall fra den store undersøkelsen Ung i Oslo/Ungdata 2015. Statistikken viser tydelig at sosial klasse er en viktigere sårbarhetsfaktor enn både etnisitet og språknivå når det gjelder psykisk helse. Kunnskapsgrunnlaget sier klart at også fysisk helse spiller en viktig rolle i de forebyggende arbeidet. Videre er meningsfull aktivitet og sosial tilknytning for familien helt sentrale beskyttende faktorer for det enkelte barns og den enkelte ungdoms psykiske helse.

Styrker i arbeidet

Bydel Alna har både skapt og fått omdømme som et spennende sted å jobbe, med en variert arbeidshverdag og sammensatte utfordringer. Dette omdømmet vektlegger svært mange av dem vi har snakket med som noe positivt. Lederne forteller at det tiltrekker mange gode søkere, men at det krever at de er ekstra tydelige på hva ansatte vil møte i arbeidshverdagen. Slik oppnår Bydel Alna en jevnt sterk rekruttering av motiverte ansatte.

Omdømmet som rekrutterer til bydelen handler altså i stor grad om hvordan man snakker om det å arbeide i Bydel Alna. Denne diskursen er gjennomgående hos alle ansatte som vi har snakket med, og de bruker den aktivt som en ressurs for å fortelle om arbeidshverdagen sin. Den både forklarer og forsvarer at det er gøy, men slitsomt, spennende og utviklende å arbeide i bydelen. I tillegg finner vi at de ansatte snakker svært omforent om hva som er viktig i forebyggende psykisk helsearbeid. Man kan ikke overvurdere verdien av at det blant de ansatte finnes så klare tanker som så mange deler om hva som er positivt med arbeidet generelt og hva som er spesielt viktig i arbeidet med psykisk helse.

Bydel Alna har et nettverk av sterke og veletablerte tjenester rundt barn og unge, og disse virker bevisste på den viktige rollen de spiller for den psykiske helsen til sin målgruppe. I tillegg finnes det mye ekstraordinær innsats gjennom prosjekter og tidsbegrensede tiltak.

Forbedringsområder

Å ha en oversikt over alt det bydelen kan hjelpe den enkelte med er en klar utfordring for tjenestene. Noen sier at de ofte har følelsen av å høre om et skreddersydd tiltak akkurat litt for sent, når den brukeren som trengte det er sendt videre i systemet, eller man ikke lenger har opptak av nye deltakere. Andre har ikke så konkrete eksempler på problemer det har skapt, men forteller at det er en generell stressfaktor å ikke føle at man har god oversikt.

Denne begrensede informasjonsflyten om hva som foregår rundt om i bydelen, begrenser også mulighetene for samarbeid og vice versa. Vi ser at både samarbeid og informasjonsflyt fungerer godt i toppen der lederne har mange tverrfaglige møteplasser, og det inngår i stillingen deres å ha spesielt god oversikt. Lenger ned i tjenestene er det atskillig mindre samarbeid og informasjonsdeling og dette begrenser arbeidet.

Vi ser også at det ligger mye ansvar på de ansatte for å gjøre arbeidshverdagen sin smidig. De ansatte administrerer mangfoldet og landskapet de arbeider i, og må gjøre det, fordi strukturene ikke har gjort disse tilpasningene i samme grad.

Vi har identifisert noen sårbare overganger mellom tjenester, institusjoner og ansvarsområder, hvor barn og ungdom kan miste hele eller deler av oppfølgingen sin fordi informasjon og ansvar ikke overføres i tilstrekkelig grad. Dette handler til dels om at skolene ikke er underlagt bydelene sammen med de fleste av de andre tjenestene. Overgangene det gjelder finner sted mellom barnehage og barneskole, barneskole og ungdomsskole, ungdomsskole og videregående, og når ungdom fyller 18 år.

Tiltak

Mange i intervjuene beskrev en søken som innbyggere i bydelen sliter med, etter trygghet og sosiale nettverk. «Jeg ønsker meg en trygg voksen til alle, ikke bare til barn». Et viktig forebyggende tiltak for psykisk helse vil være å i enda større grad skape møteplasser overalt, og ikke bare i de tjenestene hvor det gir seg selv, slik som på fritidsklubbene. Mange forteller at helsestasjonen eller barnehagene allerede har en slik funksjon for noen, men at det ikke er rettferdig ovenfor verken brukere eller ansatte når man ikke har tilrettelagt for det. Da blir tjenestene bare en møteplass for de brukerne som krever det, og det blir en ekstraordinær ytelse de ansatte gir noen få.

Et fortsatt fokus på likeverdige tjenester, herunder særlig brukermedvirkning, aktivt samtykke og gode brukerundersøkelser, vil bidra til at Bydel Alnas forebyggende og helsefremmende arbeid med barn og unges psykiske helse utvikles. Med full involvering av ansatte og innbyggere kan dette bli et foregangseksempel på godt folkehelsearbeid.

Summary in English

This report discusses children and youth's mental health in a prevention and health promotion perspective in the Alna District of Oslo. The focus has been on possible improvements in the related services and in the cooperation between the services. The report covers background information, hereunder statistics and previous research with good examples, followed by a description of the relevant services and our findings from interviews with staff and administration. In this summary, we give a brief overview of central findings, with our suggested measures for future cross-sectorial work. More service-specific findings and suggestions are listed in the separate sub-chapters and in the final discussion chapter.

Background and previous research

We have looked at statistics for the City of Oslo and the separate districts, plus findings from the "Ung i Oslo" youth survey. The statistics indicate that social class is a more important factor for mental health than ethnicity and language proficiency. The importance of physical health is also clearly emphasized in mental health promotion and preventive work. Furthermore, meaningful activities and social networks for the entire family is central as protective features for the mental health of the individual child or youth.

Strengths

The District of Alna has created and is maintaining a reputation as an exciting place to work, with varied tasks and a complexity of challenges. This is emphasized by many of our interviewees in a positive manner. The managers say that the reputation is helpful in recruiting good applicants to job opportunities, but that they need to be very clear in describing the challenging sides of the work.

The reputation that recruits personnel to the district is an effect of the discourse of working in the District of Alna. The positive tone is dominant in the interviews, and it is actively used in how they talk when asked to describe their work to us. Through this they describe and explain and also defend that while working here is fun, it can also be challenging, but exhausting, exciting, and that they feel that they learn every day. In addition, we find that they talk with one voice about what is important when working with mental health promotion. The importance of this is impossible to overstate, having staff with such clear and good, shared ideas of the importance of their work in general and mental health promotion in particular.

The District of Alna has a strong and well developed network of services for children and youth, and there seems to be a high level of awareness of the importance of what they do for mental health. In addition, we hear of extraordinary measures through projects and other initiatives.

Improvements

Having a clear picture of the district's total network of services available is a clear challenge. Some say that they often feel that they hear of the perfect project or initiative just a little too late, when the citizen in need of the service has moved on in the system or the project no longer accepts entries. Others tell of less clear-cut problems, but explain this as part of the general stress that they fear missing out on information, not knowing.

The limited flow of information about what happens in the district also limits the possibilities for cooperation, and vice versa. We see that cooperation and information flow works well at the top managerial level, where unit managers are involved in several crosscutting fora and having the overview is part of their job description. At lower levels in the services the cooperation and sharing of information is less prevalent, and this is seen as a hindrance by interviewees.

We also find that managing diversity and challenges regarding cooperation and flow of information seems to be up to the individual staff member, and that while they manage this well, they have had to since the structures seem perhaps less adapted to the current work flow and challenges.

We have identified some crucial transition points, between services, institutions and service areas, where children and youth may lose some or all of their support because information and responsibilities are not transferred sufficiently. This is in part caused by the schools being organized outside the district services. These transition points are primarily between daycare and school, primary school and middle school, middle school and comprehensive school and when youth reach the age of 18.

Measures

Our interviewees described citizens searching for stability and social networks. “I want a safe grown-up for everybody, not just the kids”. One important mental health promotion measure would be to go even further in creating meeting points and social spaces also outside the services that have this as their special responsibility (i.e. the youth clubs). Many say that the well-baby clinic or daycare has this function for some citizens, and that this is not a good situation for the citizens nor for staff when there are no provisions made for this function. As it is, this becomes a social space only for those who demand it, an extraordinary service offered to a select few.

Further focus on equal services, hereunder citizen involvement, informed consent and good user surveys, will contribute to further developing mental health promotion and preventive work in the District of Alna. With full citizen and worker involvement this can be a hallmark of public health work.

3. Metode

Avgrensning

I denne undersøkelsen er det fokusert på bydelens tjenester og ansatte, og på deres arbeidshverdag. Dermed er en del områder det kunne vært naturlig å undersøke, som skolen, idrettslag osv kun nevnt i den grad de inngår i samarbeid med prosjektets informanter.

Ut fra undersøkelsens omfang og tidsperspektiv er heller ikke barn og unge i bydelen intervjuet direkte, selv om dette hadde vært en svært interessant vinkling. Det er strenge personvernkrav når man skal inkludere personer under 18 år i en undersøkelse, og ut fra bydelens befolkningssammensetning er det heller ikke innlysende hvordan informanter eventuelt skulle velges ut for å få et så representativt bilde som mulig. Vi valgte derfor i stedet å gå til Ungdata, hovedrapporten fra Ung i Oslo (Nova-rapport 8/15). Denne rapporten ble publisert ved prosjektstart, og vi har brukt den i sammenheng med Ungdata-besvarelser fra ungdom fra bydelen.

Ytterligere materiale er hentet inn fra tidligere prosjekt- og rapportarbeid i bydelen, samt fra prosjekter og samarbeidsinitiativ utført i andre norske byer, kommuner og internasjonalt.

Statistikk og bakgrunnsmateriale

Prosjektbeskrivelsen spesifiserte en kvantitativ del med fokus på statistikk og en kvalitativ del.

Statistikk er hentet primært fra Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no) direkte og fra Oslostatistikken som utgis av Oslo kommune basert på tall fra SSB. Alle kilder er oppgitt med tabellnummer der dette finnes, eller annen referanse.

I tillegg har vi hentet informasjon fra Ungdatas undersøkelse Ung i Oslo, som ble gjennomført uke 3-7/2015 og ga mye nyttig ekstrainformasjon om unge i bydelen og deres hverdag. Undersøkelsen er gjennomført blant ungdomsskole- og videregåendelever av Forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus, på oppdrag fra Velferdsetaten og Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester i Oslo kommune.

Vi har også gjennomgått relevante deler av bydelens planmateriale, samt Årsberetning 2014, og vurdert disse opp mot betydning og innsats på helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unges psykiske helse. Informasjon om tjenestene er i stor grad hentet fra Årsberetning 2014, med tilleggsinformasjon fra intervjuene og annen supplerende informasjon.

Kvalitative intervjuer

I uke 42/2015 gjennomførte vi intervjuer i bydelen, fokusgruppeintervjuer med utvalgte tjenester og personintervju med ledere og sentrale personer i bydelens tjenestetilbud. 6 fokusgruppeintervju og 7 personintervju ga nyttig og utfyllende informasjon. Intervjuene ble organisert av bydelens folkehelsekoordinator, Marte Bulie, som i samråd med lederne for de ulike enhetene fant deltakere til gruppeintervjuene og arrangerte tidspunkt og sted. De som av ulike grunner ikke kunne møte som avtalt fikk tilbud om å svare på mail i stedet, men alle intervjuene ble gjennomført som planlagt, om i noen tilfeller med færre deltakere enn planlagt. I tillegg har det vært hentet inn litt supplerende informasjon som avklaring i etterkant av intervjurunden.

Personvern

Intervjuene ble utført etter en veiledende mal, godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Alle informanter fikk tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring samt oversikten over hva vi ønsket å snakke med dem om i forkant av møtet. Alle skjema ligger som vedlegg. Intervjuene ble gjennomført med begge rapportffatterne til stede. Vi valgte å ikke bruke lydopptak, men noterte fortløpende. I tillegg er det hentet inn noe supplerende informasjon i etterkant.

Vi har i rapporten valgt å skrive inn informasjon fra intervjuene med begrenset informasjon om den som gir uttalelsen ut over arbeidssted. Dette for å øke anonymiteten til deltakerne. Der bakgrunnen ikke er nødvendig for utsagnene er denne derfor ikke oppgitt. En del sitater fra resultatsenhetslederne er også skrevet inn i materialet generelt uten at disse er identifisert direkte, om utsagnet ikke går direkte på lederansvar og -rolle.

4. Bakgrunnsbilde

I denne delen av rapporten går vi først gjennom utvalgte aspekter ved psykisk helse som del av en folkehelsesatsing, med referanser til tidligere forskning og andre interessante prosjekter. Deretter gir vi en rask oversikt over demografisk statistikk for bydelen sammenlignet med Oslo og med andre bydeler i Oslo, samt for delbydeler innad i Alna. Denne delen oppsummerer med en oversikt over grupper barn/unge som særskilt utpeker seg som sårbare i et psykisk helse-perspektiv. Avslutningsvis ser vi på hva «Ung i Oslo» forteller om hverdagen til ungdommene i Bydel Alna.

4.1 Folkehelseperspektiv

Som en konsekvens av folkehelseloven har bydelen fått ansvaret for å sikre befolkningens helse og samfunnets bærekraftige utvikling. Loven omtaler utjevning, bærekraftig utvikling, medvirkning, «føre var» og «helse i alt vi gjør» som grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet. Med bakgrunn i ny folkehelselov er ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid fordelt på alle samfunnssektorer. Hver enkelt tjeneste i Bydel Alna skal se sin virksomhet i tråd med ny lov og definere hvordan de kan bidra til en bedre tilrettelegging for innbyggernes helse og hverdag.

Målgruppen for folkehelsearbeidet i bydelen er hele befolkningen, men med et spesielt fokus på tiltak rettet mot barn og unge, samt grupper i befolkningen med økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer.

Psykisk helse er en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet oppfordrer folkehelsepolitiske beslutningstakere til å se:

[...] hvordan psykologiske, relasjonelle og sosiale faktorer kan hjelpe oss til å forstå sammenhengene mellom betingelser i miljøet og menneskers psykiske helse og livskvalitet. (Helsedirektoratet 2014/2: 1) ¹

I folkehelseperspektiv er ensomhet, stress, lite sosial støtte og manglende opplevelse av mestring sentrale utfordringer. Med positivt fokus kan vi fokusere på hvordan psykisk helse, trivsel og livskvalitet i hele befolkningen knyttes tett opp mot mestringsbetingelser. Med dette menes forhold i menneskers omgivelser og samhandlingsarenaer som fremmer «mestring, tilfredshet, tilhørighet, utvikling og vekst, autonomi, opplevelse av mening, delte mål og verdier og positive relasjoner» (ibid).

Mer enn helse?

Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsetjenesten (WHO, referert i Helsedirektoratet 2014/2: 5).

Når man skal integrere psykisk helse i folkehelsearbeidet må man inkludere kunnskap om forhold som påvirker psykisk helse og trivsel, og kunnskap om mekanismene som knytter dem sammen. Strukturer ved samfunnet som sosial trygghet, tilgang på arbeid og utdanning, lovgiving og

¹ «Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet» (rapport IS-2263) som er et særtrykk av Hdirs rapport «Samfunnsutvikling for god folkehelse» (Rapport IS-2203)

samtidskulturelle faktorer har betydning for befolkningens psykiske helse og trivsel. Høy sosial kapital henger sammen med høyere trivselsnivå og mindre helseproblemer, herunder psykiske. Gjensidig tillit, både mellom innbyggerne og mellom befolkningen og institusjoner, er viktig, og sosial støtte og samhold generelt.

I arbeidet med forebygging i folkehelseperspektiv kan man anvende flere strategier. Man ser befolkningen og miljøet som sammensatt av individer som i ulik grad utsettes for risiko for psykisk uhelse, av sammensatte årsaker. Man kan arbeide individorientert, direkte med de som viser tegn til uhelse, og behandle eller redusere konsekvensen av problemer som allerede har oppstått. Man kan også drive informasjonsarbeid, veilede og gi opplæring til befolkningen, for å bedre deres evne til å håndtere utfordringer og risiko. Endelig kan man arbeide med strukturene, miljøet og samfunnsforholdene, for å redusere risikofaktorene som bidrar til at enkeltindivider utvikler psykisk uhelse.

Sosial ulikhet

Mennesker med lang utdanning og god økonomi lever lengre og har bedre somatisk og psykisk helse enn mennesker med lavere utdanning og dårlig økonomi, sier statistikken for sosial ulikhet i helse. Også bomiljø kan spille inn. Hvilket nabolag en person bor i er bestemt av den sosioøkonomiske gruppen vedkommende tilhører. Dette bestemmes av flere faktorer der utdanning og inntekt er viktig, men også landbakgrunn, alder og kjønn er utslagsgivende. NIBR finner at personer med «ikke-hvit bakgrunn» kommer dårligere ut mht bomiljø enn "hvite", enslige forsørgere og eldre kommer også dårligere ut enn andre når det gjelder å bo i et bra, eller et mindre bra boområde. (Helgesen et al 2014:7). For en diskusjon av minoritetshelseperspektiv på sosial ulikhet i helse anbefaler vi SSB-rapport 2010/47, «Sosiale forskjeller i innvandreres helse – Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006».

Helsedirektoratet publiserte i 2015 rapporten *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsprosjektet*, utarbeidet av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBUE) vest. Denne diskuterer sammenhenger mellom lav sosioøkonomisk status og skoleprestasjoner, kognitiv utvikling og språk, og understreker det kritiske i å oppleve vedvarende fattigdom fra tidlig barndom til ungdomsalder (Bøe 2015). Rapporten gir også henvisninger til studier som diskuterer foreldrenes utdanningsnivå og økonomi opp mot foreldrekompetanse og muligheten for å bidra til utviklingsstøttende foreldreskap (ibid:19), og diskuterer implikasjoner for intervensjoner og tiltak.

En norsk undersøkelse (Elstad og Stefansen, 2014) viser at økonomi har direkte konsekvens for i hvilken grad ungdom opplever foreldrene som støttende og engasjerte². Forskerne problematiserer om det er manglende økonomisk evne til å følge opp barnas sosiale og materielle behov eller konkret bekymring for økonomi som utløser forskjellene, men ser klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og foreldrekompetanse. Denne undersøkelsen er utført i Norge og er dermed mer relevant enn tilsvarende undersøkelser fra UK og USA, som i mindre grad har den utjevne effekten velferdsstaten har vært forventet å ha her.

² <http://forskning.no/barn-og-ungdom-skole-og-utdanning/2014/10/rike-foreldre-er-mer-stottende-overfor-barna>

Håndbok

Canada har en mangfoldig befolkning, både hva angår språk og sosioøkonomiske forhold. The Canadian Council on Social Determinants of Health har arbeidet seg fram til og publisert en nyttig håndbok i hvordan man best kan nå fram til befolkningen når man skal arbeide med sosialt basert helseopplysning, både somatisk og psykisk: «Communicating the Social Determinants of Health – guidelines for common messaging» finnes på http://ccsdh.ca/images/uploads/Communicating_the_Social_Determinants_of_Health.pdf

Sosial støtte

Vårt sosiale nettverk har betydning for helsa vår, først og fremst ser det ut til at det er sosial støtte som er den helsefremmende faktoren, skriver Folkehelseinstituttet ³. En skjeller mellom følelsesmessig, bekreftende, informerende og instrumentell støtte. Familie og venner er viktige for all støtte, men i mange tilfeller er også det offentlige og det frivillige som er en viktig støttfaktor.

Opplevelsen av sosial støtte påvirkes av individuelle og sosiale faktorer:

- Personlighetsfaktorer knyttet til angst og manglende trygghet til andre mennesker reduserer sjansen for sosial støtte.
- Av sosiale faktorer er det strukturelle og kontekstuelle (relasjonelle) forhold som spiller en rolle. Av strukturelle forhold kan nevnes: alder, kjønn, familiestørrelse og sosioøkonomisk status. Når det gjelder kontekstuelle forhold, spiller nærmiljø og lokalsamfunn en rolle. Sosialt desintegreerte lokalsamfunn bidrar til at sosiale nettverk går i stykker, at sosial støtte reduseres og at psykiske plager øker i befolkningen.

Tiltak som bidrar til å styrke opplevelsen av sosial støtte er helsefremmende og kan redusere hyppigheten av både psykiske og somatiske lidelser.

- Forebyggende tiltak kan være rettet mot individer eller grupper som står oppe i særlig belastende livssituasjoner, for eksempel dødsfall i nærmeste familie, skilsmisse eller tap av arbeid.
- Forebyggende tiltak kan også rettes mot dårlig fungerende nærmiljø, for eksempel i form av tiltak som utvikler og styrker den sosiale integrasjonen.
- Også individuelle tiltak som tar sikte på å bedre en persons evne til sosial kontakt med andre mennesker ("social skills training"), kan styrke opplevelsen av sosial støtte og dermed virke helsefremmende.

For mer informasjon og forskning henvises til Folkehelseinstituttets nettsider.

Gode grep i skolen

Utenom familien er skolen barn og ungdoms viktigste arena. NOU 2015: 2 «Å høre til — Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø» har stort fokus på tilhørighet og oppmerksomhet rundt sosiale forhold i skolen. «Vi vet at mestring av skole og utdanning er den enkeltfaktoren som ser ut til å

³ <http://www.fhi.no/artikkel/?id=69765>

ha størst betydning for å lykkes i voksenlivet», har BUFDIR-direktør Mari Trommald uttalt, og norsk og internasjonal forskning viser stadig nye eksempler på at dette stemmer.

Aksjonen «Boken som mangler» anbefaler at skolen satser på psykisk helse som eget fag, herunder de viktige punktene:

- **Kunnskap:** Styrk informasjon og forskning på psykisk helse blant barn og unge.
- **Kultur:** Gjør skolen til et sted der utvikling av positiv psykisk helse, forebygging av psykiske plager og tidlig identifisering av psykiske lidelser når alle.
- **Kompetanse:** Tren alle skoleansatte i psykisk helse.
- **Kontekst:** Se på skolen som del av et større nettverk av interessenter og institusjoner som arbeider med barns og unges psykisk helse i lokalsamfunnet.

Les mer på <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/mangler-strategi-for-psykisk-helse-i-skolen>

I artikkelen *Sårbare barn i skolen* av Jarmund Veland og May Linda Hamm (Bedre skole 3/2015) identifiserer de fire særlig sårbare grupper barn av rusmisbrukere, barn av foreldre med psykiske problemer, flyktningbarn og barn som er under barnevernstiltak. De finner at det å ha flere kompliserende faktorer sterkt øker sjansen for at barnet opplever mobbing, problemer med andre barn eller med lærerne. Endelig trekker artikkelforfatterne fram syv punkter det må fokuseres på for å sikre bedre inkludering av sårbare barn:

- identifisering
- samarbeid med foreldrene
- erfaringsdeling
- relasjonsdesign
- skolens læringsmiljø
- tidlig intervensjon
- offentliggjøring av skolens evne til inkludering

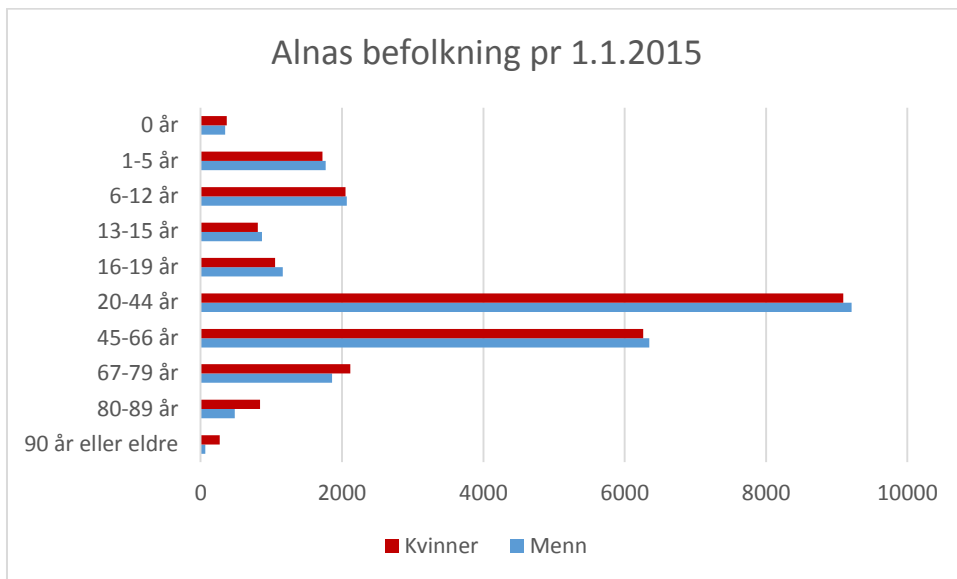
Undersøkelsen omfattet 7420 elever på 98 skoler i 10 kommuner. Den ble gjort i 2001, men det er ikke gjort lignende storskala spørreundersøkelser siden, så den er fortsatt aktuell.

For den ene undergruppen, barn av psykisk syke foreldre, rapporterer UiT om et interessant prosjekt fra Sørlandet sykehus hvor anonym nettchat hadde svært positiv effekt⁴.

⁴ Ref Trondsen, Marianne V.: "Vi er ikke syke mennesker - vi har bare et behov for å snakke". *En kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder*. Ph.d.-avhandling. UiT 2014. <http://forskning.no/barn-og-ungdom-internett-kommunikasjon-sosiologi/2014/06/hjelp-til-sjolvhjelp-pa-nettet>

4.2 Statistisk bakgrunn

Ved inngangen til 2015 hadde Oslo 642 500 innbyggere, og 48 500 av disse bodde i Bydel Alna.

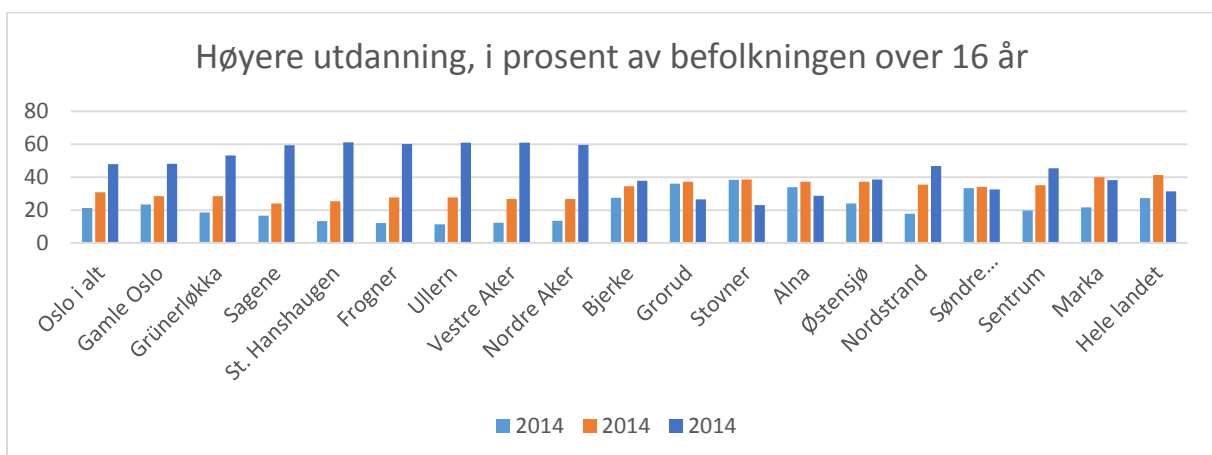


Kilde: SSB, tabell 10826: Folkemengde etter kjønn og alder 1. januar.

En todelt by? Utdannings- og inntektsforskjeller i Oslo

Det vi i dag gjerne regner som vestkantbydelene er St. Hanshaugen, Frogner, Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker. Ofte blir også Nordstrand inkludert, ettersom bydelen har mange fellestrekk med de øvrige vestlige bydelene. Østkanten består av bydelene i indre øst, Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene, samt drabantbyene i ytre nordøst og syd, Bjerke, Grorud, Stovner, Alna, Østensjø og Søndre Nordstrand.

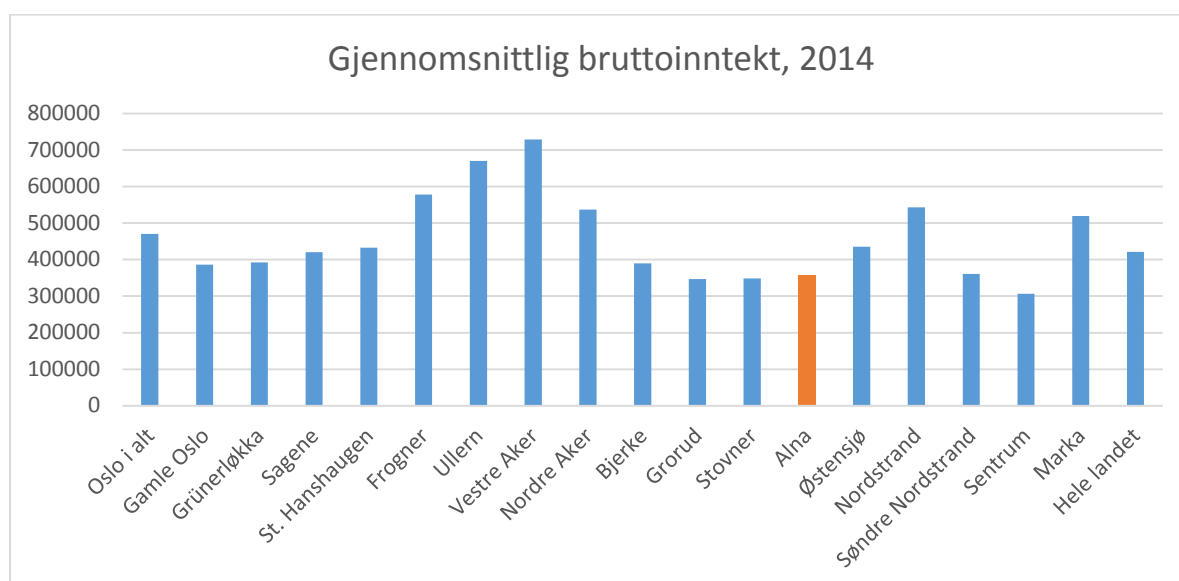
Hva angår generelle levekår er også i bydelene i øst at vi finner størst andel personer med lav inntekt, lavere sysselsetting og lavere utdanning. Om vi sammenligner med Oslo-snittet og med landet som helhet, ser vi imidlertid at ulikhetene innad i byen er større enn mellom østkantbydelene og landssnittet. Som eksempel kan man se på utdanningsprofilene til bydelene, hvor bydelen i vest skiller seg klart ut på at de har en mye høyere andel med utdanning på høgskole- og universitetsnivå enn landet som helhet, og enn Oslosnittet:



Kilde: SSB, tabell 08921: Personer 16 år og over, etter kjønn, alder og utdanningsnivå. Absolutte tall og prosent.

Befolkningsprofilen til befolkningen i indre by øst (Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene) skiller seg ikke i betydelig grad fra de vestlige bydelene selv om andelen med grunnskole som høyeste fullførte utdanning og andelen med uoppgitt eller ingen fullført utdanning er noe høyere. Sagene bydel har en befolkning som er blant de høyest utdannede i hele byen. Bydelene i Groruddalen, samt Søndre Nordstrand og Østensjø skiller seg tydeligst fra de øvrige bydelene ved å ha 2-3 ganger så høy andel med grunnskole som høyeste utdanning og en langt lavere andel med universitets- og høyskoleutdanning.

Gjennomgående er det de østlige bydelene, og da særlig drabantbydelene Grorud, Stovner, Alna og Søndre Nordstrand, som har lavest alminnelig inntekt. På toppen av inntektsstatistikken finner vi Vestre Aker og Ullern. En gjennomsnittsperson i Vestre Aker bydel tjener nesten 300 000 kroner mer enn gjennomsnittspersonen i Bydel Grorud. Også her er imidlertid forskjellene mellom landet og deler av Oslo mer påfallende.

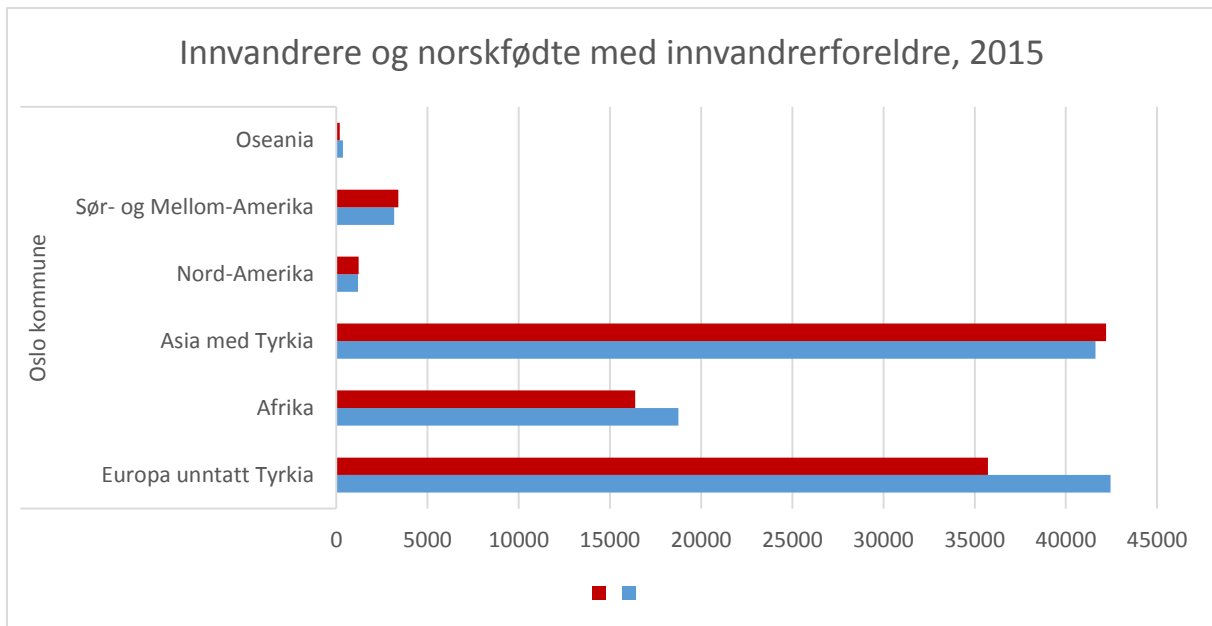


Kilde: SSB, tabell 05854: Hovedposter fra ligninga for bosatte personer 17 år og eldre, etter alder.

Etnisk bakgrunn

Oslos befolkning har bakgrunn fra mer enn 200 ulike land, og 31 prosent av innbyggerne har bakgrunn fra andre land enn Norge (enten ved at de er født i annet land eller at begge foreldrene er det).

Den etniske sammensetningen varierer sterkt på tvers av Oslos bydeler. I Oslo bor det i dag nesten 137 000 mennesker med bakgrunn fra land kategorisert som «Asia, Afrika og Latin Amerika». Av disse bor 80 prosent i de østlige bydelene, og da i særdeleshet bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand, hvor omtrent halvparten av innbyggerne har opprinnelse fra et annet land enn Norge.



Kilde: SSB, tabell: 07108: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter kjønn og landbakgrunn.

Fattigdom i barnefamilier

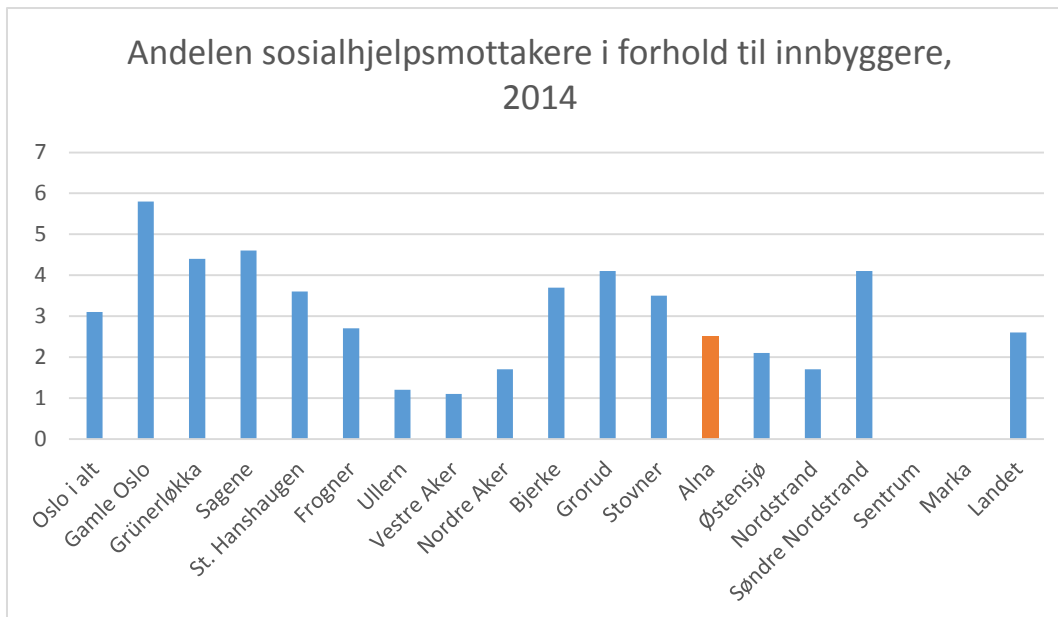
Barn i innvandrerfamilier er kraftig overrepresentert på Oslo-statistikken over fattigdom i barnefamilier. En analyse SSB har gjort av fireårs-perioden 2009 til 2012 viser at åtte av ti barn i lavinntektsgruppen har innvandrerbakgrunn. I samtlige av de østlige bydelene er det en større andel blant husholdningene med barn under 17 år som har lav inntekt enn blant alle husholdninger sett under ett. Dette henger mest sannsynlig sammen med en større innvandrerbefolkning i de østlige bydelene, barnefattigdom er i stor grad et innvandrerfenomen (for mer informasjon se Epland og Kirkeberg, 2014).

På landsbasis vokste ti prosent av barn under 18 år opp i lavinntektsfamilier i 2012 regnet etter EU-målestokken. I Oslo var andelen 17 prosent. I Gamle Oslo regnes hele 32 prosent av barna som fattige. Nordstrand er den eneste bydelen i øst som har lavere barnefattigdom enn landsgjennomsnittet, men også Frogner og St. Hanshaugen i vest har en høyere andel fattige barn enn i landet forøvrig.

I følge bydelens handlingsplan mot fattigdom i barnefamilier (2013-2016) er det nærmere 20 % av barna i Alna som lever i fattige familier, mot et snitt i Oslo på 14,4 %, og dette har en klart etnisk dimensjon. For barn og unge er det særlig familieøkonomi som spiller inn, herunder foreldrenes sosiale status og tilhørende problematikk.

Ser vi på Folkehelseprofilen for Bydel Alna fra Folkehelseinstituttet, så ser vi at Bydel Alna har særlig dårlig score på sosioøkonomiske forhold. Folkehelseprofilens side 2 har særlige anbefalinger knyttet til barn og unges psykiske helse. Profilen for 2015 ligger som vedlegg til rapporten⁵.

⁵ www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofil



Kilde: SSB, tabell 04932, andel sosialhjelpsmottakere i forhold til innbyggere, prosent.

Faktaark om befolkning, levekår og boforhold fra Oslostatistikken ligger som vedlegg til rapporten.

Anbefalt lesing: SSBs *Fortsatt store forskjeller i levealder i Oslo*, Samfunnsspeilet 4/2013

4.3 Ung i Oslo

Ungdata, her ved tallene fra Ung i Oslo 2015, samles inn av forskere fra NOVA, norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Ung i Oslo er finansiert av Oslo kommune ved Velferdsetaten og Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, og er en av de største ungdomsundersøkelsene som er gjennomført i Norge, med mer enn 24 000 deltakere. Av disse kommer rundt 1800 fra Bydel Alna, og vi har fått tilgang til svarprosenten fordelt på kjønn og på ungdomsskole/videregående.

Ser man på tallene som presenteres i hovedrapporten «Ung i Oslo 2015» (Andersen og Lie, NOVA-rapport 8/2015) finner man en del tall for hvordan Bydel Alna ligger an i forhold til andre bydeler og til Oslo totalt. De trekker også opp en del generelle trekk: De unge i de østlige bydelene er mindre aktive både fysisk og i fritidsaktiviteter, er mindre fornøyd med foreldrene sine og arbeider mer med skolen (særlig de med to foreldre som er født i utlandet). Skoletrivselen er generelt høy, men det er ungdommen i vest som i størst grad har utdanningsplaner.

Hva angår bruk av rusmidler er det ungdommen i vest som markerer seg på bruk av alkohol, og det øker med sosial status. Også blant ungdom med innvandrerbakgrunn er det klart høyere forekomst av alkoholbruk i vest enn i øst. Det oppgis også at ungdommen i øst bruker cannabisprodukter i mindre grad enn ungdommen i vest, noe mange i vårt intervjumateriale hadde notert seg og kommenterte på at de var usikre på validiteten i. Rapporten hevder at:

Færre ungdom med innvandrerbakgrunn har brukt cannabis sammenlignet med de uten innvandrerbakgrunn. Dette er trolig hovedforklaringen på lavere andeler i øst. Når det gjelder sosial bakgrunn, viser undersøkelsen at både sosioøkonomiske ressurser i familien og innvandrerbakgrunn har betydning: blant de unge med

norskfødte foreldre er det de med minst ressurser hjemmefra som har høyest sannsynlighet for å ha brukt cannabis. For de med innvandrerbakgrunn gjelder dette derimot de med mest slike ressurser i familien. (Andersen og Lie 2015:3-4)

Undersøkelsens hovedrapport går også inn i fordelingen på ungdom med og uten innvandrerbakgrunn på flere spørsmål i undersøkelsen, og viser hvilke forskjeller man kan merke seg. De finner at jevnt over er det små forskjeller på ungdom med og uten ulik grad av innvandringsbakgrunn, og omfanget av skoletrivsel, utdanningsplaner og psykisk helse har liten eller ingen sammenheng med dette. Derimot finner de at ungdom med innvandrerbakgrunn har «mer disiplinert livsstil» (ibid:4), men de er også mindre aktive i organiserte fritidsaktiviteter og trener mindre. Sosioøkonomiske forhold i familien har større betydning, særlig på skole og helse, «og er langt viktigere som ulikhetsskapende faktor enn hvorvidt ungdommene har innvandrerbakgrunn eller ikke» (ibid:5).

Rapporten peker særskilt på utviklingen i jenters mentale helse, og kaller dette det mest alvorlige utviklingstrekket som avdekkes i rapporten. Andelen jenter som scorer negativt på psykisk helse er nesten fordoblet siden midten av 1990-tallet, og også hos gutter er det en økning de siste to tiårene, selv om det har vært en stabilisering og en viss nedgang de siste årene.

Jevnt over, sier rapportforfatterne, er det en langsiktig positiv utvikling for Oslo-ungdommene. Men selv om flertallet har det bra er det rom for betydelig forbedring av livskvaliteten til mange av byens ungdommer (ibid:6).

4.4 Ung i Bydel Alna

Skole

Vi har sammenlignet ungdommen i bydelen med bydelene rundt, men finner at det i liten grad er grunn til å systematisk gjengi sammenligninger – det er få gjennomgående trekk som peker seg ut. For særlig interesserte er detaljer for hver bydel samt fordeling på kjønn og foreldres bakgrunn for en del spørsmål i undersøkelsen gjengitt i NOVA-rapport 8/2015.

Bydelsungdommene ligger akkurat på snittet for Oslo når de gjelder å trives på skolen. Her scorer ungdomsskoleelevene og de som har to foreldre født i utlandet høyest i bydelen. Det samme, men enda mer utpreget, finner vi på tid brukt på lekser, hvor Alnaungdommene ligger 5 prosentpoeng over bysnittet. Andelen som tror de vil ta høyere utdanning ligger litt under snittet for Oslo, og her er det markert forskjell på de som har to foreldre født i utlandet (82 %) og de som har en eller begge foreldre som er født i Norge (67 %).

Hva skolen angår er det noe nedgang i trivsel og følelsen av å passe inn fra ungdomsskolen til videregående, men andelen som ikke trives, gruer seg og/eller føler at de må bruke helgene til å gjøre skolearbeid er relativt uforandret. Det er heller ikke store kjønnsforskjeller på dette punktet. Tiden som brukes på lekser ser ut til å synke på videregåendenivå, og her er det store kjønnsforskjeller. Mens 55 % av guttene på ungdomsskolen bruker «1-2 timer» eller «2 timer eller mer» på leksene, er det 72 % av jentene som svarer det samme, på videregående er tallene henholdsvis 44 % og 63 %.

Konflikter i skolen er mer vanlig på ungdomsskolenivå, og mer for gutter enn for jenter, mens skulking blir vanligere på videregående (og her er det liten kjønnsforskjell, men noe mer jenter). Plaging, trusler og utfrysing – både å være med på og å oppleve – er også relativt mer vanlig på

ungdomsskolen, men nivået og frekvensen er lave. Jentene oppgir å være utøver i mindre grad enn guttene og ungdomsskolejentene ser også ut til å være mer utsatt for dette på nett eller mobil – 7 % oppgir å oppleve dette månedlig eller oftere.

Fritid

Ser vi på tallene for Alna isolert, ser vi at foreldrene har noe mer kontroll over barnas fritid, hvem de er sammen med i fritiden og på nett, når de går på ungdomsskolen enn på videregående, men det er ikke store forskjeller i krangling verken i familien eller mellom ungdommene og familien. Det er imidlertid noe høyere konfliktnivå mellom jentene og familien, ca 20 % av jentene mot 15 % av guttene oppgir å krangle «ofte» med foreldrene. På ungdomsskolen er det ganske likt mellom kjønnene i gruppen som «alltid» har avtale om når de skal være hjemme (jentene 47 %, guttene 43 %) mens på videregående er det 25 % av guttene og 37 % av jentene som oppgir det.

Hva status angår, er det mellom 10 og 15 prosentpoeng flere gutter enn jenter på ungdomsskolen som oppgir at å ha et bra utseende og moteriktige klær øker status, mens andelen er helt lik på videregående.

Organisasjonsliv ser ut til å avta med alderen, 45 % på ungdomsskolen svarer at de er med i en organisasjon nå, mot 32 % i videregående. Andelen som «aldri har vært med» er hhv 21 og 24 %, så dette stemmer med et bilde av at deltakelsen avtar i ungdomsårene.

Det er elevene på ungdomsskolen som er mest aktive i organiserte fritidsaktiviteter (59 % mot 39 % på videregående), og her er innvandrerbakgrunnen relativt lite utpreget. Her er det markerte kjønnsforskjeller. I snittet for Oslo ser vi at 48 % av jentene og 57 % av guttene svarer at de er med nå, hhv 33 og 29 % har vært med tidligere, og hhv 19 og 14 % har aldri vært med. For Alnaungdommene er andelen som deltar og har deltatt lavere, særlig for jenter:

<i>Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner?</i>	Gutter US	Jenter US	Gutter VGS	Jenter VGS
Ja, jeg er med nå	52%	37%	39%	27%
Nei, men har vært med tidligere	31%	37%	45%	44%
Nei, har aldri vært med	16%	26%	17%	29%

Kilde: Ungdata

I neste spørsmål finner vi at det særlig er i idrettslag og fritidsklubb at frafallet skjer, og særlig i prosentandelen som deltar mye i disse.

<i>Brukt en eller flere ganger/mnd</i>	Gutter US	Jenter US	Gutter VGS	Jenter VGS
Fritidsklubb/ungdomshus/-klubb	47%	38%	24%	16%
Idrettslag	64%	39%	46%	23%

Kilde: Ungdata

Dette speiles nok også i spørsmålene om hvor fornøyde ungdommene er med lokalene hvor de kan treffe andre unge på fritiden, hvor 64 % på ungdomsskolen mener dette er svært/nokså bra, mot 49 % på videregående.

Også i spørsmålet om hva de bruker fritiden til er det store likheter mellom ungdomsskole og videregående, men det skiller seg på punktene Onlinespill (mer på ungdomsskolen) og at flere på ungdomsskolen bruker kvelden sammen med foreldrene. Hva angår onlinespill er kjønnsforskjellene, ikke overraskende, store. Mens 70 % av ungdomsskoleguttene og 62 % på videregående har svart at

de har spilt onlinespill med andre «en eller flere ganger» siste uke er andelen for jenter henholdsvis 21 % og 15 %.

Skjermtid generelt er noe økende fra ungdomskolen til videregående. Andelen i Bydel Alna som «bruker mye tid foran en skjerm» er 51 % i Alna, mot 47 % i snitt for Oslo. Ser vi på spørsmålet om hvordan de bruker kveldene, er det 39 % av ungdomsskoleguttene som svarer at de spiller dataspill/TV-spill 2 timer eller mer, mot 8 % av jentene, mens 48 % av jentene og 28 % av guttene oppgir å bruke to timer eller mer på sosiale medier som Facebook, Instagram etc. På videregående går andelen som bruker mye tid til TV- og dataspill noe ned (til hhv 31 og 4 %) mens sosiale medier går opp til 35 % for gutter og 55 % for jenter i gruppen som svarer «to timer eller mer».

Helse

Ungdommene i Alna ligger på snittet for Osloungdom når det gjelder andel som er litt eller svært fornøyd med helsa si, 71 %.

Hva angår helsetjenester er det noe høyere forbruk på videregående, særlig av psykolog/psykiatertjenester og helsestasjon for ungdom, mens ungdomsskoleelevene bruker helsesøster mer. Legevakt og fastlege bruker de med omtrent samme frekvens. Kjønnsdelt ser vi at jentene jevnt over bruker helsetjenestene mest, med økning med alder – unntaket er legevakt hvor guttene har marginalt høyere andel som svarer at de har brukt legevakten «minst én gang» (37 % mot jentenes 35%).

<i>Brukt minst én gang:</i>	Gutter US	Jenter US	Gutter VGS	Jenter VGS	Gutter Oslo	Jenter Oslo
Psykolog	5%	10%	8%	14%	8%	13%
Helsestasjon for ungdom	8%	10%	9%	19%	8%	15%
Helsesøster/skolelege	40%	47%	26%	39%	31%	44%
Legevakt	45%	37%	37%	35%	39%	36%
Vanlig lege	67%	64%	61%	73%	61%	68%

Kilde: Ungdata

Det er omtrent samme forekomst av fysiske plager på begge skolenivå, men deler vi på kjønn ser vi at jentene oppgir større del plager, og at forekomsten øker noe fra ungdomsskolen til videregående.

Selvbilde

Jevnt over ligger Alnaungdommen bra an på selvbilde i forhold til gjennomsnittet, 86 % er fornøyd med seg selv med et Oslosnitt på 84 %. Likevel ser vi at spørsmålene som går på opplevelse av seg selv og livet sitt, «Jeg er ofte skuffet over meg selv», «Jeg liker ikke den måten jeg lever livet mitt på», «Jeg er svært fornøyd med hvordan jeg er», «Jeg er stort sett fornøyd med meg selv» og «Jeg liker meg selv slik jeg er» viser en liten men negativ utvikling fra ungdomsskole til videregående. Når vi deler på kjønn ser vi at jentenes forhold til seg selv er stort sett uendret fra ungdomsskole til videregående. Det er blant guttene endringen til det negative skjer, hvor andelen som svarer at «jeg er ofte skuffet over meg selv» går fra 19 til 27 %. Det er likevel jentene som i størst grad gir negative svar her.

Psykisk helse

Det samme finner vi i de negative symptomene som beskrives i de to neste spørsmålssettene, om anspenhet, sinne, håpløshet osv. Andelen jenter som viser «høy grad av depressivt stemningsleie» øker fra 19 til 29 %, guttenes fra 6 til 13 % fra ungdomsskolen til videregående. Dette antyder at det er mange av ungdommene i bydelen som sliter. Jentene sliter i markant større grad enn guttene, men guttenes relative økning i symptomer fra ungdomsskolen til videregående er større enn jentenes.

Rusmidler

Ungdommene beskriver et forholdsvis lavt forbruk av rusmidler, fra tobakk til alkohol og hasj/marihuana, særlig sett mot landssnittet⁶. Andelen som har vært tydelig beruset i Alna er 20 % mot et Oslosnitt på 31 %, Frogner og Ullern «topper» med 46 %. 8 % på ungdomsskolen i Alna svarer bekreftende på dette, mot 33 % på videregående, her ligger man lavere enn de andre bydelene i Groruddalen. Det er ungdommer med en eller begge foreldre født i Norge som i større grad har vært beruset.

På cannabisbruk ligger bydelen helt i bunnen for Oslo, med 7 % som oppgir å ha brukt slike rusmidler.

Forbruket øker som nevnt noe med alder, men der det er forskjell på (det lave) antallet gutter og jenter som svarer bekreftende på bruk av narkotisk stoff, doping, hasj eller marihuana og drukket til tydelig beruselse, er disse forskjellene mer eller mindre utvisker i videregående. Det går klart fram at man mener å ha mulighet for å skaffe seg tilgang til hasj/marihuana om man ønsker, 41 % på videregående og 19 % på ungdomsskolen svarer bekreftende på dette, litt flere gutter enn jenter.

Ung i Oslo 2015 danner også bakgrunnsstoffet for OsloSpeilet 2/2015, som har tema som «Osloungdommen i tall», «Barne- og ungdomskriminalitet» og «Sunn Osloungdom?».

4.5 Målgrupper for bydelens innsats

Tabellen under viser bydelens befolkning pr. 1.1.2015:

0 år	1-5 år	6-12 år	13-15 år	16-18 år	19-24 år
716	3491	4115	1679	1092	3441

Kilde: SSB, tabell: 10826: Folkemengde, etter kjønn og alder. 1. januar (B)

Det fødes mellom 700 og 800 barn i bydelen hvert år. I aldersgruppen 1-5 år, altså barnehagealder, er det ca. 3500 barn, mens vi finner i overkant av 4100 i barneskolealder (6-12 år). På ungdomsskolen er det rundt 1700. Det er i stor grad Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og barnehagen som er bydelens berøringspunkt mot disse, Helsestasjonen hele veien fra jordmortjenesten via Helsestasjonens program for barn til Skolehelsetjeneste og Helsestasjon for ungdom. I tillegg kommer tjenester fra fysio- og ergoterapi, Fagsenteret for barn og unge, barnevernet og NAV.

Det er 1100 ungdommer i aldersgruppen 16-18 i bydelen, og 3400 i aldersgruppen 19-24. Disse er dels i videregående opplæring, dels i jobb eller i jobbsøkerfasen, og møter først og fremst bydelens tjenester gjennom skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, seksjon Kultur, møteplasser og

⁶ Dette kommenteres flere steder av informantene i rapporten, særlig de som arbeider aktivt med barn og unge i bydelen.

frivillighet (fritidsklubber og annet) og gjennom NAVs skolerelaterte tjenester (felles stat og kommune).

Særlig sårbare grupper

Etter gjennomgang av litteratur samt det som fortelles fra bydelens tjenester er det barn og unge fra familier med dårlig økonomi og andre levekårsutfordringer som peker seg ut som særlig satsingsområde. Psykisk helse må sees som et kompleks av individuelle egenskaper og utfordringer, omgivelser og strukturer, og det framstår som særlig viktig å se på samhandlingspunkter (som i denne rapporten) og områdene hvor det «glipper» mellom tjenester og i innbyggernes forhold til tjenestetilbud og muligheter.

Handlingsplan for psykisk helsearbeid i Bydel Alna 2012-2016 er under rulling, og funnene i dette prosjektet skal bringe innspill til dette arbeidet. Planen ivaretar spesielle målgrupper med særskilte behov blant barn/unge, dvs barn av psykisk syke foreldre og/eller med rusavhengighet, samt volsutsatte barn. Det arbeides med å identifisere særlig sårbare grupper som kan innlemmes i videre planarbeid, og noterer oss at det i Byrådssak 13/15 om en helhetlig handlingsplan for psykisk helsearbeid i kommunen er klar vektlegging av barn og unge.

Handlingsplan mot fattigdom i barnefamilier Bydel Alna 2013-2016 viser at det er stor bevissthet om viktigheten av sosial utjevning i bydelen, og vi ser flere eksempler på avbøtende tiltak for å redusere barns/familiers opplevelse av fattigdom. Det er særlig barnehagene og Enhet kultur, møteplasser og frivillighet hvor dette nevnes gjentatte ganger i intervjuene.

I tillegg til de omtalte særlig sårbare gruppene barn av psykisk syke foreldre, barn av rusmisbrukere, flyktningbarn og barn under barnevernstiltak er det noen grupper som nevnes gjentatte ganger i intervjuene med bydelens ansatte. Vi får ikke noen anslag på tall, men beskrivelsene av dem det gjelder går igjen:

- «De stille jentene», også omtalt som «de flinke», de som ikke oppsøker tilbud og i liten grad er kjent for tjenesteapparatet. Det later til å være en enighet om at det her kan være en del som med fordel kunne fått flere tilbud.
- Vegrerne, de som trekker seg unna skole, fritidstilbud og isolerer seg. Det er stor enighet om at dette er barn og unge man senere vil møte igjen med større problemer, og det er et tydelig ønske om å kunne sette inn tidlig innsats.
- Barn i familier med kort botid og barn av arbeidsinnvandrere nevnes som grupper som kan trenge særlig oppsøking og i en del tilfeller kanskje ikke får de tilbudene de kunne hatt nytte av.
- Overgangsfasene mellom barnehage og skole og mellom de ulike skolenivåene nevnes flere steder som en kritisk fase, hvor etablerte samarbeid kan glippe når nye personer skal inn i gruppene.
- De som har foreldre som ikke i stor nok grad er i stand til å være sine barns advokater og støttespillere – dette kan skyldes språk, egen bakgrunn og erfaring, eller andre forhold.
- Fagsenteret for barn og unge, men også andre i systemet, beskriver en særlig utfordring med barn og unge med autismespekterdiagnoser og kommunikasjonsvansker som trenger tett oppfølging, målrettede tiltak og foreldreveiledning. Her beskrives det at man har godt samarbeid rundt disse i barnehagealder, men at samarbeidet kan glippe når barnet begynner på skolen. Når puberteten inntreffer får man da henvendelser igjen, fordi det da har utviklet seg en situasjon hvor familie og skole opplever rigiditet og atferdsvansker hos den unge.

5. Bydelens tjenester for barn og unge

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for bydelen som helhet. Det involverer alle bydelstjenestene som er i kontakt med barn og unge. Enkelte tjenester jobber uttalt med barn og unges psykiske helse som f.eks. Fagsenter for barn og unge og Helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Også andre tjenesters arbeid påvirker barn og unges psykiske helse, som barnehagene, barnevernet, fritidstilbud som ungdomskubbene og indirekte NAV.

Bydelen har bedt om å få oversikt over hva som er effektiv innsats for å fremme psykisk helse og forebygge og bekjempe psykiske plager og lidelser gjennom bydelens tilbud og tjenester. Det er også behov for å se på hvordan tjenestene jobber på tvers, hva det er som gjøres for hvilke målgrupper og om tiltakene treffer de ulike målgruppene.

Vi har her valgt å hente informasjon om tjenestene fra bydelens resultatdokumenter og planer. I tillegg er det gjennomført intervju med ansatte og ledere i de ulike tjenestene, hvor de selv fikk presentere sitt arbeid og det de ser som styrker og utfordringer i arbeidet med barn og unges psykiske helse i bydelen. Her presenterer vi hver tjenestes hovedutfordringer, herunder kommunikasjon, samarbeid med andre tjenester og utenfor bydelen, og forhold de mener har særlig relevans for sine brukere. I tillegg har vi lagt inn kategorien «andre særskilte utfordringer» hvor forhold som er mer spesifikke for én tjeneste presenteres.

5.1 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjonen skal være et lavterskeltilbud til alle barn og deres foresatte, og har ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge fra 0-20/23 år som bor i Bydel Alna. Tjenesten tilbys individuelt og i grupper. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten yter tjenester i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3 § 3-1,3-2, 3-3 og 3-4. Helsestasjonstjenesten har også en sentral rolle i bydelens miljørettede helsearbeid. Tjenesten omfatter:

- Helsestasjon 0-5 år
- Skolehelsetjeneste ved barne-, ungdoms-, og videregående skoler, totalt 17 skoler
- Helsestasjon for ungdom
- Smittevern, tuberkulosekontroll
- Svangerskapsoppfølging
- Ergo- og fysioterapitjeneste for barn og unge
- Fysioterapitjeneste ved Haukåsen skole som er byomfattende.

Hovedmål: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

- Ha en god og lett tilgjengelig helsestasjon og skolehelsetjeneste til barn og unge og deres foresatte
- Bidra til at barn og unge i risiko skal få hjelp så tidlig som mulig
- Benytte ulike metoder for å identifisere, avdekke og følge opp barn og unge som trenger tjenesten mest
- Mestring og ressursmobilisering for foreldre gjennom varierte veiledningstiltak
- Forhindre og avdekke overgrep mot barn
- Styrke samarbeidet mellom skolehelsetjenesten, HFU og andre som jobber med ungdom i bydelen.
- Økt tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling med fokus på å utvikle forebygging og helsefremmende tilbud/tiltak.

Helsestasjons- og jordmortjenesten oppgir at i arbeidet med de minste barna er det fokus på samspill, motorisk og reguleringsmessig utvikling, de prøver å se hele familien om mulig, og deltakerne i gruppen gir inntrykk av å være bevisst og faglig svært dyktige.

Jordmortjenesten var ikke med i gruppeintervjuet, men ble omtalt av flere i andre intervju som svært bevisste og erfarne når det gjelder viktigheten av å fokusere på foreldrenes, og særlig mors, psykiske helse i svangerskaps- og barseltid. Bydelen satser på barselbesøk til førstegangsfødende og barn/familier i risiko. Helsesøster skal også ha særlig ansvar for gitte barnehager.

Skolehelsetjenesten, helsesøster på skolen, brukes mye, nesten annenhver ungdomsskoleelev har oppgitt å kontakte henne, samt hver fjerde gutt og to av fem jenter på videregående. Tallene samsvarer bra med snittet for Oslo ellers, og understreker viktigheten av at helsesøster er til stede og tilgjengelig. For de forteller at det er viktig å ta seg tid også her, at dette er en tjeneste som arbeider godt og målrettet mot ungdom. Helsesøster i videregående oppgir at de bruker mellom 60 og 70 % av sin tid i skolen til psykisk helse. På spørsmål om hva det handler om kommer stikkordene tett: *kultur, seksualitet, krav, slit, kropp.*

Det deltakerne forteller fra skolehelsetjenesten har stort fokus på psykisk helse. De opplever det som en tydelig utfordring at mange skolebarn på ulike alderstrinn sliter med psykiske helseproblemer av ulik alvorlighetsgrad.

De forteller om gode samarbeid med skolen og prosjektarbeid i skoler og klasser som de føler gir svært god uttelling, samtidig som de kjenner på manglende mulighet for oppfølging i etterkant. Ved en skole har de samarbeidet i et eget kunstprosjekt som et tiltak innenfor psykisk helsearbeid. Målet har vært å øke bevissthet på følelser, det å uttrykke følelser gjennom kunst som uttrykksform. Videre har de vist filmen «Trøbbel» som handler om ord og språk for følelser, kropp og grenser, og opplevde dette som svært virkningsfullt.

Skolehelsetjenesten fra barne- og ungdomsskole til videregående har stor tillit i befolkningen, og de er seg svært bevisst ansvaret dette gir. Tilstedeværelse, det å være tilgjengelig når tidspunktet er riktig, framheves veldig av deltakerne i gruppeintervjuet, som sentralt i å kunne fortsette å ha denne gode rollen, de er svært fornøyd med at det de opplever vilje til videre styrking av tjenesten.

Helsestasjon for ungdom (HFU) framheves over hele feltet som et godt og målrettet tiltak. Her er flere tjenester inne, med psykolog, lege og helsesøster med særlig kompetanse. Psykolog fra Fagsenter for barn og unge var med på intervjuet. Hun er en av to psykologer fra Fagsenteret for barn og unge som bidrar fast i HFU. Vi fikk gjennom omtale fra andre inntrykk av at de arbeider svært godt og også samarbeider bredt der det trengs. Det henvises til HFU fra skolen, og Fagsenteret nevner særlig dette som et godt lavterskeltilbud.

De som jobber på ungdomshelse er veldig drillet, alle har hatt kurs i psykologisk førstehjelp, motiverende samtale, barnesamtalen.

Vi ser også av Ung i Oslo at tilbudet benyttes av ungdommen i Alna, noe det stilles spørsmål ved i NOVAs evaluering av helsestasjonstjenesten i bydelen i 2011. De baserte seg på et visst antall intervjuer med ungdom i bydelen, men vi ser fra Ung i Oslo-tallene at bruken tilsvarer resten av byens. Særlig på videregående er andelen jenter som oppsøker tilbudet nesten dobbelt så stor som for gutter (19 % mot 10 %). Dette samsvarer med tall fra undersøkelser andre steder, og viser at også dette er et viktig tilbud, særlig for jentene.

Samarbeid

Alle nivåene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten forteller om bredt og utstrakt samarbeid. Helsestasjonens ansatte antyder at de gjør et stadig rydde- og evalueringsarbeid; hva som er deres oppgaver og hva som skal til andre:

Har jo hele barnegruppa. Vi skal kjenne det normale, avvik skal vi sende videre.

Helsestasjonstjenesten er barnehagenes lavterskeltilbud, og selv om vi kan få inntrykk av at samarbeidet kanskje har blitt lidende under tidspress og en del henvendelsesforvirring er tilliten ubetinget når vi spør de barnehageansatte om hvordan de opplever Helsestasjonen. Det samme gjelder motsatt vei, de fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten framsnakker godt arbeid og engasjerte ansatte i barnehagene, samtidig som det klart framgår at de har til dels ulikt fokus.

Men det er jo de samme ungene vi snakker om, da.

Fagsenteret for barn og unge går igjen som samarbeidsorgan, Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tydelig på at de anser dem som sin fremste kilde til videre hjelp. Barnevernet og NAV kommer også opp, men da oftest når det er henholdsvis enten direkte bekymring for omsorgssvikt eller for foreldrenes situasjon. Skolehelsetjenesten har blant annet samarbeid med psykolog fra Fagsenteret for barn og unge. Tjenesten har videre samarbeid med IMDi- og NAV-rådgivere ved skolen, skolens ledergruppe, samt skolens egne rådgivere. Det at helsesøster er til stede og tilgjengelig på skolene ble stadig trukket fram som et viktig kontaktpunkt for barn og unge også av andre enn de som jobbet direkte i denne sektoren.

Her er det igjen viktig å understreke at skolene, som ikke er underlagt bydelen, ikke er del av denne undersøkelsen, og vi kan derfor kun referere til det de som har deltatt forteller om sine opplevelser.

Språk og kommunikasjon

Språk har høyt fokus i intervjuet på Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barnas språkutvikling er sentralt i alt de gjør. Alle 4-åringer kartlegges på språk og ved bekymring bruker de bydelens tjenester med bakgrunn i satsingen på språk i Groruddalssatsingen. De forteller om gratis kjernetid i barnehager, Smart-språkgrupper og om tilbud for voksne i bydelen, språk er tydelig satsing når det gjelder barna.

Men også når det gjelder kommunikasjon med brukerne er arbeidet språkmessig utfordrende. Som eksempel kommer det en kommentar om screeningverktøyet som går på depresjon hos mor:

Skjemaet er jo på norsk, så allerede her gjør vi nok en forskjell.

Vi spør om bruk av tolk, og det framgår tydelig av helsesøstrenes svar at språk og kommunikasjon er en selvfølgelig del av arbeidshverdagen. De har retningslinjer for bruk av kvalifisert tolk og ulike former for tolketjenester, og virker svært bevisst om viktigheten av god kommunikasjon med brukerne, men det er tydelig at fag og faglighet går foran. Vi får et par historier om dårlige tolker, hvordan tolking blir feilkilde og tar for mye plass i konsultasjoner, samtidig som de understreker viktigheten av å ha dem med når det er nødvendig og særlig viktige tema skal diskuteres. Tolking via telefon oppleves ikke som noe fullgodt alternativ selv om de bruker det ved nød.

Andre særskilte utfordringer

De beskriver en brukergruppe som speiler befolkningen og har høy bevissthet om de utfordringene befolkningen i bydelen står overfor i hverdagen. Særlig i relasjon til folkehelse og psykisk helse forteller de om sosial isolasjon og manglende nettverk som kanskje den største utfordringen deler av befolkningen møter.

Nettverk og støtte er et tema de er svært bevisst på; særlig nevnes barselgruppene som verktøyet de ønsker å bruke for å gi en del sårbare foreldre en sosial arena som kan virke som en støtte for dem. Ensomhet og manglende nettverk nevnes gjentatte ganger som en problemstilling, og også at foreldre er usikre i foreldrerollen på grunn av motstridende råd – det være seg i storfamilien eller i sosiale medier. Her er de klare på at de ikke ser dette som en problemstilling ubetinget knyttet til etnisitet, de trekker inn eksempler på familier med norsk bakgrunn men som på grunn av flytting, jobbsituasjon og annet ikke har noe sosialt nettverk i nærområdet.

Det er tid som framstår som Helsestasjons- og skolehelsetjenestens og helsesøsters hovedutfordring. De beskriver et helsesøsterdøgn som tydelig har langt mer enn 24 timer, og selv om de er fornøyd med å kunne prioritere familiene de ser er under press gir de uttrykk for at mer tid hadde gitt dem muligheten til å gjøre en bedre jobb.

Videre beskriver de bekymring for familiene som unngår dem, og for de som forsvinner ut av systemet. SMS-varsling fungerer bra, sier de, og mener andelen som kommer til time har økt markant etter at de begynte med påminnelser.

Men hva gjør jeg når de likevel ikke dukker opp? Vi skriver brev, men hva gjør vi etter det?

De forteller om «Barna som forsvinner» og forteller at det i år var 80 barn (eller ca 10 % av årskullet) som ikke er gjort rede for til 4-årskontrollen. Hvor er de? Finnes det register, oversikt over flytting og hvor de faktisk befinner seg? En peker ut av vinduet mot industribebyggelsen et stykke unna, og forteller at:

Der bor det barn! Men får vi beskjed, om de er kommet hit med foreldre som er arbeidsinnvandrere, er her kort tid – får barnet den helsetjenesten det har rett til? Trenger?

Her oppgir ledelsen at det de har rutiner som sørger for at det er oppfølging av alle tilfeller hvor barn ikke møter til kontroll, og at samarbeidet med barnevernet her er godt.

På undersøkelsestidspunktet får vi oppgitt at verktøy for screening av depresjon, EPDS, nå er lagt midlertidig til side på grunn av ressurskonflikt og tidsnød på grunn av annen opplæring. Dette kommenteres av andre aktører, som nevner at de har merket nedgang i antall henvisninger relatert til mors psykiske helse fra helsestasjon. På spørsmål om dette svarer helsesøstrene rundt bordet at de «bruker det vel, sånn mer ubevisst», «ved tvil», men at dette er et spørsmål om personlig erfaring og rutine og at noe viktig har glippet når de ikke lenger har rom for dette i arbeidet med alle.

PROGRAM FOR FORELDREVEILEDNING



TEMA 1
Vis positive følelser –
vis at du er glad i barnet



TEMA 2
Juster deg til barnet
og følg dets initiativ



TEMA 3
Snakk med barnet om
ting det er opptatt av
og prøv å få i gang en
følelsesmessig samtale



TEMA 4
Gi ros og anerkjennelse
for det barnet klarer
å gjøre

8 TEMA FOR GODT SAMSPILL



TEMA 5
Hjelp barnet til å samle
oppmerksomheten sin,
slik at dere har felles
opplevelse av det som
er rundt dere



TEMA 6
Gi mening til det barnet
opplever ved å sette ord
på det, med følelser
og entusiasme



TEMA 7
Utdyp og gi forklaringer
til det du opplever
sammen med barnet



TEMA 8
Hjelp barnet å kontrollere
seg selv ved å planlegge
sammen og ved å sette
grenser på en positiv
måte

ICDP
International Child Development Programme

Barn-, ungdoms-
og familiedirektoratet

ICDP som skjermdump fra Bufdirs sider

International Child Development Programme (ICDP)

ICDP, *Program for foreldreveiledning*, ble utviklet i Norge i 1985 under ledelse av professorene Hundeide og Rye. ICDP har et humanitært grunnlag og er utviklet som et forebyggende tiltak for å støtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer med ansvar for barn, og gjennom det bidra til gode oppvekstvilkår for barn og ungdommer. Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartementet (BLD) har det overordnede ansvar for Program for foreldreveiledning, og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er ansvarlig for implementeringen. Programmet ble evaluert i perioden 2007-2010.

Bakgrunnen for programmet er at kvaliteten på foreldreomsorgen er en viktig faktor i barns utvikling. Kombinasjonen av kjærlighet, kommunikasjon, regulering av barnet gjennom konsekvent disiplin og respekt for barnets psykologiske autonomi vil føre til god utvikling av barnet. Autoritær, ettergivende og neglisjerende foreldrestil fører ofte til mindre positiv utvikling. Mens foreldreveiledningsprogrammer tradisjonelt har vært rettet mot spesielle foreldregrupper, ønsker man gjennom ICDP å styrke foreldrekompentansen og omsorgsgiveres rolle generelt.

- Forskning viser at investeringer i forebyggende tiltak er samfunnsøkonomisk gunstig [...], og at de mest effektive programmene er de som er intensive, langsiktige, inkluderer foreldre og lokale sosiale tjenester, og omfatter systematisk kvalitetssikring [...]. Det kan også tenkes at slike tiltak på sikt vil styrke folkehelsen generelt. (Fra evalueringen av ICDP, 2010)

ICDP er evaluert (2010) og har også svært god omtale fra andre tilsvarende områder (Brattbakk et al 2015:122). I bydelen: Tall på gjennomførte ICDP grupper 2014: 6 grupper i minoritetsprogrammet. Tilbudet har gått til minoritetsforeldre på polsk, urdu, somali og norsk. Totalt 57 foreldre deltok. Disse hadde til sammen 119 barn. Det ble gjennomført 2 grupper i basisprogrammet. Tilbud ble gitt til totalt 15 foreldre, med til sammen 23 barn. Her var gruppene multikulturelt sammensatt. Det er gjennomført 1 gruppe for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne. Tilbudet ble gitt til 5 foreldre med barn innenfor autismespekterdiagnoser.

For mer informasjon se www.icdp.info, www.icdp.no og www.bufetat.no/foreldrerettleiing

5.2 Barnehagen

Barnehagene er et pedagogisk tilrettelagt oppholdstilbud som reguleres av barnehageloven. Tilbudet består av kommunale og private barnehager. Barnehagene har ulike driftsformer og åpningstider, og inkluderer åpne barnehager og familiebarnehager. Bydelen har til sammen 55 barnehager hvorav 37 er kommunale, 2 er konkurranseutsatte og 16 private.

Bydelen er tilsynsmyndighet for både kommunale og private barnehager. Det er innført rett til barnehageplass for alle barn som er født før 01.09 foregående år og har søkt plass før 01.03 inneværende år. Retten er hjemlet i Barnehageloven. Bydel Alnas barnehager setter sine mål og strategier og utvikler tiltak i henhold til og i tråd med kunnskapsdepartementets, utdanningsdirektoratets, byrådets, egen bydels samlede og oppvekstfeltets spesifikke strategier, mål, og tiltak.

Hovedmål: Barnehagen

- Profesjonalisere lederstruktur og roller
- Alle barn skal kunne norsk før skolestart
- Bydelens barnehager skal ha høy kvalitet og gi et likeverdig tilbud
- Avdekke barn i utsatte livssituasjoner så tidlig som mulig
- Redusere opplevelsen av fattigdom i barnefamilier og bidra til utjevning av sosiale forskjeller. (Handlingsplan for bekjempelse av fattigdom i barnefamilier)
- Redusere helseforskjeller blant bydelens barn. (Folkehelseplanen)
- De ansatte i barnehagene skal ha gode norsksferdigheter og kompetanse i barns språkutvikling
- Bydelen skal tilby barnehageplass til flere enn de som omfattes av lovfestet rett til plass
- Bydelens barnehager skal være attraktive for brukerne
- Bydelens barnehager skal ha netto tilvekst av pedagogisk personell

Som vi ser er det hovedsakelig implisitt at barns psykiske helse inngår i hovedmålene, men slik de ansatte snakker om temaet ser vi at det er godt innarbeidet.

Bydelen har siden 2014 hatt prosjektet «Barnehage og folkehelse». Prosjektet har hatt fokus på gode matvaner og fysisk aktivitet, og det er utarbeidet retningslinjer og veiledningshefter for aktiviteter, innkjøp av mat, og samtaler med foreldre om kost og helse. Bevisstheten om sammenheng mellom fysisk og psykisk helse er også høy hos barnehage-deltakerne i intervjuene våre, de gjør det klart at aktivitet og involvering for dem er høyt prioritert.

De forteller også at psykisk helse er godt implementert i det daglige arbeidet, «I alle fall siste år.» De relaterer det til fagområdet i rammeplanen som har med etikk, filosofi og religion, og uttrykt som vennskap, omsorg, anerkjennelse og respekt. De har hatt planleggingsdager om temaet, og laget anti-mobbeplaner i barnehagene. Som eksempel ligger Lohøgda barnehages plan for psykososialt arbeidsmiljø og rutiner for barna i barnehagen som vedlegg til rapporten.

Anbefalt lesing:

"Mobbing i barnehagen - Et sosialt fenomen" May Brit Helgesen (UiT 2014)

Fra presentasjonen: Små barn kan mobbe andre barn! Forskere og praktikere fra Norge, Danmark og Finland presenterer her forskning om mobbing i barnehage.

Samarbeid

Hvem samarbeider dere med innad i bydelen, spør vi, og de forteller om bredt samarbeid med Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Fagsenteret for barn og unge, og beskriver også et godt samarbeid med barnevernet, særlig muligheten til å drøfte anonymiserte saker er positivt. Det samme fortelles også hos disse samarbeidspartnerne, det er tydelig at man drar nytte av hverandre og at særlig der man allerede har gjort seg gode samarbeidserfaringer er veien kort til å søke samarbeid.

De mer spesialiserte tjenestene virker fjernere for de barnehageansatte:

Så vidt hatt noe med BUP å gjøre, de har vært og observert i barnehagen. PPT, men det er via Fagsenteret. De [Fagsenteret for barn og unge] har egentlig en litt raskere behandling, kan se lettere.

Barnehagearbeiderne forteller at de opplever samarbeidet med skolen når det gjelder forberedelse til skolestart som svært varierende. Oslostandard har gjort at det blir bedre kontakt, men:

... Skulle nok ønske den var bedre. Det er stor forskjell på skolene, hva de ønsker å ta imot osv.

Språk og kommunikasjon

Bydel Alna har en høy andel barn som ikke bruker norsk i sitt hjemmemiljø. Mange av disse begynner i barnehage med lite eller ingen norskferdighet. *Hvem er den typiske ungen i barnehagen din?, spør vi, og får svar som:*

Det er så mange typiske, så mange forskjellige behov! Men det barnet vil nok være flerkulturelt.

Det typiske barnet i Bydel Alna er flerspråklig, men grader innen det også. De fleste har jo ikke tilrettelegging – vårt ansvar å legge til rette for. For oss er det helt naturlig å skulle jobbe aktivt med språk hele tiden (...)

De beskriver en bredde av utfordringer i kommunikasjon med barn og foreldre i brukergruppen, og det er høy bevissthet om at det er store individuelle forskjeller mellom familier som bruker samme barnehage tross visse ytre kjennetegn. De forteller om barnegrupper som speiler et befolkningsmangfold som går på språk, utdanningsnivå hos foreldrene, yrkestilknytning og sosioøkonomiske forhold, og er tydelig opptatt av å kunne møte alle på et for dem riktig nivå. Igjen er det ikke etnisitet som peker seg ut som «problemforklaring» men detaljer som språknivå, botid, kulturtrekk og vaner som kan komplisere kommunikasjon med hjemmet.

Andre særskilte utfordringer

De ansatte nevner barn med minoritetsspråklig bakgrunn som hovedgruppen de skulle ønske de nådde 100 %. De nevner SMART språkgrupper, som tilbys gratis 17,5 timer/uke, 3-4 dager i uken, og dette omtales som et svært godt tilbud. Våre informanter sier at de:

... Skulle gjerne hatt dem inn tidligere, helst fra 1 år. Flere og flere av de flerkulturelle venter med å sende barna i bhg fordi de må ikke. Som mamma skjønner jeg dem jo, men de har hatt godt av det! Veldig fokus på språk og relasjon, men også fra rammeplanen ellers.

Her spiller økonomi inn, mener de. Gratistilbudene fylles opp, for:

... foreldre med én inntekt og 4-5 barn, da er 2500-2600 mye penger.

Når vi spør om mangfold er det kjønns mangfold de først snakker om, og da blant de ansatte. De beskriver et ganske stereotyp syn på kjønnsroller og hva de forventer at flere menn i personalgruppen skal bidra med.

[Vi har] 50% menn, og det gir et veldig godt arbeidsmiljø, høyt under taket, liksom.

Gjør noe med personalgruppa og hele huset. [Det er] misforstått omsorg når barn blir sittende på fanget, omsorg er å hjelpe dem opp og fram. Aktiviteter. Kvinner kan jo være gode på det, men...

I lengre tid har det i Norge blitt arbeidet målrettet for å få flere menn til å arbeide i barnehagen. Begrunnelsen er at man ønsker å gi barna flere rollemodeller, og vise dem at menn kan delta i omsorgsarbeid på lik linje med kvinner. Ironisk nok har det i rekrutteringsprosessen blitt fokusert mye på kjønnsforskjeller. At menn for eksempel bringer med seg en røffere tone, en annen type omsorg og mer kreativ og fysisk lek.

Forskning har påvist hvordan menn både tar og blir tildelt denne rollen. Kvinner viker fra tidligere oppgaver, og overlater til menn å utføre «vaktmesteroppgavene» og mye av den fysiske leken (Østrem, 2006). Slik kan man argumentere for at en barnehage med ansatte av bare ett kjønn, men hvor alle er forskjellige og gjør litt av alle oppgaver, er en bedre rollemodell for likestilling enn en barnehage med kvinner og menn som bekrefter og befester en kjønnsstradisjonell rolleinndeling. For å ha den ønskede effekten må menn med andre ord rekrutteres inn på riktige premisser i et arbeidsfellesskap med bevissthet om slike fallgruver.

Likestilling i barnehagen

Siden 2007 har vi på KUN arbeidet med likestilling i barnehage. Mange assosierer likestilling i barnehage med andelen menn og kvinner blant de ansatte, slik de barnehageansatte gjorde under intervjuet i vårt prosjekt i Bydel Alna. Samtidig er dette det punktet vi kanskje i minst grad fokuserer på når vi arbeider med likestilling i barnehagene. Hovedgrunnen til det er at den viktigste utfordringen i barnehagen er den alvorlige og omfattende forskjellsbehandlingen vi ser av gutter og jenter, og at denne forskjellsbehandlingen skjer uavhengig av andelen menn og kvinner blant de ansatte.

Vi har analysert videoopptak av hverdagen i mer enn 20 barnehager over hele landet, og finner uten unntak en systematisk forskjellsbehandling av jenter og gutter, blant annet ved at:

- Gutter får høre navnet sitt inntil dobbelt så ofte som jentene
- Gutter får lengre samtaler, flere oppfølgingsspørsmål og mer blikkontakt med den voksne
- Jenter har et større handlingsrom når det gjelder leker, aktiviteter og bekledning.
- Gutter får dobbelt så mye uoppfordret hjelp fra ansatte som jenter på samme alder
- Jenter får ros for å hjelpe andre, gutter får ros for egenprestasjoner

Barn lærer om hvem de er blant annet gjennom en speiling med de ansatte. Dette vil for eksempel være hva barna roses for, hva de forventes å mestre, og om de blir hørt og sett og får respons på det de er opptatt av. Når denne speilingen med de ansatte blir så systematisk ulik for gutter og jenter er det helt klart med på å forme dem inn i ulike og urettferdige roller. Det meste av denne forskjellsbehandlingen skjer ubevisst fra de ansattes side, og de har ofte et uttalt mål om å behandle alle rettferdig og ut fra individuelle forutsetninger og en klar oppfatning av at de gjør nettopp det.

For å komme denne forskjellsbehandlingen til livs må ansatte derfor konfronteres med at virkeligheten er en annen enn de tror, og at de må studere barnehagehverdagen med dette nye perspektivet. Vi har ved flere anledninger gjennomført en ny runde med videofilming etter cirka et halvt år, og da alltid sett store forbedringer.

Barnehagens samarbeid med hjemmet er svært viktig for at et likestillingsarbeid i barnehagen skal ha god effekt, slik at ikke barnehagens og hjemmets verdier kommer på kollisjonskurs.

Barnehagen har også flere virkemidler til å oppmuntre til et likestilt foreldreskap, og kan sånn sett gjøre et stort bidrag for barna.

For mer informasjon se: www.kun.nl.no

5.3 Kultur, møteplasser og frivillighet

Kultur, møteplasser og frivillighet har ansvar for det forebyggende fritidstilbud til barn og unge i bydelen. Enheten driver fritidsklubber på Ellingsrud, Lindeberg, Trosterud, Tveita, i tillegg Gran Åpen Skole/Furuset Ungdomstiltak og Alna mediesenter. Prosjektene S.T.O.L.T, Møteplass Diamanten, Ferietilbud for ungdom, Idrett og utfordring og andre mindre prosjekter rettet mot ungdom ligger også under denne enheten.

SalTo – Sammen Lager vi et Trygt Oslo, er en modell hvor Oslo kommune og Oslo politidistrikt er hovedaktører. Lokale deltagere i SalTo Alna er barnevernet, NAV, ungdomsskolene, Hellerud VGS, skolehelsetjenesten, OT-kontakt, Prosjekt S.T.O.L.T., Fagsenter for barn og unge, fritidsklubbene, enhetsleder kultur-, møteplasser- og frivillighet, Stovner politistasjon, Alna feltteam og Ungdomsbasen.

Alle fritidsklubbene i bydelen har en høy bevissthet omkring rus og mange av de ansatte i klubbene har gjennomført grunnopplæring i hasjavvenning, samt kurs i tegn og symptomer. Ved bekymring vedrørende enkeltungdom eller ungdomsgjenger kontaktes bydelens feltteam og man samarbeider om tiltak.

Prosjekt S.T.O.L.T. (Samarbeid, Trygghet, Omsorg, Likheter og Trivsel) er et samarbeid mellom bydelene i Groruddalen, igangsatt av Bydel Alna og i hovedsak finansiert av statsmidler fra Barne, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Prosjektet tar utgangspunkt i marginalisert ungdom og unge voksne (ungdom og unge voksne som selv har erfaringer fra gata og kan koden der) og skaper gjennom et omfattende opplæringsprogram som består av kurs, hospitering/arbeidstrening, veiledning, familiesamarbeid og relasjonsbygging, et fundament til deltagerne slik at de kan gjøre tjeneste innenfor sosialt arbeid på gata, få fast jobb, eller utdanne seg videre.

Hovedmål: Kultur, møteplasser og frivillighet

- Alle barn og unge i Bydel Alna har tilbud om gode og inkluderende fritidsaktiviteter hvor de unge selv kan medvirke i utviklingen av tilbudene
- Bydelens barn og ungdom deltar i og fullfører utdanning
- Barne- og ungdomskriminalitet og unges rusbruk reduseres

De kommunale klubbene er organisert i 2 områder: Ung i Nord; Ellingsrud, Furuset og Lindeberg og Ung i Sør; Trosterud, Tveita og Almedie. Klubbene har tilbud etter skoletid, juniorklubb og ungdomsklubb, samt tilbud om ulike typer kurs og aktiviteter.

Samarbeid

Betydningen av tverrfaglig samarbeid er sterkt understreket både i plandokumenter og i det representantene for sektoren beskriver fra sin arbeidshverdag. Fritidssektoren samarbeider tett med barnevernets feltteam og lokale tiltak, SalTo-koordinator, OT- kontakt, skoler, politi og andre aktuelle samarbeidspartnere internt i bydelen.

Samarbeidet med barnevernet nevnes som det primære, og det er klart at de ser sin rolle i forebyggende barnevernsarbeid som del av oppdraget. De mener også at de ikke blir brukt godt nok, kunne laget flere gode og langsiktige tiltak som på sikt kunne gi innsparinger i barnevern og andre tiltak.

Foreldreveiledning (og da i samarbeid med Fagsenteret for barn og unge) nevnes som noe man gjerne skulle arbeidet mer med, de ser det som en viktig faktor i samfunnsskapende arbeid.

Vi må lage tiltak som representerer det samfunnet vi ønsker å leve i. [...] Kanskje skulle vi hatt flere foreldregrupper på fritidsklubbene?

Språk og kommunikasjon

I denne gruppen var språkproblematikk og tolkebruk ikke en problemstilling de kjente seg igjen i. At gruppen er etnisk og språkmessig mangfoldig tar de som en selvfølgelighet, og dette er også den eneste av intervjugruppene hvor flertallet selv har ikke-norsk eller minoritetsspråklig bakgrunn.

Andre særskilte utfordringer

Det er svært høy bevissthet om det sosioøkonomiske mangfoldet i brukergruppen, og særlig de som jobber direkte med brukerne understreker viktigheten av å gjøre tilbud tilgjengelige, uavhengig av økonomi. Det er tydelige fortellinger om tiltak for sosial utjevning, som ferieopplegg, turer osv som skal skape opplevels- og mestringsarenaer. *Dette er kultur som psykisk helse, sier resultatenshetsleder i intervjuet. Det er fattigdomssatsing og store sosiale skiller i bydelen, dette demper stress!*

Når vi ber dem anslå hvem som bruker tilbudet er svaret at det er 30-40 % jenter og 60-70 % gutter, med etnisk norske i klart mindretall. Det er noen jenter som ikke får lov til å gå på fritidsklubbene, forteller de, og diskuterer mulige tiltak for å få dem med i tilbudet, herunder spesielle grupper, foreldreveiledning og tilpassede tidspunkt.

De nevner også nyankomne, med henvisning til flyktingestrømmen som var i media i intervjuperioden. Kan man bruke fritidssektoren og kultur som integreringsverktøy «for hele familien»?

Vi skulle fått på plass en bydelsguide!

Botkyrka kommune i Sverige er en forstad til Stockholm med nesten dobbelt så mange innbyggere som Alna, men samtidig en prosentmessig like stor innvandrerbefolkning. Et av spørsmålene de har stilt seg er hvem som bruker ungdomsklubbene. Når tallene viste at 2 av 3 brukere er gutter, undret klubbene på hvilke forestillinger om kjønn de signaliserer, og hvorfor dette i mindre grad appellerer til jenter? Ytterligere undersøkelser viste at det var spesielt få innvandrerjenter som benyttet klubbene. Å ta inn flere av jentenes ønsker i tilbudet var et viktig steg i riktig retning. Utrygg adkomst var en annen hindring som ble oppgitt da klubbene forhørte seg med et bredt utvalg jenter, og ulike tiltak ved inngangspartiet til klubbene har siden gjort mye for jenters økende deltakelse.

«Fritidsgårdar och jämställdhet» kan lastes ned fra:

<http://www.botkyrka.se/SiteCollectionDocuments/Kommun%20och%20politik/fritidsg%C3%A5rdarBotkyrka2010.pdf>

5.4 Fagsenteret for barn og unge

Fagsenteret for barn og unge har ansvar for barn og unge med spesielle behov fra 0-18 år. De er koordinerende enhet for barn og unge som trenger koordinerte tjenester, har ansvar for å forvalte søknader, vedtak, kompetanseheving og samordning med andre tjenester og å sikre at de som har rett på individuell plan (IP) og ansvarsgruppe får det ivaretatt. Ved fylte 18 år skal Fagsenteret for barn og unge bidra til å sikre god overgang til voksenhabilitering.

Forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge drives av Fagsenteret for barn og unge gjennom psykologbistand, familieveiledning og gruppevirksomhet for barn av psykisk syke, samt isolert ungdom.

Fagsenteret for barn og unge ivaretar også forvaltning og oppfølging av barn med nedsatt funksjonsevne i barnehagene i bydelen (offentlige og private), samt spesialpedagogisk hjelp til barn 0-6 år. I tillegg er Fagsenteret ansvarlig for effektivisering av vedtak om avlastning og støttekontakt fra Tjenestekontoret.

Prosjektansvar for programområde Barn og Språk i Groruddalssatsingen ligger til Fagsenteret for barn og unge, som også forvalter tilskudd for å bedre språkforståelsen blant minoritetsspråklige barn i førskolealder som gjennomføres i nært samarbeid med barnehagene. Bydelen har gjennom Groruddalssatsningen hatt egne prosjekt rettet mot styrking av språkstimuleringsarbeid i barnehagene, rekruttering av barn som ikke benytter barnehageplass, språkgrupper for de uten barnehageplass og ICDP for foreldre, hvor viktigheten av tidlig barnehageplass også blir profilert. Fagsenteret for barn og unge har ansvaret for 3 språkpedagoger og 2 ICDP-veiledere, som brukes inn i denne satsningen.

Koordinering av foreldreveiledningsprogrammene ICDP (se boks side 35) og Parent Management Training Oregon (PMTO) i bydelen gjøres også av Fagsenteret for barn og unge, herunder opplæring og sertifisering av nye veiledere. Fokus er på å styrke foreldrekompentansen individuelt og i grupper og veiledning til barnehager og skoler.

The screenshot shows the website interface for PMTO and TIBIR. At the top, there is a navigation bar with language options: Bokmål, Nynorsk, English, Polski, Sámegeella, Soomaali, and عربي. Below this is a header with the title "tips og ressurser for foreldre" and "pmto og tibir". A secondary navigation bar contains four buttons: "Bør jeg søke hjelp?", "Tilbud til familier", "Mestringshistorier", and "Spørsmål og svar". The main content area features a section titled "Nyttige tips om hvordan du og barnet ditt kan få det bedre sammen". This section includes text explaining that many parents experience periods where their children are demanding, making family time stressful. It offers tips on recognizing children with behavioral problems and mentions the PMTO and TIBIR programs. To the right, there is a "Finn nærmeste tilbud" (Find nearest offer) section with a search box and a "SØK" button. At the bottom, there is a large graphic with three circular icons: "Gode beskjeder" (Good messages), "Oppmuntring" (Encouragement), and "Når vi blir sinte" (When we get angry). A list of tips is provided: "Være sammen", "Sette grenser", "Problemløsning", "Ha oversikt", "Snakke sammen", and "Barnehage og skole".

Skjermdump, PMTO og TIBIR, www.pmto.no

Fagsenteret for barn og unges viktigste rolle i denne sammenheng er at de identifiserer og målretter innsatsen mot barn og unge som trenger tettere oppfølging. Det er tydelig i intervjuene vi har gjort at Fagsenteret for barn og unge framstår som en naturlig samarbeidspartner bredt i bydelen, at deres kompetanse og samhandlingsmetodikk oppfattes som hensiktsmessig og verdifull. Særlig understrekes muligheten for fleksibilitet og rask innsats av flere, både på Fagsenteret for barn og unge og i samarbeidsforhold, som en viktig side ved Fagsenteret for barn og unges arbeid med barn og unge.

De oppgir som sine mål at de skal bidra til at barn, unge og familier med spesielle behov får koordinerte tjenester og hjelp så tidlig som mulig. Alle barn skal kunne norsk før skolestart. De vil styrke arbeidet på tvers av fag og sektorer, og bidra til mestring og ressursmobilisering for foreldre gjennom varierte veiledningstiltak. Videre skal de forebygge og hindre frafall.

Samarbeid

Som sentral i bydelens arbeid med barn og unges psykiske helse er Fagsenteret for barn og unge klart den samarbeidspartneren som nevnes oftest av de andre deltakerne i undersøkelsen, og svarene fra Fagsenteret speiler i stor grad det samarbeidet som beskrives. Det er særlig fleksibiliteten og muligheten til å respondere raskt som settes pris på av de som søker hjelp for sine brukere hos Fagsenteret, og de gir uttrykk for at de opplever at hjelpen som blir gitt er god og formålstjenlig.

Fagsenterets ansatte nevner spesielt som sin oppgave at de skal holde samarbeidslinjene åpne og bistå, og at deres spesielle dynamikk skal fange opp de som ellers kunne falle «imellom» i systemet, at de skal «tette hullene». Dette beskriver godt den rollen de beskrives å ha ellers i bydelens tjenester.

De nevner spesifikt at skolene burde brukt dem mer, og da særlig på barn og unge som viser begynnende tegn til problematferd som kan kobles mot skolevegring og framtidig frafallsproblematikk. De stiller også spørsmål ved om fastlegene kjenner godt nok til Fagsenterets tilbud.

Jevnt over beskriver de at samarbeid foregår på enkeltbarn-nivå, og at de i et folkehelseperspektiv kunne sett for seg å arbeide mer systemorientert og forebyggende – det ville også bidratt til et «felles blikk» som de flere ganger kommer tilbake til. De forskjellige tjenestene har «samme mål og ulike tiltak», beskriver enhetsleder, og det er en beskrivelse som stemmer godt overens med det vi ser i andre intervjuer.

Språk og kommunikasjon

Kommunikasjon med familiene de arbeider med er sentralt i å kunne gi et godt tilbud, forteller de, og det er slett ikke alltid problemfritt. Spørsmålet går direkte på språkkompetanse men også på evnen til å kommunisere på tvers av kultur – «både samfunnskultur og familiekultur», som en uttrykker det. Igjen understrekes det at etnisitet på ingen måte kan sees som en klar markør for kommunikasjonsproblemer, men at det er mange aspekter som spiller inn.

Bruk av tolk er dels svært problematisk, på grunn av både tolkenes kompetanse og små språkgrupper og gjennomsliktig miljø. De anslår at de bruker tolk i et mindretall av samtaler, og at det er høyst individuelt hvordan det fungerer.

Andre særskilte utfordringer

Fagsenteret for barn og unge, men også andre i systemet, beskriver en særlig utfordring med barn og unge med autismespekterdiagnoser og kommunikasjonsvansker som trenger tett oppfølging, målrettede tiltak og foreldreveiledning. Her beskrives det at man har godt samarbeid rundt disse i barnehagealder, men at samarbeidet kan glippe når barnet begynner på skolen. Når puberteten inntreffer får man da henvendelser igjen, fordi det da har utviklet seg en situasjon hvor familie og skole opplever rigiditet og atferdsvansker hos den unge.

Det er på Fagsenteret for barn og unge vi først møter historien om hva som skjer når barn med oppfølgingsbehov fyller 18, og dermed går fra barn til «voksen» i systemet.

*Vi skal ha dem fram til 18, så over til voksensiden. Da er foreldrene fortvilt. [...]
Hvert år får vi beskjed om at de skal lage et godt system men det skjer jo ikke. Det skaper støy også her. Barn blir sårbare i en overgangsfase, dette er jo barn selv om de blir 18 år!*

Hjelpeapparatet opplever dette som en utfordrende fase, og dette ser ut til å være nok et punkt hvor mye viktig står i fare for å glippe. Ansvarsfordeling er viktig, men for etablerte kontakter med en familie eller et barn med oppfølgingsbehov er det en svært kompliserende faktor. Det samme fortelles i gruppene med NAV og barnevernet.

I tillegg kommer denne påpekningen formidlet fra enhetsleder i en presentasjon av senterets virksomhet og utfordringer:

Barn og unge-enhetene har økt fokus på mestring og ressursmobilisering. Foreldreveiledning som metode for mobilisering av ressursene til foresatte er en viktig forebyggende strategi, som vil kunne gi gode resultater på sikt. Det er viktig å sette inn tiltak som har dokumentert effekt og hvor forskning og erfaring viser at dette er gode metoder. Det er stor etterspørsel og tjenestene rapporterer om et stort behov. Bydelen klarer ikke å møte etterspørselen og mangler veiledningsressurser og også veiledere med flerkulturell kompetanse.

Fagsenteret for barn og unges identifiserte strategier og tiltak (fra notat av januar 2015)

Strategiene oppsummerer den psykisk helsefaglig rettede innsatsen for barn og unge i bydelen på en konsis måte:

- Bidra til at barn, unge og familier med spesielle behov får koordinerte tjenester og hjelp så tidlig som mulig. Dette gjøres gjennom å sikre god søknadsprosedyre, vedtak og delegering av ansvar for den enkelte familie i tjenesteapparatet, samt fastsatt oppfølging og statistikk. Felles forståelse og prosedyrer for ansvarsgruppearbeid og tverrfaglige grupper rundt enkeltfamilier sikres gjennom faste samlinger for koordinatorene og opplæring av nyansatte.
- Sikre tett dialog med Tjenestekontoret for å:
 - forebygge og komme tidligere inn i saker for å unngå negativ utvikling og utløsning av omfattende tjenester
 - fremme bedre tiltak for kontinuitet og kvalitet i avlastning og støttekontaktfunksjonene

- Styrke samarbeidet på tvers av fag og sektorer gjennom faste møtefora på ledernivå, samarbeidsavtaler og løpende dialog. Sikre at saker som krever overordnet styring videreformidles til bydelens Samordningsteam, tverrfaglige møter og bydelsledelsen
- Identifisere og målrette innsatsen mot de som trenger det mest, gjennom hyppig dialog med utførere av tjenestene, som ser hverdagen til befolkningen, ukentlig mottaksteam for nye henvendelser og tverrfaglig dialog
- Mestring og ressursmobilisering for foreldre gjennom varierte veiledningstiltak: ICDP som forebyggende tiltak innenfor både psykisk helse og for foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne, PMTO til familier hvor barn utviser atferdsvansker, psykologsamtaler til gravide og småbarnsforeldre hvor mor scorer høyt på Helsestasjonens kartlegging av depresjon, individuell veiledning fra spesialpedagog til alle foreldre hvor førskolebarn har vedtak om spesialpedagogisk hjelp, individuell veiledning til foreldre med barn 7-18 år innenfor autismespekterdiagnoser
- Prøve ut tilbud om foreldreveiledning til nye grupper og i samarbeid med andre sektorer i bydelen
- Styrke bydelens mål om at barn skal kunne norsk når de begynner på skolen, gjennom språkpedagoger og tospråklige assistenter som bidrar inn i barnehager med kompetanse og ekstra ressurser
- Forebygge og hindre frafall fra skole ved å samarbeide nært med barne- og ungdomsskolene, for å komme inn med forebyggende tiltak så tidlig som mulig.
- Forebygge psykiske helseproblemer, ved å følge opp plan for barn og unge i en vanskelig livssituasjon, psykisk helseplan, fattigdomsplan og plan mot vold i nære relasjoner, i nært samarbeid med andre tjenester i bydelen
- Være med å sikre gode overganger mellom fasene barn/ungdom/voksen
- «Empowerment»-holdningsarbeid: Sikre og etterspørre at våre ansatte har fokus på brukernes egne ressurser og veileder med det som utgangspunkt

Hvordan kan psykologer i kommunen bidra til lokalt folkehelsearbeid?

Helsedirektoratets seminar om psykisk helse i det lokale folkehelsearbeidet 25.11.2015



Blant innspillene:

Ansettelse i sentraladministrasjonen i kommunen er bedre egnet enn i helsetjenestene dersom psykologen skal bidra i folkehelsearbeidet. For noen fungerer det godt at psykologen deler arbeidstiden i tre deler der tiden fordeles til folkehelsearbeid, veiledning/konsultasjon og klinisk arbeid. Skal psykologen jobbe samfunnspsykologisk er f.eks. måleindikator for ventetid/ behandling lite gunstig, da vinner det kliniske. Eksempler på organisering:

- **Bergen kommune:** Har ansatt psykologer i fagstab til kommunaldirektør for helse- og omsorg.
- **Vestby kommune:** Fra stilling i en av landets PP-tjenester til systemansvar for trivsel i barnehage og skole.
- **Hole kommune:** *Psykologens rolle blitt utviklet bevisst for å både kunne bidra i folkehelsearbeidet og tilby psykologisk lavterskeltilbud.*
- **Vågan kommune:** *Samorganisert tjenester til barn og unge. Psykolog fagansvar og samarbeider med «alle» om systematisk forebygging. Undervisning i alle skoler og for alle lærere.*
- **Asker kommune:** Psykolog tilsatt for å jobbe utelukkende med bekymringsfullt fravær i skolen (lavterskeltilbud er allerede på plass)

5.5 Fysio- og ergoterapi

Fysioterapeutene forteller om en svært bevisst kobling mellom fysiske utfordringer og mestring, og ser sin innsats som svært viktig i fremming av psykisk helse blant barn og unge i bydelen. Dette gjelder hele løpet, fra spedbarnstid til skole- og ungdomstid.

Særlig framhever de arbeidet med spedbarnshåndtering, hvor de veileder med henblikk på å bedre kontakt med muskler, samspill og motorisk utvikling. Her nevnes uoppfordret usikre og deprimerte foreldre som en viktig gruppe, at dette er viktig for alle men særlig denne gruppen. De forteller at de ser flere bekymrede foreldre, som er usikre på sin egen rolle og kompetanse, og understreker viktigheten av å kunne trygge og veilede disse.

Videre nevnes barna som strever motorisk, og viktigheten av å kunne gi øvelser og aktiviteter som er tilpasset deres nivå og utfordringer. Ved å fremme mestring gir de økt selvfølelse, mulighet for deltakelse, læring og lek som står sentralt i utviklingen av god psykisk helse. Her nevnes også arbeidet med hjelpemidler som viktig, at barn får tilgang til de ekstra ressursene som er nødvendige for å støtte opp om en god utvikling og gi økt mulighet til deltakelse for de som har ekstra utfordringer.

Skoleprosjektet vårt, det har jeg stor tro på. [...] Psykisk helse handler om aktivitet og lek, der er det et kjempestort potensiale. Det handler om trivsel, tilhørighet, få med de som er litt på utsiden, skape et klima for aktivitet, som ikke handler om konkurranse men om mestring og opplevelse. Det er her kompetansen kommer inn, å kunne knytte kropp og deltakelse sammen.

Prosjektet ASK, **Active Smarter Kids**, er et utviklings- og forskningsprosjekt som undersøker om fysisk aktivitet i samspill med tradisjonelle fag påvirker skoleprestasjon, skoletrivsel og helse hos majoriteten av elever i 5. klassetrinn i Sogn og Fjordane i løpet av et skoleår. Det er en randomisert kontrollert intervensjonsstudie, hvor 30 skoler innfører en times daglig aktivitet, mot en kontrollgruppe på 30 skoler som fortsetter som før. Prosjektet kan vise til svært gode resultater, særlig på fysisk form, trivsel (herunder mobbing) og læring.

Prosjektet drives av Høgskolen i Sogn og Fjordane.

Samspill med skole og barnehage nevnes særskilt, at de ønsker å bidra for å kunne legge til rette for fysisk aktivitet, læring og trivsel. Her er det stor variasjon mellom de ulike barnehagene og skolene i hvor stor grad de etterspør og tar imot kompetansen som tilbys, det fungerer godt rundt barn som det er etablerte samarbeid rundt, men de opplever sjeldnere at kompetanse på fysio- og ergoterapi etterspørres spontant. En forteller at hun har opplevd at de ikke er kalt inn der det er klare behov, og at de ikke inngår som en naturlig del av tverrfaglige team-møter osv. Også her opplever de variasjoner mellom skolene, særlig siden én av skolene er spesialisert for barn som har spesielle utfordringer og behov.

5.6 Barnevernet

Barnevernet i bydelen jobber bredt og variert, og med 70 årsverk fordelt på de ulike avdelingene og ansvarsområdene. De arbeider også utstrakt med andre tjenester i bydelen, opp mot skolene og med informasjonstiltak mot barn og foreldre, samt oppsøkende i Felteam/utekontakt.

Hovedmål: Barnevern

- Avdekke barn og unge i utsatte livssituasjoner så tidlig som mulig
- Identifisere og målrette innsatsen mot de som trenger det mest.
- Mestring og ressursmobilisering for foreldre gjennom varierte veiledningstiltak
- Yte likeverdige tjenester
- Styrke samarbeidet på tvers av fag og sektorer og øke tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling med fokus på å utvikle og forebygge

Psykisk helse kommer først og fremst inn under det primære målet, å avdekke barn og unge i utsatte livssituasjoner så tidlig som mulig. Deltakerne i gruppeintervjuet er klare på at de ser sammenhenger mellom omsorgs- og hjemmesituasjon og barnas psykiske helse, men ser også sine begrensinger i hva de skal gjøre

Vi definerer jo psykiatri litt ut av vårt arbeidsfelt – da henviser vi jo. Det kan ikke vi håndtere, det blir så mye vi ikke forstår.

Undersøkelser har vist at psykiske lidelser og uhelse er overrepresentert hos fosterbarn og barn som er under barnevernstiltak⁷.

Samarbeid

Barnevernet arbeider aktivt og utadrettet. Avdeling Mottak forteller om hvordan de har deltatt i arbeidet med å utvikle bedret dialog med befolkning med innvandrerbakgrunn. Dette har blitt gjort gjennom utadrettet informasjonsvirksomhet til instanser, samarbeidspartnere og frivillige- og interesseorganisasjoner. De beskriver en aktiv og utadrettet virksomhet, hvor de reiser rundt til skoler og barnehager og snakker med de ansatte, er med på foreldremøter, og har møter med andre i systemet. Dette beskrives også av andre i vår undersøkelse, det er en klar oppfatning av at barnevernet er tilgjengelige, både i saker og for generelt opplysningsarbeid.

Vi blir invitert til barnehager, trossamfunn, somalisk kvinnergruppe osv – veldig hyggelig!

Det framgår imidlertid klart at dette arbeidet er en kontinuerlig prosess, både fra barnehage og andre nevnes det uten at vi har stilt spørsmålet at antallet meldinger og andre henvendelser til barnevernet går opp når det nylig har vært kontakt av denne typen, at det er både høyere bevissthet og lavere terskel rett etter et møtepunkt. «Terskelen er sunket både for å melde og for å åpne undersøkelser», sier en fra barnevernet. Medias rolle i å skape oppmerksomhet rundt barn som lever i dårlige omsorgssituasjoner eller er utsatt for vold/overgrep nevnes også.

⁷ <http://forskning.no/sykdommer-psykiske-lidelser-barn-og-ungdom-hus-og-hjem/2014/01/halvparten-av-fosterbarn-har-psykiske>

Et annet kontaktpunkt som nevnes av flere utenfor er muligheten for å drøfte anonymiserte saker med barnevernets fagpersoner og få faglige råd. En del i vårt materiale som ikke selv jobber i barnevernet beskriver at de selv har brukt barnevernet og følt at det er en svært god hjelp og rettesnor for dem.

Feltteamet nevnes av flere av enhetene som et godt og målrettet tiltak som når sine målgrupper og gir tilpassede tjenester som er virkningsfulle. De gjennomfører bl.a. urintesting og samarbeider med fritidsenhetene om gatemeklingskurs, samt sisterhood- og brotherhoodgrupper på skoler.

Språk og kommunikasjon

De kommer flere ganger tilbake til språk, både som utfordring for deres eget arbeid og som bekymring for andre i systemet.

Vi bruker mye tolk, får de det i spesialisthelsetjenesten?

Andre særskilte utfordringer

Når vi ber de barnevernsansatte beskrive sin typiske sak, hvem det er de møter, tegner de et klart bilde:

Utrygge barn, som har vansker med å sette ord på ting. Gjerne minoritetsbarn, det er det jeg møter mest i denne bydelen. Jeg kan telle på én hånd samtaler jeg har hatt hvor barnet selv kan sette ord på hva som er vanskelig, hva som trengs.

Vi spør om kjønnsfordeling, og de tre avdelingene beskriver litt ulike opplevelser. Barn og familie 0-13 [12] beskriver flest gutter – «jeg tror jentene havner hos BUP» – «på vold er det helt likt» mens avdelingen som arbeider med barn over 12 år beskriver klar overvekt av gutter.

Befolkningsstatistikken angir at i aldersgruppen 0 – 17 år har cirka 58 % innvandrerbakgrunn. Barnevernet oppgir i Årsberetningen 2014 at en manuell oversikt over barn i barnevernsundersøkelser viser at barn med annen landbakgrunn enn norsk utgjorde cirka 75 % av barna i undersøkelsene i 2014.

Når vi spør om hvilke grupper de kanskje ikke når, trekker de fram at de ifølge undersøkelser er sammenheng mellom vold og seksuelle overgrep, men at de stort sett bare ser voldssiden.

Vold i nære relasjoner har hatt et stort fokus, fysisk vold.

Barn utsatt for seksuelle overgrep er en ørliten andel. Vi har bare 2-3 i måneden, sjelden det kommer noe ut av de undersøkelsene.

Imidlertid er de klare på at de tror dette i stor grad kommer av liten grad av avdekking.

Vi ser dem når de er plassert i omsorgshjem, er stabilisert, da kommer det!

En annen gruppe som nevnes er:

... de flerkulturelle jentene som trues med tvangsgifte. Jenter som er litt sterke, og så vokser de opp og blir litt styrt – det blir konflikt. Barnevernvakta og akutt plassering – så mye drama i de familiene rundt disse kjærestegreiene. Vi kan

gjerne ha dem plassert i 2-3 måneder, så savner de familien som de jo har fått mye kjærlighet av. Avtaler ett møte, lurer henne, og borte vekk er de. Det skjer med alle, vi hører ikke mer. [...] de fleste får vi jo ikke.

Rapport: Tåler noen barn mer juling? (2013)

«En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier» omhandler særlig helsesøstres og barnevernets evner og ressurser til å forebygge og avdekke vold mot minoritetsbarn. Rapporten viser at hjelpeapparatet ikke er kompetent nok til å fange opp disse barna.

Rapporten finnes på Redd Barnas nettsider, www.reddbarna.no

Barnevernet hjalp meg (2015)

I prosjektet *Barnevernet hjalp meg* forteller 66 unge fra 14 år og voksne om sitt møte med barnevernet. Historiene har en positiv vri.

Felles for dem som har deltatt i prosjektet, er at de alle har opplevd utfordringer i barnevernet. Likevel forteller de at de opplevde å få hjelp. De ble sett, lyttet til og tatt på alvor. Noen viste dem omsorg, også utenfor arbeidstiden. Mange sier også at barnevernet ofte hjalp foreldrene deres, sier Hege Sundt, prosjektets leder.

Rapporten finnes på Redd Barnas nettsider, www.reddbarna.no

KUN minner også om Bufdirs veileder for samarbeid mellom barnevern og skole, <http://www.bufdir.no/Barnevern/Skoleveileder/>

5.7 NAV

Fra Årsberetning 2014: Bydelen skal tilrettelegge tjenester i henhold til lovverket om sosiale tjenester, lov om kommunale omsorgstjenester, NAV-loven og forskrift om individuell plan. NAV Alna skal arbeide for å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

Hovedmål: NAV Alna

- Bidra til at flest mulig kan leve av egen inntekt framfor statlige og kommunale livsoppholdsytelser som sosialhjelp, arbeidsavklaringspenger, uføretrygd mm.
- Gi en inntektssikring i tråd med lov om sosiale tjenester og lov om folketrygd
- Bekjempe inntektsfattigdom og legge til rette for sosial mobilitet. Øke graden av aktivisering, arbeidsdeltakelse og selvhjelpenhet
- Koordinerte tiltak og tett oppfølging av brukere under 25 år som står i fare for å falle ut av utdanning eller arbeidsliv.
- Sørge for god oppfølging av brukere med problemer med rusmiddelmissbruk

- Fremskaffe boliger til vanskeligstilte
- Sikre gode og stabile boforhold og motvirke bostedsløshet
- Sørge for kvalifisering til ordinære jobber, herunder gjennom tiltak som styrker ferdighet i norsk generelt og arbeidsnorsk spesielt

NAV Alna oppgir at de har arbeidet aktivt med barnefattigdomsproblematikken. Sentralt i dette er å identifisere barnefamilier som over tid ligger under barnefattigdomsgrensen og sikre at disse får nødvendig støtte til at barna får mulighet til å delta på aktiviteter i nærmiljøet. Det arbeides også med å utvikle ny metodekunnskap på hvordan tjenesten skal arbeide med denne problematikken fremover. Arbeidet med barnefattigdom skiller seg for øvrig ut fra tilnærmingen i mange andre kommuner og bydeler med en relativt sterk vektlegging av arbeid som den viktigste veien ut av fattigdom og de problemer man oftest forbinder med barnefattigdom.

Unge i NAV-systemet er særlig nevnt i bydelens handlingsplan mot fattigdom i barnefamilier, hvor det også anslås at bydelen har et antall på ca. 600 ungdommer som på et eller annet plan har behov for hjelpetiltak, kompetanseheving og/eller sysselsetting. NAV Alna melder også til planarbeidet om svært mangelfulle utdanningsløp og at det er et svært høyt antall av deres unge brukere som ikke har fullført videregående opplæring.

I 2013 fikk NAV Alna godkjent søknad om prosjektmidler for å prøve å senke frafallet fra videregående skole. Vi møtte to representanter fra NAV, begge i aktivt arbeid opp mot ungdom i forbindelse med skole- og frafallsprosjekter, NAV i skole og oppfølgingstjenesten.

Også de beskriver en hektisk arbeidshverdag, hvor de føler seg dratt mellom ulike ansvar og krav, og hvor mulighetene ikke alltid står i forhold til ambisjonene. De er frustrert over alt som ikke fungerer, over barn og unge med problemer som ikke blir fanget opp i tide, men ender opp med større problemer enn nødvendig, over manglende informasjon og vanskelig tilgjengelig informasjon.

Vi snakker mye om å være tidlig ute, men ressursene kommer ikke, de må vi hente inn.

Samarbeid

At samarbeidet kan være problematisk mellom NAV og de andre tjenestene går igjen i fortellingene bredt i intervjuene – vi møter representanter for en del av NAVs tjenester som har et svært spesifikt fokus og deres fortellinger om samarbeid speiler nok det. De opplever at det er svært personavhengig hvem de får tak i, hvilken informasjon de får og i hvilken grad de kan forvente at ungdommene de skal jobbe med selv skal kunne orientere seg i systemet. I likhet med andre i intervjuene ytrer de ønske om enkel tilgang på informasjon om tilbud, kontaktlinjer og muligheter, som oppdateres fortløpende.

Språk og kommunikasjon

NAV-representantene anser språk i liten grad som en relevant problemstilling for sitt arbeid, og forteller at de sjelden eller aldri bruker tolk i hverdagen. Språk er nok et problem i hverdagen til brukerne deres, kan de fortelle, men da i form av en foreldregruppe som har problemer og dermed ikke kan følge opp barna sine godt nok.

Andre særskilte utfordringer

De beskriver at det er cirka like mange jenter og gutter som sliter med psykisk helse, men at det er flest gutter som derfor faller utenfor – «kanskje flere jenter som vil ta imot hjelp?» Men det er andre problemstillinger som nevnes, og mye av det går på at en del spesialisttilbud kan virke fjerne og lite tilgjengelige. «Ungdom vil jo ikke gå til psykolog, de vet ikke hva det er, de som ikke er norske» sa en i barnevernsgruppen, og dette speiles i det NAV-representantene forteller, men det er manglende kjennskap heller enn særlig motvilje som de ser som problemet. I likhet med flertallet i bydelstjenestene er det ikke etnisitet de ser som markør for problemer eller utfordringer, men sosialproblematikk.

Sosial bakgrunn, splittede hjem, barn som har havnet litt mellom foreldrene, der det har vært mye krangling. Eller den ene forelderen ikke er til stede. Det sammen med en vanskelig økonomisk situasjon, lavt utdanningsnivå i familien – det går igjen.

Jeg ser ofte at foreldrene har sossialsak hos NAV også, men har vel ikke tenkt så mye over det. Ikke så god oppfølging hjemmefra.

Derimot nevnes det at de som har «norske» navn er overrepresentert hos hjelpeapparatet i skolen, og de spør om tilbudet brukes mer? Mulig at det bare er lettere å oppdage, diskuterer de videre, og antyder at historikk i systemet følger barn og unge oppover, mens det for de som har kortere botid kan være problemer som ikke fanges opp.

I likhet med andre i undersøkelsen etterlyser NAV-representantene som skal jobbe med ungdom et genuint lavterskeltilbud, med kort ventetid. Det er de mest utålmodige som forttest faller fra når tilbudet ikke er øyeblikkelig tilgjengelig, forteller de, og det er kanskje de som trenger det mest og kunne hatt godt utbytte av det. I det hele tatt understreker de viktigheten av tidlig oppfangning, særlig i tiden før de fyller 18 og dermed mister en del muligheter med tanke på oppfølging.

De nevner også barn og unge som lever isolert med sin familie, hvor særlig foreldrene sliter med språk og kjennskap til systemene rundt.

6. Funn og forslag til tiltak

I denne delen av rapporten går vi gjennom funn fra vår kvalitative undersøkelse som vi særlig ser som relevante for å gi et likeverdig, forebyggende og psykisk helsefremmende tilbud til barn og unge i Bydel Alna. Vi trekker inn tidligere erfaringer og prosjekter som vi tror kan være inspirerende for videre arbeid i bydelen. Videre diskuterer vi en del punkter som vi ser er gjennomgående fra intervjuene vi har gjennomført, og dermed kan danne grunnlag for videre arbeid. I tillegg kommer vi med våre anbefalinger.

6.1 Diskursen om Alna

Gjennom 13 intervjuer med personer innenfor svært forskjellige tjenester og flere tjenestenivåer, finner vi en gjennomgående lik måte å snakke om Bydel Alna på. Denne egne *diskursen* om Alna er positiv, og fremholder at etnisk mangfold og sosioøkonomisk spenn i befolkningen er spennende og utfordrende. Mennesker som jobber her både *får* og *må* bruke hele sin fagkompetanse og hele sitt register i det daglige arbeidet. De vi hører om som ikke tåler dette, er de som brenner ut fordi de ikke var forberedt på det, eller ikke greier å begrense seg til det mandatet og de arbeidstidene som ligger til rådighet. Ledere sier at den utfordrende hverdagen i Alna er en styrke for rekrutteringen. Både nyutdannede og erfarne søkere ønsker å jobbe med en så variert befolkning. Samtidig sier de at de har blitt mer og mer bevisste på viktigheten av å forberede potensielle ansatte på hva det vil innebære. De sier at de da får valgt ut motiverte ansatte som tåler arbeidet godt.

De ansatte har et gjennomgående positivt fokus på en krevende arbeidshverdag. Når de forteller at de bruker tolk i halvparten av konsultasjonene sine, er det ikke noe oppgitthet over det, bare et faktum. I den grad det er krevende er det fordi tolkene ikke utfører oppdraget på en god måte, eller det er lite penger til tolk på slutten av året. I vår erfaring er denne diskursen om arbeidet i Alna, og omdømmet det skaper, en godt internalisert måte å tenke og snakke på for de ansatte. Når man snakker sammen i flere timer om så mange deler av et arbeid, vil det i vår erfaring «slå sprekker» dersom det er misnøye, slitasje eller stridigheter. Det kunne vi ikke finne noe av i våre intervjuer i Alna.

Diskurser om etnisk mangfold

I et fokusgruppeintervju ble det gjort et positivt poeng ut av at de ansatte i bydelen ikke grupperer etter etnisitet eller tenker i stereotyper om befolkningsgrupper. Vårt inntrykk etter en ukes samtaler med et bredt spekter av ansatte, er at dette langt på vei stemmer. Vi opplevde ikke noe av den «tretttheten» som vi ellers har sett på arbeidsplasser med stort etnisk mangfold, slik som sykehjem (Aarbakke, 2013).⁸

De ansatte vi har snakket med og observert på de forskjellige tjenesteavdelingene representerer i stor grad en etnisk norsk majoritet. Intervjuet med barnehagene var det eneste som problematiserte språk og kommunikasjon mellom ansatte, samtidig som de største utfordringene handlet om faglighet. Fra annen forskning vet vi at det kan foregå såkalte temaglidninger hvor det skapes en følelse av fullstendig sammenfall mellom egenskaper og grupper. Et slikt eksempel er egenskapen «ufaglært» og gruppen «etnisk andre», slik det forekommer i flere intervjuer blant sykehjemsansatte i masteravhandlingen «Profesjonelle og likeverdige» (2010). Når vi ikke finner slike eksempler fra barnehagene, selv om de har en etnisk mangfoldig arbeidsstokk med mange ufaglærte, er dette med på å befeste inntrykket av et kollegium som ikke tenker i grupper og stereotyper.

⁸ Samtidig kan den sentrale forskjellen her ligge i at mangfoldet ved sykehjemmene vi har sett på i stor grad befinner seg i staben, mens det i Bydel Alnas tjenester er brukerne som bringer inn mangfoldet.

Det er mye positivt forbundet med en slik innstilling, da det ikke skaper unødige skiller mellom folk, men samtidig kan det ta vekk muligheten for å problematisere og diskutere der hvor det finnes reelle skiller. «Det å behandle likt er urettferdig!» sa en barnehageansatt til oss, og dersom man ikke tar inn over seg reelle forskjeller, vil lik behandling på ulikt grunnlag skape et skeivfordelt tilbud. Et eksempel er fritidsklubber som i mindre grad når jenter med minoritetsbakgrunn enn andre grupper. Mange av disse jentene trenger en større innsats fra klubben for å trygge sine foreldre og rettferdiggjøre at de bruker tid der. Dersom klubben ikke legger denne ekstra innsatsen i informasjon og utvikling av tilpassede tilbud, blir tilbudet mindre tilgjengelig for denne gruppen enn for de andre. Da vi snakket med fritidsklubbene var de svært stolte over sin «fargeblindhet», og med rette: de skaper et fordomsfritt og inkluderende miljø ved ikke å snakke og tenke i stereotyper. For at miljøet skal bli reelt fordomsfritt og inkluderende må de imidlertid være klar over både stereotyper og reelle ulikheter, og håndtere dem.

I en rapport om barn og unge med minoritetsbakgrunn utsatt for seksuelle overgrep (Berggrav, 2015) vektlegges blant annet at det finnes to konkurrerende tilnærminger til det kulturelle – hvor ansatte med mindre erfaring med konkrete saker gjerne minimaliserer forskjeller og avskriver en kulturell tilnærming, mens praktikere som har hatt mer kontakt med overgrepsutsatte barn og ungdom med minoritetsbakgrunn presiserer at det er en rekke faktorer som gjør det særlig vanskelig å avdekke og rapportere overgrep i denne delen av befolkningen. En slik faktor er en strengt patriarkalsk oppdragelse som hindrer barn og unge i å utvikle kroppslig integritet og bevissthet om grensesetting.

Helsesøstrene i Berggravs rapport etterlyser tydeligere retningslinjer og metodikk for å jobbe med temaet, og var også usikre på om man hjelper et minoritetsbarn til det bedre ved å avdekke overgrep, med tanke på faren for sanksjoner fra familie og nettverk. Barnevernet opplever egen kompetanse som mangelfull i overgrepssaker generelt, og reflekterer lite over om det kreves noe ekstra når overgrepet foregår i en minoritetsfamilie. Andre fagmiljøer i Redd barna-undersøkelsen vektlegger at barnevernet har en tendens til å handle for raskt og dramatisk, og derfor kan tenkes å skremme mange fra å rapportere (Berggrav, 2015).

Rapporten er tydelig på at praktikere må kunne oppfatte kulturell variasjon, fordi kartleggingen viser at overgrep i minoritetsfamilier har særtrekk som kan få konsekvenser for barnets relasjoner til familien, nettverk, psykiske helse og sikkerhet.

Forslag til tiltak:

- **Tilby kompetanseheving om for eksempel mangfoldsledelse, migrasjonshelse og kryskulturell forståelse.**

6.2 Samarbeidsutfordringer

Hvordan samarbeidet fungerer mellom bydelens tjenester var et sentralt punkt i vårt intervjukjema, og det tegnet seg etter hvert et bilde av at samarbeidet er godt og givende, og at de som deltok i våre intervjuer i stor grad kjenner til ansvarsfordelinger og muligheter i relaterte tjenester.

Helsestasjonstjenesten er nøkkelpunktet for mange, de dekker aldersspennet barn og unge og er til stede på mange arenaer. Deres kompetanse er tydelig etterspurt og de har en svært sterk tillit i både befolkning og i tjenesteapparatet ellers. Fagsenteret for barn og unge dekker også aldersspennet og bidrar tydelig både som «sparringspartner» og med konkret oppfølging – de får svært gode skussmål både for kompetanse og tilgjengelighet og som tilrettelegger for tverrfaglig samarbeid og bred oppfølging. Barnevernet diskuteres av mange i undersøkelsen vår, og vi får inntrykk av at det særlig

er tilbudet om anonymisert drøfting bekymringer, med veiledning om hva man skal gjøre videre, som særlig blir verdsatt. Her forteller flere at de har fått gode og konkrete råd om hvordan de skal forholde seg til situasjoner spesifikt og generelt.

Skolen er som nevnt ikke med i undersøkelsen, men refereres naturlig nok stadig som samarbeidspartner både i konkrete tilfeller (enkeltindivider) og når det gjelder struktur og prosjektarbeid. Fastlegen og spesialisthelsetjenestene nevnes som et problemområde (mer om dette i eget punkt), men ellers er det ikke noen som beskriver «hull» i sitt nettverk.

Det de derimot ser som en utfordring er å finne informasjon om tilbud, opprettholde aktive kontaktdetaljer og ikke minst å få tak i riktig person eller kunne gi riktig kontaktinformasjon videre. Her får vi beretninger både om rene kontaktproblemer av typen «det er jo aldri noen som tar telefonen der», «jeg har lagt igjen beskjed etter beskjed» men også erfaring med at man i ulike tjenester vurderer behov ulikt og at den som henviser ikke alltid føler at man er blitt hørt.

Mange beskriver at de forholder seg til én eller en gruppe de kjenner, enten gjennom tidligere samarbeid eller via andre treffpunkter hvor de har «funnet tonen». Det er en del som uttrykker bekymring for at dette skal påvirke resultatet:

Det blir ikke like [gode] tjenester, blir systemkompetanse- og bakveivhengig.

Det framgår at det er en tidligere kjennskap, særlig med en opplevelse av felles faglig forståelse av en situasjon, som forenkler samarbeid. Flere nevner at selv om tverrfaglig samarbeid innad i bydelen og med andre tjenester kan virke problematisk, er felles fagdager og andre fora hvor de treffes og samhandler helt sentrale.

Det er kanskje her det er størst rom for innovasjon i offentlig sektor, som alle snakker om og vil ha. Er det noe sted vi burde innovere så er det jo i skjøtet mellom tjenestene. [...] Nede på feltet og mellom tjenestene – der er det lang vei.

Den veien blir kortere når man sees jevnlig, mener hun, og fagmøter trekkes fram som arenaen som kan «få dem sammen» slik at veien blir kortere når bekymring oppstår. Hindringene oppleves imidlertid som svært problematiske, beskrevet som dårlig kommunikasjon og manglende informasjonsflyt. Det virker som at dette problemet er mindre for de yngste barna, men øker med alderen.

Forslag til tiltak:

- **Tverrfaglig veiledning, kompetansehevende tiltak/fagdager og andre møteplasser på tvers av enhetene.**
- **Økt fokus på kommunikasjon og samhandling på saksbehandlernivå.**

6.3 Kritiske punkter - overgangene

Vi ser ut fra flere av intervjuene at det er en kritisk overgang mellom barnehage og skole, og at for en del er det noe som svikter når det gjelder oppfølging. Fysioterapeuten antyder at «når de begynner på skolen er det en helt ny verden vi skal forholde oss til». På Fagsenteret for barn og unge nevner de flere ganger barn med ulike diagnoser, gjerne innen autismespekteret, som følges nøye opp i barnehagen men så «forsvinner» for dem når de begynner på skolen.

Vi får ikke noe entydig svar på hvordan dette kan unngås eller forebygges, men de henviser til arbeid som gjøres i tverrfaglige ressursteam, og nevner dette som eksempel på hvordan arbeidet kan gjøres på en bra måte, når det fungerer rundt enkeltbarn.

Igjen nevnes foreldrenes kompetanse som et mulig kjernepunkt, at foreldrenes forståelse av hjelpen barnet får, av betydning for videre utvikling samt hva man kan forvente seg, er sentral. Kan man «oppdra» foreldrene til å bli den advokaten barna deres trenger?

Fokus på hva de trenger, ressurser, hvordan de selv kan ta ansvaret. (Fagsenteret for barn og unge)

Det understrekes at det er snakk om et lite antall barn, statistisk sett, men at de nevnes gjentatte ganger i ulike intervjugrupper, og at bekymringen er tydelig for at dette er en utvikling man ikke ønsker.

Forslag til tiltak:

- **Arbeide med overgangene mellom ulike enheter i enda større grad enn i dag.**

6.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene

Vårt fokus har vært på bydelens egne tjenester rettet mot barn og unge og deres psykiske helse. Der framkommer det at når vi snakker om problemområdene i intervjuene er det spesialisthelsetjenestene som utpekes som det største samarbeidsproblemet. Igjen er det enkeltsaker som fungerer svært godt, og når samarbeidet går som ønsket er det svært positivt, men det er mye frustrasjon i historiene vi får høre, og da gjerne på systemnivå.

Våre intervju hadde fokus på barn og unge, men det var påfallende ofte foreldrene de ansatte i tjenestene fortviler å ikke finne egnede tilbud til, noe som nok speiler deres ønske om å bidra til at barna kan få en bedre omsorgssituasjon uten store inngrep. Her er imidlertid frustrasjonen stor, kanskje mest over systemet rundt dem. Særlig var dette tydelig hos barnevernet:

Mange foreldre har lite kunnskap og evne til å ta imot behandling – vi har jo ikke kapasitet til å få dem inn i behandling!

Det burde vært lettere å få foreldrene i behandling. Fastlegen sier «ta kontakt direkte med DPS», så får de ikke tolk, så brytes kontakten, halvannet års ventetid...

Særlig nevnes foreldre med traumeproblematikk eller egen psykisk uhelse som kompliserende faktor i arbeidet med barn og unge. Vi opplever at det jevnt over er svært høy bevissthet om at barn og unges problematiske atferd i mange tilfeller kan bunne i eller forsterkes av kompliserende faktorer i situasjonen rundt barnet. Her er det ansvarsfordeling og henvisningsprosedyrer som oppleves som hindre av tjenestene, enten dem imellom eller i samarbeidet med andre.

Frustrasjonen går også, som nevnt i andre intervjuer, på at bydelens tjenester opplever at det sees som deres jobb å motivere til behandling i spesialisthelsetjenesten. Det samme sies også fra Fagsenteret for barn og unge, Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og NAV.

Jeg utformer en henvisning til BUP med rett til psykisk helsehjelp, så er det liksom min jobb å motivere barnet til å komme dit? Motivasjonen vil jo komme i deres

relasjon! De vil ikke ut av kontoret, men hvorfor skal jeg gjøre den jobben for dem? Da blir det ikke noe tilbud siden jeg ikke kan motivere barnet...

Når vi kommer til et nivå hvor vi tenker at andre skal inn, så skal de inn! Det blir feil om vi skal sitte og jobbe med ting vi ikke skal! (Fagsenteret for barn og unge)

Ofte gikk samarbeidsutfordringene på noe så enkelt som at man ikke kunne gi brukerne riktig kontaktinformasjon, slik at de selv kunne organisere videre kontakt. Når en henvendelse fra brukeren blir avvist eller man ikke får svar fort nok, opplever de at brukerne søker tilbake til den etablerte kontakten hos Fagsenteret for barn og unge, Barnevernet eller Helsestasjon, og at de da ender opp med å gjøre kontaktarbeidet for dem. Askøy kommune ferdigstiller i disse dager en nettbasert samhandlingsportal innen rus og psykiatri for kommunens ansatte, brukere og pårørende og spesialisthelsetjenestene. KS Læringsnettverk psykisk helse og rus har stått sentralt i utviklingsarbeidet. Her er fokuset på informasjonsflyt, all informasjon skal være tilgjengelig for de ulike gruppene som trenger tilgang, og all oppdatering kan gjøres fortløpende og linkes til riktig «inngang».

I andre tilfeller forlenges behandlerrelasjoner når inngang til spesialisthelsetjenestens tilbud trekker ut i tid, og dette opplever tjenestene at går ut over deres kvalitet og muligheten til å gi tilbud til andre som trenger nettopp deres tjenester.

De ulike behovsnivåene er også gjennomgående tema i tjenestenes beskrivelser av utfordringer med samarbeid med spesialisthelsetjenestene. Dette beskrives i et intervju som den virkelige utfordringen:

*den reelle lavterskelen er borte, kun tilbudet til de tyngre brukerne henger igjen.
[...] Det er lavterskel kun fordi de har hevet terskelen!*

Her kommuniseres en bekymring for at barn og unge med til dels alvorlige utfordringer (som tidligere ville vært behandlet i spesialisthelsetjenesten) nå er definert som bydelens ansvar, uten at det nødvendigvis er bygget opp et system som er tilpasset denne gruppens behov. Her nevnes barn og unge med alvorlige psykiatriske diagnoser som et eksempel, men også en del voksne med kombinerte diagnoser eller utfordringer som krever innsats av hensyn til barn og unge de er i relasjon til.

Avslutningsvis var det en problemstilling knyttet til de eldre ungdommene som ble nevnt flere ganger i ulike intervjugrupper, nemlig at ungdom som henvises til DPS ikke har råd til å betale egenandelen.

*DPS egenandel er for dyrt, så da velger de det bort, og så oppdager ikke vi det.
Skulle vært unntak opp til 25 for å sikre at ungdom faktisk benytter seg av det.
Opplever at de har fått gjeld og så har de ikke benyttet timene engang... (NAV)*

Her var det konkrete løsningsforslaget som ble foreslått av flere tjenester at bydelen eller kommunen inngår avtale med DPS om å bidra til denne finansieringen for de som trenger det. Vi fikk inntrykk av at dette var et spørsmål det hadde vært en del diskusjon rundt og at selv om antallet konkrete innbyggere det ville gjelde var relativt lavt, ville det være en forholdsvis billig og lett gjennomførbar måte å bedre tilbudet til denne gruppen på.

6.5 Særlige bekymringer

En del bekymringer ble gjentatt i flere ulike intervjuer, både på ansatte- og ledernivå. Vi har her prøvd å hente ut et utvalg som det fra flere hold nevnes at man ønsker å arbeide med:

Mobilitet og manglende nettverk

Et aspekt ved befolkningssammensetningen i Bydel Alna er den forholdsvis høye graden av mobilitet. Dette varierer mellom delbydelene, og flyttehyppighet og gjennomstrømming er ikke på noen måte på kritisk nivå statistisk sett, men flere av informantene i vår undersøkelse nevner mangel på sosialt nettverk og stabile relasjoner som et problem for mange de møter i sin arbeidshverdag. Sosial støtte og noen å snakke med som man kan spørre om råd, er viktig for mental helse (se innledning om folkehelsearbeid), og informantene våre beskriver mange som sliter med dette.

«[Jeg] ønsker meg en trygg voksen til alle som trenger det, også til voksne», sa en av de ansatte på Fagsenteret for barn og unge da vi spurte om drømmescenario, og dette var et gjennomgående tema i intervjuene. Mange av bydelens ansatte beskrev at de ser seg selv og sine kollegaer i situasjoner hvor de de møter i jobben ikke har andre enn «profesjonelle» kontakter, og at det å bygge opp sosiale relasjoner rundt dem blir første prioritet. Det understrekes at dette i like stor grad gjelder etnisk norske som de med annen bakgrunn, og at botid i området og sosioøkonomiske forhold er mer avgjørende enn etnisitet.

Forslag til tiltak:

- **Skape møteplasser som en aktiv del av forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid.**
- **Informere aktivt og bredt om eksisterende tiltak.**

Tidlig innsats: vegrere/frafall

Det er flere grupper tjenestene forteller at de særlig ønsker å sette inn innsats mot når det gjelder de yngre ungdommene/eldste barna. De mener tidlig innsats her kunne gi langsiktig effekt på grupper de ser har store problemer blant de eldre ungdommene:

De som vegrer seg mot det meste og helst sitter hjemme. Noen har vi måttet gi opp selv om ønskene har vært sterke. (Fagsenteret for barn og unge)

Det er denne gruppa som ender opp i frafallsstatistikken, mener flere i ulike intervjuer, og det er et bredt representert ønske at man vil kunne få bekymringsmeldinger til riktig instans tidlig, før problemer rekker å «sette seg» og bli uoverkommelig store.

De knytter dette direkte til psykisk helse og avdekking, og ønsker kompetanseheving både for seg selv, på mulige tiltak som kan få dem ut av det som kan bli en ond sirkel, og på de rundt disse ungdommene, som skal få tatt tak tidlig nok og hente inn hjelp.

Skulle ønske skolene var raskere til å ta kontakt med oss, få til samtaler på tidligere tidspunkt. Unngå de tunge drop-out på videregående. Ungdomsskole, tverrfaglig på tidlig tidspunkt med foreldre. Drop out skulle vært et problem man kunne klare å jobbe bort, de store dropoutene får så enorme konsekvensene. (Fagsenteret for barn og unge)

Forslag til tiltak:

Etablere tverrfaglig samarbeidsgruppe som kan se på å kombinere psykisk helse med frafallsproblematikk.

Tidlig innsats: cannabis

«Tidlig nok» er også nøkkelordet for en annen bekymring, nemlig cannabis-problematikken som også diskuteres bredt og ofte. Selv om «Ung i Oslo» viser gode tall for Bydel Alna, er oppfatningen i bydelens tjenester at dette er en utbredt og undervurdert problematikk, som man ikke har møtt bredt nok ennå. En del tiltak er iverksatt og oppmerksomheten er tydelig høy, og det skal nå settes inn informasjonstiltak på lavere alderstrinn enn det som har vært praksis tidligere.

*[Man] burde begynt tidligere på rusforebygging – ungdomsskolen har det obligatorisk i 8.klasse, har fokusert på alkohol før men skal nå over på cannabis.
(NAV)*

Forslag til tiltak:

- **Arbeide med cannabisproblematikk på tvers av tjenestene, med særlig fokus på samarbeid med skolene.**

Fysisk form og aktivitet

Det er særlig når vi snakker om de eldre ungdommene at bekymringene for de unges fysiske form kommer opp, og dette er et tema som går igjen i bredden i tjenestene. I tillegg uttrykkes det stor bekymring for den fysiske formen til skolebarna, dels også barnehagen men særlig barna fra skolepliktig alder og oppover.

Temaet kommer opp på flere arenaer, og det er flere aspekter som nevnes: inaktivitet, overvekt og manglende kompetanse og mestring når det gjelder fysisk aktivitet. Det er naturlig nok helse- og fysioterapiseksjonen som først nevner problemstillingene, men fysisk form kommer også opp hos andre. Ungdomsarbeiderne sier det slik:

Ung i Oslo presiserer hvor dårlig det står til med noen, der står det spesifikt hvor mye som må gjøres.

[Jeg hadde] ny gruppe onsdag, en gjeng med gutter som skal drive Capoeira, jeg måtte ta av meg skoa og være med, det sto DÅRLIG til med de motoriske ferdighetene. Hvor er gymtimene på skolen, liksom!

De kobler fysisk form og motoriske ferdigheter direkte til mestring og psykisk helse, og etterlyser aktivisering, særlig i organisert form. I tillegg kommer overvektsproblematikken, som nevnes først og mest av helsestasjonen, men også fra Fagsenteret for barn og unge trekkes kroppsvekt opp som problematikk de ønsker å jobbe bredere med.

Forslag til tiltak:

- **Legge vekt på å dele og videreføre de gode resultatene fra prosjekter som kombinerer fysisk og psykisk helse.**

Nettbaserte liv

Opplysninger fra skolene i bydelen gjennom 2014, tyder på at utfordringer med mobbing og konflikter der bruk av sosiale medier er en del av bildet, synes å øke. Det er ingen skoler som peker seg ut som verre eller bedre enn andre i så måte. (SaLTO-prosjektet i bydelens Årsberetning 2014)

Bekymring for barn og unges sosiale liv på nett er en rød tråd gjennom intervjuene. En beskriver det som at de unge

aldri har pause, du kan sitte hjemme og bli mobbet av andre!

Kollegaen bryter inn:

De vil jo ikke ha den pausen heller, for da er de redde for at det skjer noe de ikke får med seg! Det er selvpining!

Hjernen henger ikke med [hos de yngste] men de mestrer det med å mobbe hverandre på nett...

Bekymring for barn og unges nettbaserte liv, herunder mobbing, netthets og radikaliserings, har vært et stadig tilbakevendende tema i media og offentlig debatt, og vi opplever gjennom intervjuene ikke at Alna sees som et særlig utsatt sted. Likevel nevnes temaet som nevnt i flere intervju, og det er et område hvor man fra tjenestenes side ønsker å gjøre mer uten at man kommer med helt konkrete eksempler. Dette er et tema skolene i landet har engasjert seg i, og vi kan bare anbefale videre samarbeid med skolene og foreldregrupper/FAU rundt nettvett og unges databruk. Fra ungdomsklubbenes side ble det også nevnt at man kunne ønske å arbeide mer med dette temaet, mest med tanke på kompetanseheving for de ansatte, slik at de er bevisste på hva de skal se etter når de gjør sine observasjoner i miljøet. Her vil vi også anbefale at man søker å bringe inn et kjønnsperspektiv i arbeidet, Ung i Oslo antyder at jenter og gutter i bydelen har til dels ulik databruk, og vi hører det samme i intervjuene i tjenestene – det er klare kjønnsforskjeller i det de henviser til som eksempler på digitale utfordringer for bydelens ungdom.

6.6 Et språk for seksualitet

Manglende språk for kropp og seksualitet blant brukerne var et punkt flere i vår undersøkelse kom tilbake til. Ikke rom for å snakke om seksualitet, verken i barnehage eller skole og i liten grad i et ellers delvis overseksualisert offentlig rom. Vi hørte blant annet en diskusjon i gruppeintervjuet i barnevernet, hvor én hevdet at de hadde statistisk sett få overgrepssaker i barnevernet og var bekymret for dette. Var det noe de ikke fanget opp? *Vi ser det ikke før de er trygt plassert i fosterhjem – da kommer det frem, svarte kollegaen.* Dette er en av de få situasjonene hvor «kultur» nevnes, om enn litt antydningvis,

Befolkningsgruppen vår – man snakker ikke om kropp og seksualitet.

Her er de imidlertid klare på at de også ser egne begrensninger og ønsker mer kompetanse, både på teori og praksis:

Vi må øve på samtale, begreper, teknikk – da blir vi komfortable på å snakke om det. Må gi inntrykk av at jeg tåler å snakke om det!

Redd Barna publiserte i 2015 rapporten «Hvis du ikke spør, klarer jeg ikke å fortelle», om minoritetsbarn og -ungdom utsatt for seksuelle overgrep. Undersøkelsen har hatt som hovedmål å øke kunnskapen om hvordan hjelpeapparatet kan yte bedre støtte og omsorg til minoritetsbarn som utsettes for seksuelle overgrep. Den har sett på om det er særtrekk som gjør disse sakene vanskeligere å avdekke, og gir eksempler på god praksis både i arbeidet med å avdekke og å forebygge (Berggrav 2015). Hele rapporten er tilgjengelig på Redd Barnas nettsider www.reddbarna.no.

«Vi trenger en styrket og utvidet seksualundervisning som bevisstgjør barn om egen kropp og rett til å sette grenser.» sier Berggrav i rapporten over, og dette sammenfaller også med signaler vi får fra helsesøstrene som arbeider i skolene.

Rosa Kompetanse

Av rent praktiske tiltak foreslår vi at man innleder samarbeid med Rosa Kompetanse og Skeiv Verden. Deres opplegg har bakgrunn i LHBT-bevegelsen, men gir en bred og mestringsbasert tilnærming til å snakke om kropp og identitet, herunder seksualitet, på tvers av skillelinjer for alter, etnisitet, språk, kjønn og seksualitet.

Rosa Kompetanse er finansiert henholdsvis av Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Justisdepartementet. Rosa kompetanse underviser helsepersonell, skoleansatte, politi og påtalemyndighet om hvordan man kan snakke trygt om kjønn og seksualitet. Målet er å bidra til økt kunnskap om det å være lesbisk, homofil, bifil eller transperson i dagens Norge. Uansett hvor i landet folk bor, skal LHBT-personer føle seg trygge og inkluderte på skolen, i helsevesenet og i møte med politiet. Tiltaket får svært gode tilbakemeldinger fra fagpersonene som deltar.

Rosa Kompetanse har også særskilte undervisningsopplegg tilpasset Barnevernet, Helse og Sosial og Skolesektoren. Tilbudet er fullfinansiert og tilbys gratis.

Skeiv verden

RESTART er Skeiv Ungdoms satsing for en trygg og inkluderende skole der alle kan være og utrykke seg selv som man vil. Dette gjøres gjennom å utfordre elevenes syn på kjønn og seksualitet, for å åpne opp for mangfoldet som finnes blant oss. RESTART-tiltaket har i foregående år vært delfinansiert av Bufdir (sammen med Utdanningsdirektoratet), som «regelmessig aktivitet».

Ved bruk av forelesing, interaktive øvelser og diskusjoner tilpasset elevenes kunnskaps- og interessenivå, tilbyr RESTART et opplegg som har som funksjon å opplyse ungdom om kjønn, seksualitet og normer. Målet er å bli kvitt fordommer og diskriminering og å skape et bedre skolemiljø. Elevene gis verktøy som gjør dem i stand til selv å gå aktivt inn for å forebygge diskriminering og mobbing i sin hverdag, og å skape en skole der de alle elever tør å være seg selv. RESTARTs skoleopplegg varer 90 minutter og består av en teoridel og en praktisk del der elevene er med på øvelser som synliggjør normer rundt kjønn og seksualitet. Opplegget bygger på elevenes aktive deltakelse og er bygd opp på en måte som gjør at det har relevans for alle i gruppen.

Forslag til tiltak:

- Etablere samarbeid med Skeiv verden og Rosa Kompetanse, både på elev- og ansattnivå.

6.7 Brukere, brukermedvirkning og samtykkekompetanse

Registrering og statistikk

Registrering og oversikt er et nøkkelpunkt i å utvikle likeverdige tjenester. Vi berørte spørsmålet om brukerstatistikk i intervjuene, men får tilbakemelding på at registrering følger tjeneste og er systemspesifikk, og i liten grad sammenlignbar og nyttig på tvers av tjenesteenhetene. Vi foreslår at man som et bevisstgjøringsprosjekt velger ut elementer som man anser som viktige fra et likeverdige tjenester-perspektiv og gjør sammenlignbar registrering for hver tjeneste, slik at man kan se om det peker seg ut store forskjeller i hvem man når og eventuelt ikke når.

Vi ønsker å minne om de gode resultatene man har gjort med systematisk registreringsarbeid på likeverdige tjenester i Sverige gjennom flere år. Botkyrka kommune (som er nevnt tidligere under punkt 5.3) er en forstad til Stockholm med nesten dobbelt så mange innbyggere som Alna, men samtidig en prosentmessig like stor befolkning med innvandrerbakgrunn. Botkyrka har i mange år satset stort på likeverdige offentlige tjenester og innhenter kjønnsdelt statistikk på alle samfunnsområder. De teller brukere, stiller spørsmål ved resultatene og gir seg ikke før de har et helt årsaksbilde de kan jobbe ut fra. Ett av spørsmålene de har stilt seg er hvem som bruker ungdomsklubbene. Når tallene viste at 2 av 3 brukere er gutter, undret klubbene på hvilke forestillinger om kjønn de signaliserer, og hvorfor dette i mindre grad appellerer til jenter. Ytterligere undersøkelser viste at det var spesielt få jenter med innvandrerbakgrunn som benyttet klubbene. Å ta inn flere av jentenes ønsker i tilbudet var et viktig steg i riktig retning. Utrygg adkomst var en annen hindring som ble oppgitt da klubbene forhørte seg med et bredt utvalg jenter, og ulike tiltak ved inngangspartiet til klubbene har siden gjort mye for jenters økende deltakelse. Gjennom å stille nysgjerrige spørsmål ved egne tjenester har Botkyrka gjort utallige små og store forbedringer for sine innbyggere. Siden det med enkle midler lages kjønnsdelt statistikk for alle tjenester, får kommunen en formidabel kunnskap om sine innbyggere, og hvordan det offentlige tilbudet treffer og ikke treffer dem.

Brukerundersøkelser

Brukermedvirkning var et element i undersøkelsen, og det framgikk fort at dette var komplisert for de fleste tjenestene. Man ønsker å bruke bruker- og medarbeiderundersøkelser som verktøy for å utvikle kvalitativt bedre tjenester, innhold og kvalitet i bydelen, men uten at vi kjenner detaljene får vi høre flere beretninger om at det er dårlig svarprosent, og at verktøyet er dårlig tilpasset brukernes behov, tilbakemeldinger og språkkompetanse. I Nova-rapporten om Helsestasjons- og skolehelsetjenestene i Bydel Alna (Nova-rapport 22/2011) er det laget utkast til et spørreskjema som kan brukes til brukerundersøkelser i helsestasjonstjenesten, men vi kjenner heller ikke til om dette er forsøkt.

Inntrykket vi sitter igjen med er at brukermedvirkning og -evaluering er svært etterspurt og høyt ønsket, men at det blir liten grad av systematikk og sammenlignbarhet.

Samtykke

Et spørsmål som ble nevnt av flere når vi snakket om brukerundersøkelser, men også når tema var samhandling, var samtykkeordningen. Det var flere som stilte seg tvilende til om skjemaene som

brukes i dag er gode nok til å a) gi partene mulighet til reelt og informert samtykke og b) muliggjøre nødvendig informasjonsdeling og samhandling mellom ulike tjenester som kunne ha fordel av å kunne samarbeide. Vi fikk også gode historier om team og samarbeid mellom foreldre, tjenester og barnet det gjelder som fungerer utmerket, men vi merket oss at når spørsmålet om samtykkets realitet ble nevnt, var det særlig foreldre som faller inn i de mest utsatte gruppene som ble nevnt. Språkutfordringer, lavt utdanningsnivå, dårlig arbeidstilknytning og andre sosioøkonomiske forhold ble antydnet som kjennetegn på denne gruppen.

Dette ble gjerne nevnt i sammenheng også med at en del opplever utfordringer i forbindelse med foreldrenes holdninger, at de opplever det som vanskelig å kommunisere viktigheten av å få dem med på å søke hjelp for barnet sitt.

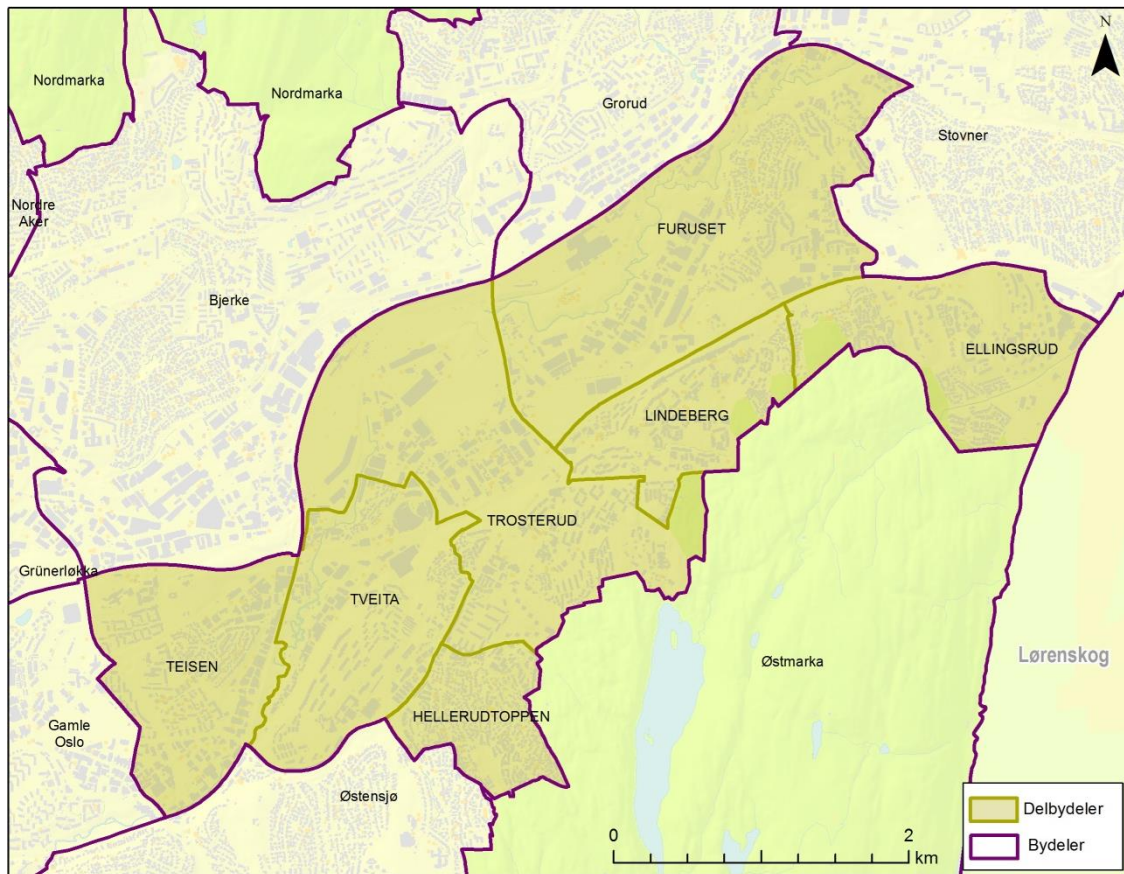
Tøft! Vi er avhengige av å ha foreldrene på lag for å få henvisning fra lege, utredning. Har nok blitt bedre, tøffere, på å melde bekymring til barnets beste. Og det er viktig å ivareta foreldrene oppi dette. Tror de fleste foreldre skjønner at de har spesielle barn når de har det, og det er jo en sorgprosess.

Uttalelsen over falt på Fagsenteret for barn og unge, som særlig uttrykte bekymring for utsatte grupper som barn med autismespekterdiagnoser. Her uttrykkes en meget helhetlig bekymring for barnets utvikling videre, men også for familien som helhet, og det er høy bevissthet om betydningen av å få inn riktig kompetanse på rett tid.

Dette helhetlige perspektivet på likeverdige tjenester og herunder særlig brukermedvirkning, aktivt samtykke og gode brukerundersøkelser, vil bidra til at Bydel Alnas forebyggende og helsefremmende arbeid med barn og unges psykiske helse utvikles. Med full involvering av ansatte og innbyggere kan dette bli et foregangseksempel på godt folkehelsearbeid.

Litteratur

- Aarbakke, Mari Helenedatter, 2010: «Profesjonelle og likeverdige. Intervjuer med mannlige hjelpepleiere.» NTNU, Institutt for språk- og kommunikasjonsstudier, Trondheim.
- Aarbakke, Mari Helenedatter, 2013: «Å fremme mangfold på arbeidsplassen. Sammenhenger mellom etnisk mangfold, tjenestekvalitet og arbeidsmiljø ved Sør-Tromsøya sykehjem.» KUN 2013
- Andersen, Patrik Lie og Anders Bakken, 2015: Ung i Oslo. NOVA-rapport 8/2015.
- Berggrav, Silje, 2015: «Hvis du ikke spør, klarer jeg ikke fortelle». utfordringer ved avdekking av seksuelle overgrep mot barn i minoritetsfamilier. Redd Barna
- Brattbakk, Ingar og Aina Landsverk Hagen (et al), 2015: Hva nå, Tøyen? Sosiokulturell stedsanalyse av Tøyen i Bydel Gamle Oslo. AFI-rapport 8:2015
- Bøe, Tormod, 2015: Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. Helsedirektoratet
- Canadian Council on Social Determinants of Health, 2015: A Review of Frameworks on the Determinants of Health
- Danielsen, Kirsten, Ada I. Engebretsen og Jon Erik Finnvoll, 2011: For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her», Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna bydel. NOVA-rapport 22/2011
- Elstad, Jon Ivar og Kari Stefansen, 2014: *Social Variations in Perceived Parenting Styles among Norwegian Adolescents*. Child Indicators Research, Vol. 7:649-670, 2014. doi: 10.1007/s12187-014-9239-5
- Epland, Jon og Mads Ivar Kirkeberg, 2014: «Barn i lavinntektshusholdninger. Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt.» Artikkel på SSB.no
- Gjervan, Marit (red.), 2006: TEMAHEFTE om språklig og kulturelt mangfold. Kunnskapsdepartementet
- Helgesen, Marit K., Arne Holm, Lars Monkerud og Lene Schmidt, 2014: Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie. NIBR-rapport 2014:16
- Helsedirektoratet, 2014: «Samfunnsutvikling for god folkehelse»
- Lund, Monica, 2014: *Best i vest – men heller ikke så verst i øst*. OsloSpeilet nr 2/2014
- Norli, Hanne Bertnes og Tor Dølvik, 2010: Følgeevaluering av Groruddalssatsingen – Sluttrapport. Asplan Viak/Agenda Kaupang/Oslo kommune, Plankontoret for Groruddalen
- NOU 2015: 2 «Å høre til — Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø»
- Veland, Jarmund og May Linda Hamm, 2015: *Sårbare barn i skolen*. Bedre skole 3/2015
- Østrem, Solveig, 2006: *Flere menn i barnehagen – ensbetydende med likestilling?* Barnehagefolk nr. 4/2006.



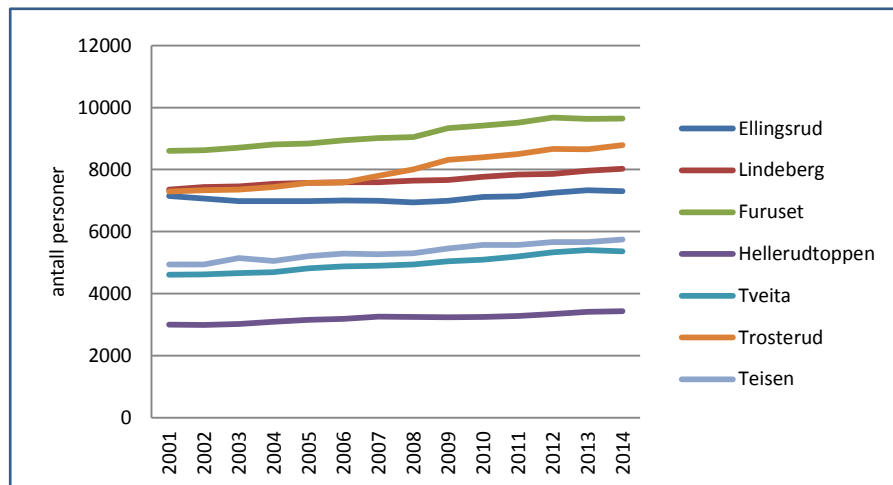
Bydel Alna

Faktaark om befolkning, levekår og boforhold

- Fra 2001 til 2014 økte folkemengden i Bydel Alna fra litt under 43 000 til godt over 48 000. Det tilsvarer en vekst på 13 prosent. Kraftigst vekst har det vært i delbydelen Trosterud (21 %). Hele Oslo økte folkemengden med 25 prosent i samme periode.
- Det fødes årlig mellom 700 og 800 barn i Bydel Alna, mens det dør i underkant av 400 personer. Nettoflyttingen har de siste årene variert fra et flytteunderskudd på 150 til et flytteoverskudd på vel 500.
- Alderssammensetningen i Bydel Alna er preget av større andeler barn, ungdom og eldre enn i byen for øvrig. Bydelen har lavere andeler unge voksne enn i Oslo generelt.
- Halvparten av befolkningen i Alna har innvandrerbakgrunn. Av disse er 17 prosent norskfødte av innvandrerforeldre. Forskjellene er store internt i bydelen. Delbydelen Furuset har 67 prosent med innvandrerbakgrunn, mens Hellerudtoppen har 18 prosent.
- Innvandrerbefolkningen blant barn har en betydelig overvekt av barn med innvandrerbakgrunn. Av samtlige barn under 16 år i Alna bydel, er 51 prosent norskfødte av to innvandrerforeldre, mens 8 prosent har selv innvandret. I delbydelen Furuset er 64 prosent av barna norskfødte av to innvandrerforeldre, mens 10 prosent har selv innvandret.
- Like over 10 prosent av bydelens befolkning har pakistansk bakgrunn. Pakistanere utgjør med det den klart største innvandrergruppen i Bydel Alna.
- Teisen skiller seg ut som delbydelen med størst flyttehyppighet. I gjennomsnitt (siste 5 år) er 18 prosent av befolkningen i Teisen på flyttefot i løpet av et år.
- De siste fem års flyttetendens viser en netto utflytting fra Bydel Alna av barn, middelaldrende (30-49 år) og eldre. Det er gjennomgående høyest nettoutflytting blant personer uten innvandrerbakgrunn.
- Andel sysselsatte beboere er noe lavere i Bydel Alna enn i Oslo for øvrig. Delbydelene Furuset, Trosterud og Lindeberg trekker andelen sysselsatte ned for bydelen.
- Andelen lavt utdannete er høyere i Alna enn i Oslo generelt. Blant Alnas delbydeler er det kun Hellerudtoppen som har en lavere andel i denne kategorien enn Oslo totalt.
- Andelen lavinntektshusholdninger med barn under 17 år er høyest i delbydelene Furuset og Lindeberg og Trosterud.
- Bydel Alna har 21 prosent 16–66-åringere redusert funksjonsevne. Tilsvarende andel for Oslo er 14 prosent. Hellerudtoppen trekker andelen ned for bydelen, mens Furuset, Lindeberg, Trosterud og Tveita trekker andelen opp.
- 84 prosent av privathusholdningene i Bydel Alna eier sin egen bolig. I byen totalt er tilsvarende andel på 70 prosent.
- Furuset har den største andelen trangbodde husholdninger (19 %), mens Hellerudtoppen har den laveste andelen (7 %). Gjennomsnittet for bydelen er på 11 prosent, mens det for hele byen er på 8 prosent.

Befolkning

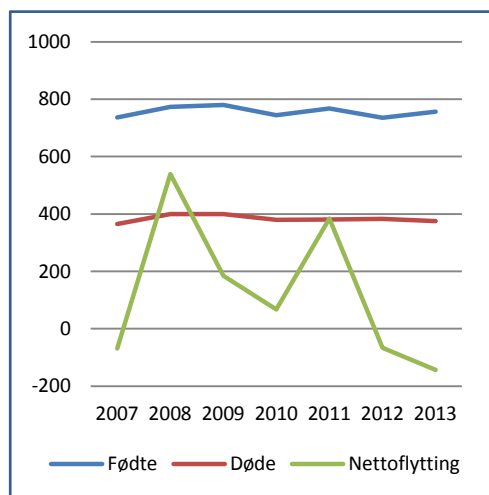
Figur 1. Befolkningsutvikling i delbydeler i Bydel Alna. 2001-2014.



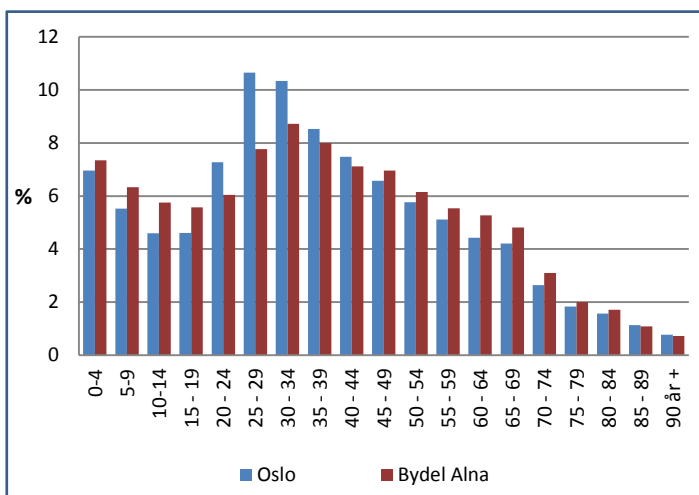
Tabell 1. Endring i folkemengde. 2001-2014

Trosterud	20,5 %
Teisen	16,4 %
Tveita	16,3 %
Hellerudtoppen	14,3 %
Furuset	12,1 %
Lindeberg	9,2 %
Ellingsrud	2,2 %
Bydel Alna	12,5 %
Oslo	24,7 %

Figur 2. Fødte, døde og netto innflytting i Bydel Alna. 2007-2013.



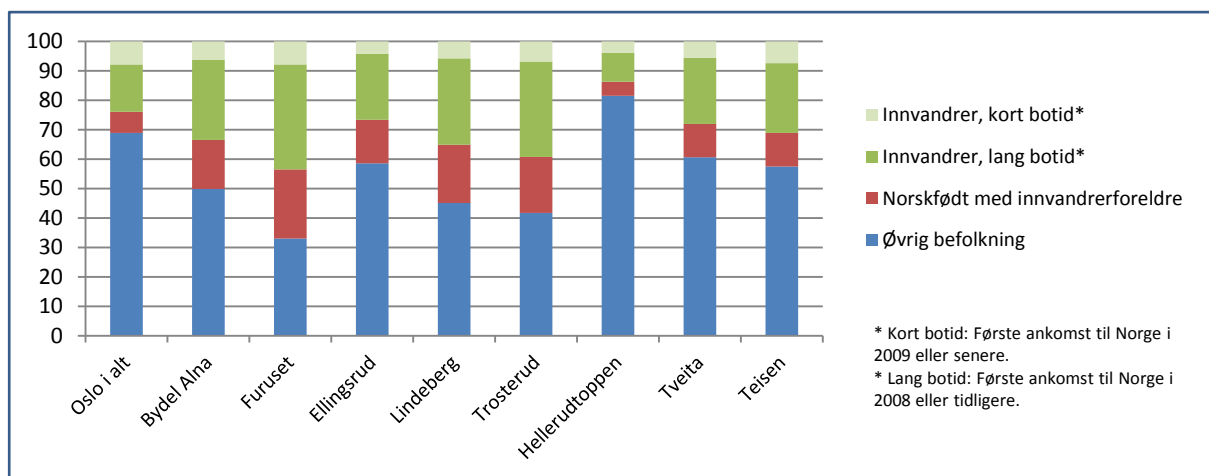
Figur 3. Alderssammensetning. Andel i 5-års aldersgrupper. 2014.



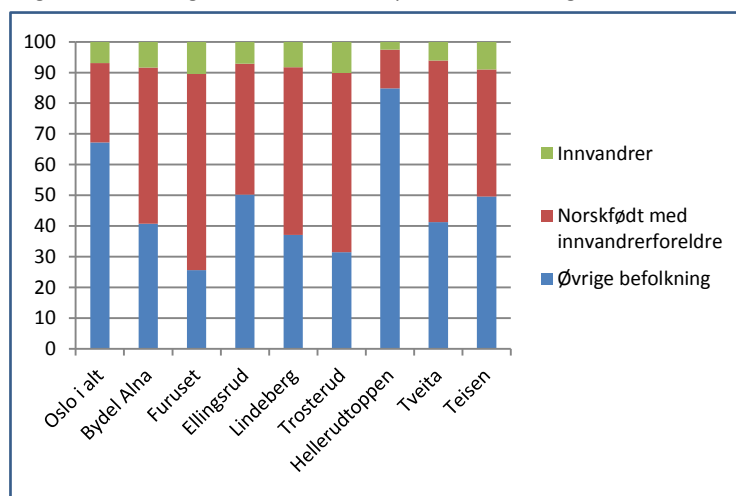
Tabell 2. Alderssammensetning per delbydel i Bydel Alna per 1.1.2014

	0- 5 år	6-15 år	16-18 år	19-29 år	30-49 år	50-66 år	67-79 år	80 år +	Totalt
Bydel Alna	8,7%	11,8%	3,4%	14,9%	30,8%	19,0%	7,8%	3,5%	48 307
Furuset	8,7%	13,9%	3,8%	16,4%	30,3%	18,3%	5,8%	2,7%	9 645
Ellingsrud	9,5%	12,3%	3,5%	13,7%	29,5%	22,0%	7,8%	1,6%	7 306
Lindeberg	8,8%	13,2%	3,4%	15,4%	28,9%	19,2%	7,6%	3,3%	8 029
Trosterud	8,8%	12,0%	3,7%	15,2%	31,6%	18,5%	7,6%	2,6%	8 790
Hellerudtoppen	8,4%	12,6%	3,7%	10,8%	30,2%	20,6%	9,4%	4,3%	3 428
Tveita	7,5%	7,5%	2,3%	13,3%	28,8%	20,0%	13,0%	7,6%	5 365
Teisen	8,7%	8,8%	2,6%	16,8%	36,9%	15,3%	6,1%	4,7%	5 744

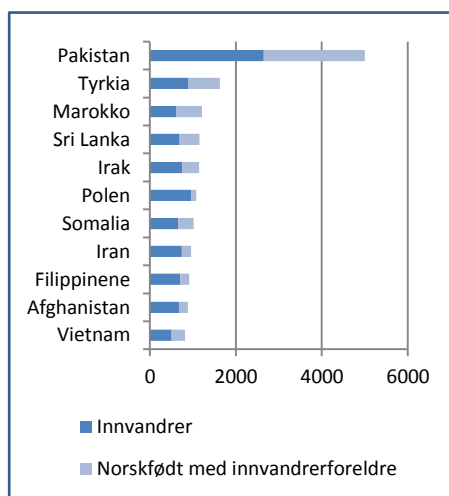
Figur 4. Befolkningen etter innvandrerbakgrunn. 1.1.2014.



Figur 5. Befolkning under 16 år fordelt på innvandrerbakgrunn. 1.1.2014.

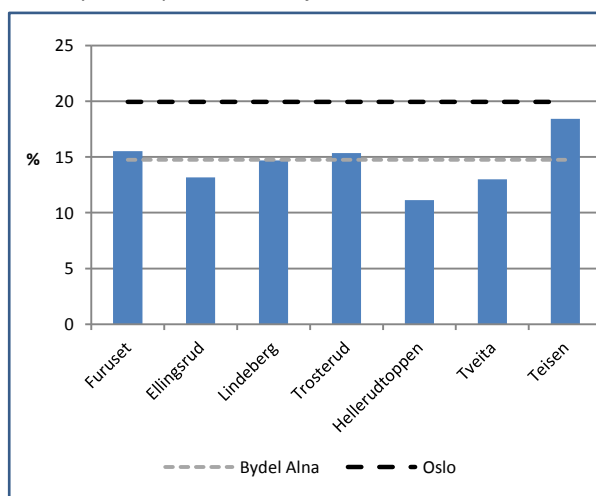


Figur 6. Ti største innvandrergupper i Bydel Alna. 1.1.2014.

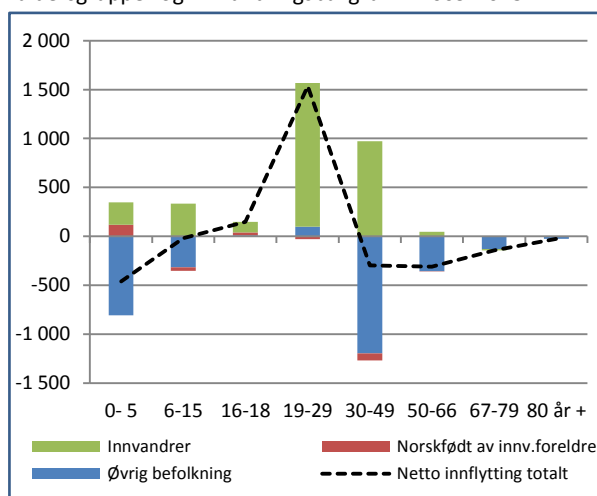


Flytting

Figur 7. Flytthypighet/bofasthet. Andel av befolkningen som flytter i løpet av ett år. Gjennomsnitt 2009-2013.

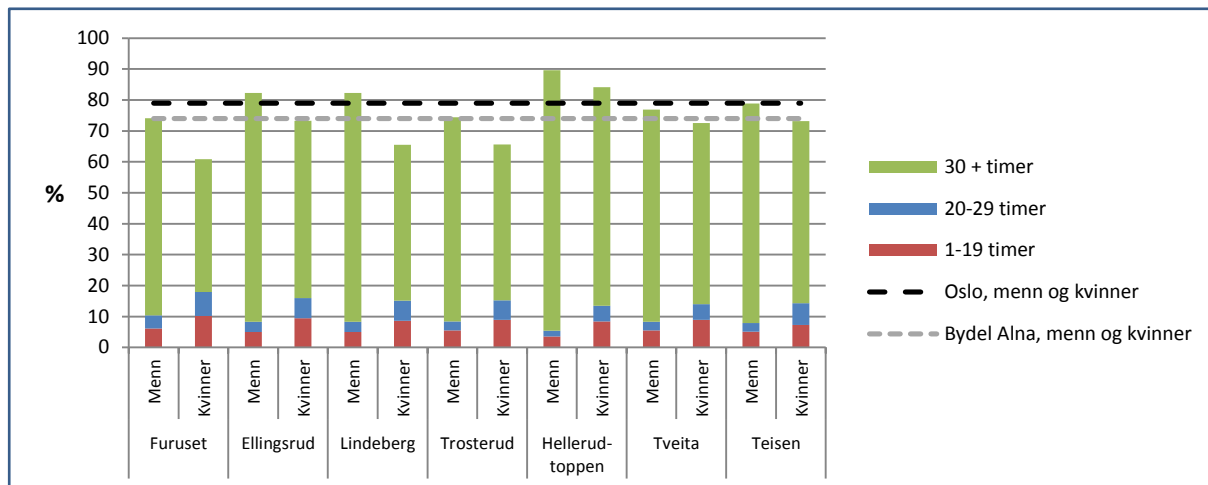


Figur 8. Netto innflytting for Bydel Alna fordelt på aldersgrupper og innvandringsbakgrunn. 2009-2013.

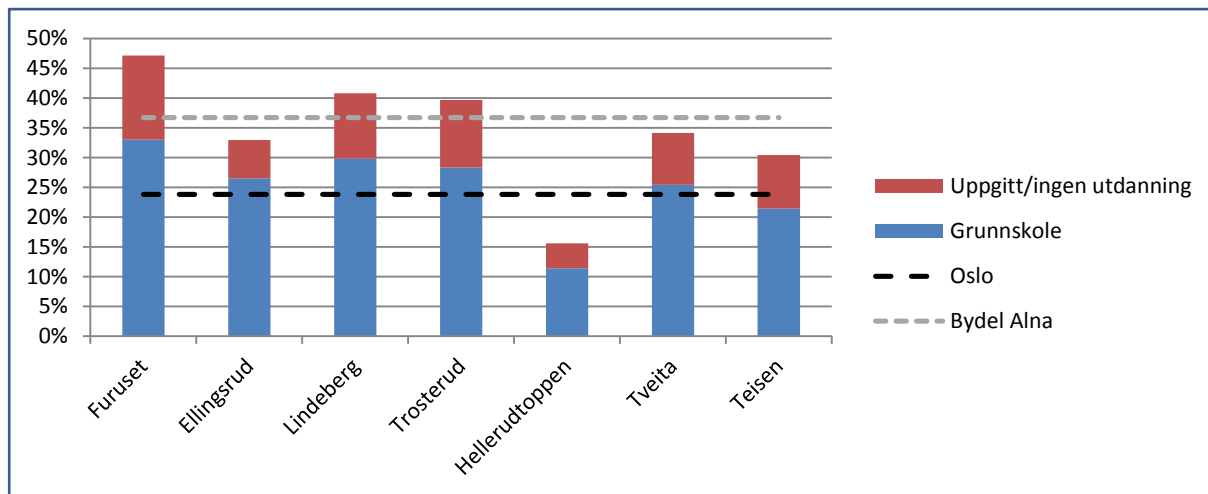


Levekår

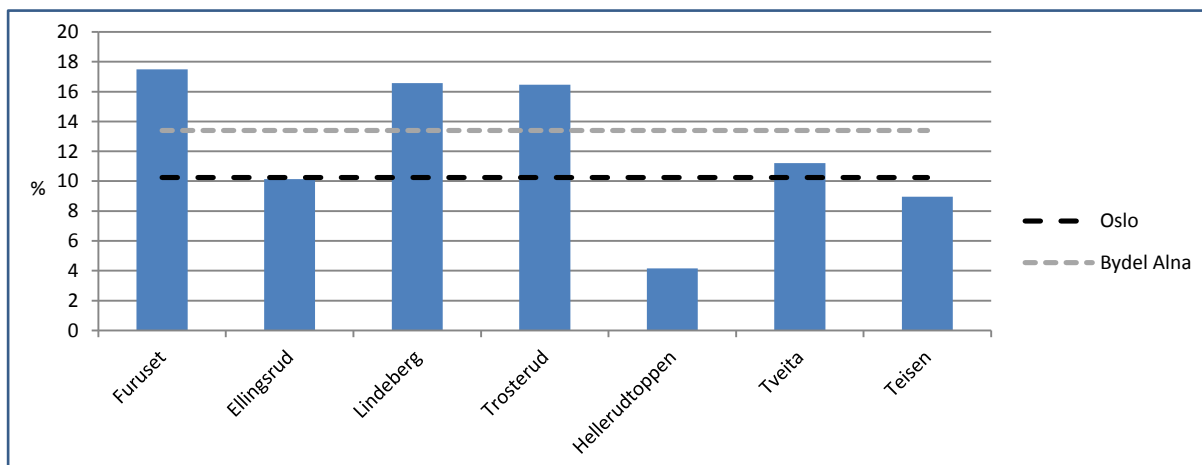
Figur 9. Andel sysselsatte innbyggere 30-59 år etter kjønn og arbeidstimer i uken. 2013.



Figur 10. Andel innbyggere i alderen 30-59 år som kun har grunnskoleutdanning eller ingen/uoppgitt utdanning. 2013.

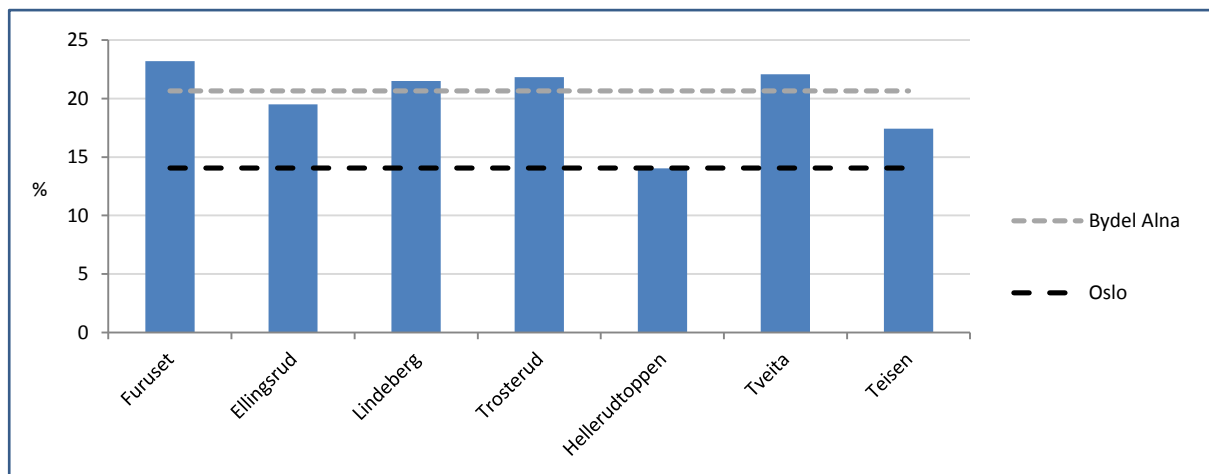


Figur 11. Andel av husholdninger med barn under 17 år, med lav inntekt etter OECD-definisjonen* fordelt på delbydel. 2012.



* Husholdningens inntekt etter skatt pr. forbruksenhet er under 50 prosent av medianinntekten i Oslo. Forbruksvekter (OECD-skala) er beregnet ved å gi første voksne i husholdningen vekten 1, andre voksne vekten 0,7 hver, mens hvert barn får vekten 0,5.

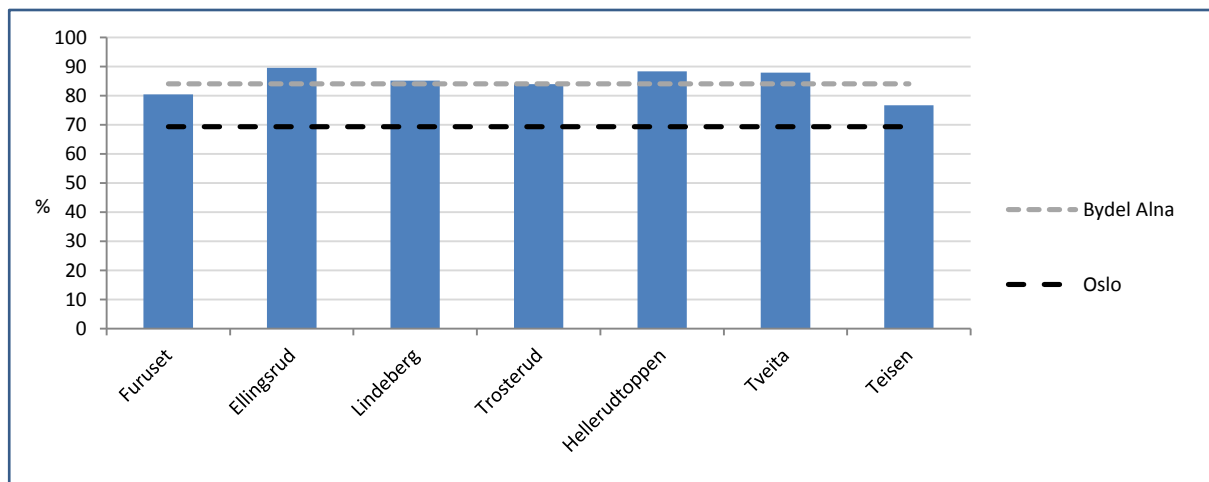
Figur 12. Andel personer i alder 16-66 år med redusert funksjonsevne* etter delbydeler i Oslo. 2008



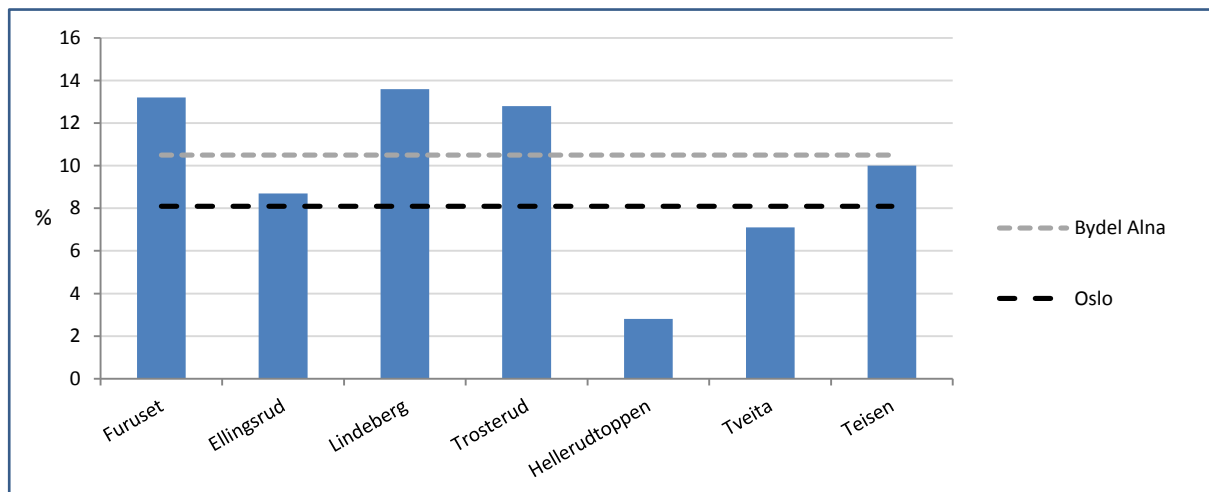
* Personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av uførepensjon eller sykepenger.

Boforhold

Figur 13. Andel privathusholdninger som eier sin egen bolig fordelt på delbydeler i Bydel Alna. 2011.



Figur 14. Andel trangbodde* privathusholdninger fordelt på delbydeler i Bydel Alna. 2011.



* Trangboddhet regnes her som husholdninger hvor hver person i boligen har mindre enn 20 m² bruksareal til rådighet.

Bydel Alna i Oslo



Folkehelseprofilen for bydeler er et bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne, jamfør lov om folkehelsearbeid.

Statistikken er fra KommuneHelse statistikkbank per juni 2015.

Utgitt av
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avdeling for helsestatistikk
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
E-post: kommunehelse@fhi.no

Redaksjon:
Camilla Stoltenberg (ansv. redaktør)
Else-Karin Grøholt (fagredaktør)
I redaksjonen: Fagredaksjon for folkehelseprofiler
Idékilde: National Health Observatories, Storbritannia
Foto: Colourbox og Scanpix
Bokmål
Batch 0806151557.0806151604.0806151557.0806151604.09/06/2015
17:05

Elektronisk distribusjon:
www.fhi.no/folkhelseprofiler



Noen trekk ved bydelens folkehelse

Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Indikatorene tar høyde for bydelens alders- og kjønnssammensetning, men all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold.

Befolkning

- I aldersgruppen 45 år og eldre er andelen som bor alene høyere enn i landet som helhet.

Levekår

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået.
- Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helhet. Lav inntekt defineres her som under 60 % av nasjonal medianinntekt.

Miljø

- På bydelsnivå finnes det lite statistikk om fysisk og sosialt miljø fra nasjonale registre. Kommunen kan imidlertid ha informasjon om slike miljøfaktorer i bydelen. Les mer om hvordan miljøet påvirker helsen på godt og vondt på FHIs nettsider (<http://www.fhi.no/artikler/?id=111310>).

Skole

- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet. Les mer om frafall på midtsidene.
- Andelen 5.-klassinger som er på laveste mestringsnivå i regning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået.

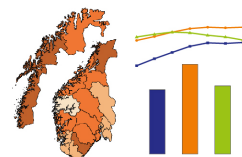
Levevaner

- På kommune- og bydelsnivå finnes det lite statistikk på levevaner som kosthold, fysisk aktivitet og bruk av tobakk, alkohol og rusmidler. Indikatorene under temaområdet helse og sykdom kan indirekte gi informasjon om levevaner i befolkningen. Se statistikkbankene KommuneHelse og Norgeshelse for levevanestatistikk på kommune- og fylkesnivå.

Helse og sykdom

- På bydelsnivå er statistikk på legemiddelbruk, nye tilfeller av kreft og sykehusinnlagte per i dag utilstrekkelig for statistikkformål eller ikke tilgjengelig. På side 4 finnes tall for landet og kommunen.
- Forventet levealder for menn er lavere enn i landet som helhet.
- Forventet levealder for kvinner er lavere enn i landet som helhet.
- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Forskjellen i forventet levealder er en indikator på sosiale helseforskjeller i bydelen.
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser i alderen 15-29 år er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt. Les om psykisk helse blant barn og unge på midtsidene.

For flere indikatorer og mer detaljert statistikk se
KommuneHelse statistikkbank,
khs.fhi.no



Tilrettelegging for god psykisk helse blant barn og unge

Trygghet, trivsel og følelsen av tilhørighet er grunnleggende betingelser for god psykisk helse gjennom hele livsløpet. Lokal planlegging og tilrettelegging legger premisene for gode oppvekstmiljø og lokalsamfunn og kan dermed påvirke barn og unges psykiske helse.

Familie og nære venner er viktige personer for barn og unge i alle aldre. I løpet av oppveksten blir også personer og relasjoner utenfor familien viktige. I kommunen og bydelen finnes virkemidler for å skape gode rammer for barn og unge når de utvider sine sosiale omgivelser.

Bydelen, kommunen og fylkeskommunen har betydelig innflytelse over mange arenaer der barn og unge ferdes. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet vil bli best dersom tiltak ses i et utviklingsperspektiv, og der ulike aktører trekker i samme retning, se figur 1.

Figur 1: Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid for psykisk helse på ulike alderstrinn (Øverland, 2014).



Nabolag og lokalsamfunn preget av fellesskap, sosial samhandling og organisasjonsaktivitet fremmer psykisk helse blant barn og unge. Tilhørighet til nabolaget kan være særlig viktig for sårbare grupper som kan ha mindre nettverk, som flyktninger, innvandrere, aleneforeldre og de som står utenfor viktige sosiale arenaer som skole og arbeidsliv.

Å legge til rette for sosiale møteplasser, lekeplasser og «grønne områder» i nærheten av der folk bor bidrar til gode nabolag og et godt oppvekstmiljø. Utbedring av boliger og boligstrøk kan øke stabiliteten og trivselen i nabolaget, noe som bidrar til å trekke lokalsamfunn i en helsefremmende retning.

Å delta i organiserte fritidsaktiviteter som idrettslag, musikkorps og andre frivillige organisasjoner kan ha positiv virkning på barns utvikling og psykiske helse. Aktivitetene gir mulighet for at barn og unge kan samhandle med støttende voksne, etablere vennskap med jevnaldrende, gjøre en innsats mot felles mål og få mestringserfaringer.

Tidlig innsats i barnehage og helsestasjon

I dag går 97 prosent av 3-5-åringene i barnehage. Barnehagen har gunstig effekt på barns språklige og sosiale utvikling. Særlig for barn fra familier med lav sosioøkonomisk status og innvandrerbakgrunn har barnehagen stor betydning. Barnehagen kan derfor være en viktig arena for utjevning av sosiale helseforskjeller. Kvaliteten i barnehagen er vesentlig, og følgende er viktig for kvaliteten:

- Relasjonen mellom voksen og barn
- Innholdet i det pedagogiske tilbudet
- Utdanningsnivået blant personalet
- Antall barn per voksen
- Stabilitet i personalet

Barnehager og helsestasjoner kan fange opp og hjelpe barn som viser tegn til ulike psykiske plager, språk- eller atferdsproblemer. Å sette inn hjelpetiltak tidlig gir bedre mulighet for å unngå senere psykiske vansker og uheldig utvikling. Barnehager og helsestasjoner er også viktige for å veilede foreldre og eventuelt henvise familien videre.

Barsegrupper kan gi nybakte mødre et nettverk som har betydning for både henne selv og barnet i en viktig livsfase.

Skolen som arena for faglig og sosial utvikling

Trivsel på skolen er en av flere faktorer som påvirker elevenes motivasjon for å lære, og trivsel er viktig for å kunne mestre utfordringer i skolehverdagen. Opplevelse av mestring styrker barns selvtillit og psykiske helse.

Figur 2 viser andelen 10.-klassinger som oppgir at de trives godt eller svært godt på skolen. Tallene blir vist både for bydelen, kommunen og landet som helhet. Tallene kan skjule stor variasjon mellom ulike skoler i bydelen, og dette må tas med i vurderingen av tallene.

Et belastende eller stressende skolemiljø vil øke risikoen for psykiske helseproblemer. Mobbing, faglige vansker, negative forhold til lærere og manglende støtte fra elever og voksne gir økt risiko for skolefravær og psykiske helseplager.

Skolen kan bidra til å fremme elevenes psykiske helse gjennom å bygge opp et støttende sosialt miljø og fange opp elever med faglige vansker tidlig. Samarbeid med foreldre er også viktig. I tillegg finnes det ulike skoleprogrammer som har vist gode resultater, blant annet gjennom å øke elevenes kunnskap om psykisk helse, heve den sosiale mestringfølelsen, styrke de sosiale ferdighetene og forebygge mobbing.

Psykisk helse - ikke bare plager og lidelser.

Begrepet psykisk helse omfatter også det helsefremmende perspektivet som følelsen av å trives og kapasitet til å mestre livets utfordringer.

Les mer om psykisk helse på www.fhi.no/tema/psykisk-helse

Frafall i videregående skole

Frafall i videregående skole er et omfattende problem i hele landet. Figur 3 viser frafallet i videregående skole blant de som er bosatt i bydelen sammenliknet med kommunen og landet.

Bydelsverdien kan skjule sosiale forskjeller mellom ulike grupper. Blant elever fra familier med lavt utdanningsnivå, er andelen som faller fra høyere sammenliknet med elever fra familier med høyt utdanningsnivå. Frafall i videregående skole reduserer mulighetene i arbeidsmarkedet og øker risikoen for uføretrygd og dårligere levekår og helse.

Både norsk og internasjonal forskning viser sammenheng mellom psykisk helse og frafall i videregående skole. Spesielt kan atferdsvansker i barndommen føre til dårligere skoleprestasjoner som igjen fører til økt risiko for frafall. Tiltak som styrker barn og unge som sliter med faglige og sosiale vansker vil være effektive i forebygging av frafall. Det forebyggende arbeidet bør starte tidlig og omfatte alle faser i utdanningsløpet.

Aktuelle tiltak er å satse på barnehager som bidrar til å styrke språk og sosiale ferdigheter. Videre er det viktig at skolen satser på god språkopplæring for alle, og med spesielle tiltak for elever som har lesevansker og andre læringsvansker. Også tiltak som styrker det sosiale miljøet på skolen kan forebygge frafall.

Frafallet i videregående skole er størst blant elever på yrkesfagene. Blant elever som står i fare for å falle fra, har fleksible opplæringsløp og mer praksis for dem som strever med teoretiske fag, tett oppfølging og veiledning og samarbeid mellom skole og arbeidsliv, vist gode resultater.

Finn en utvidet artikkel med referanser på www.fhi.no/folkehelseprofiler

Folkehelseprofiler for bydeler for første gang i 2015

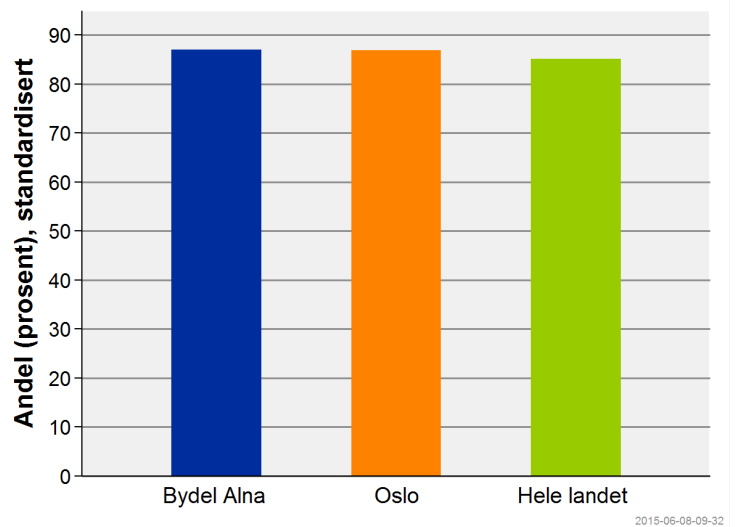
Fra og med 2015 vil folkehelseprofiler være tilgjengelig for bydelene i Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim. Folkehelseprofilen for bydeler tar utgangspunkt i folkehelseprofilen for kommuner når det gjelder indikatorer og temaområder. For noen indikatorer mangler det tall for bydelen. Dette skyldes i hovedsak at data på bydelsnivå per i dag ikke er tilgjengelige fra de ulike registrene, eller at informasjonen om bydelstilhørighet er mangelfull.

Folkehelseprofilene er basert på KommuneHelse statistikkbank. I statistikkbanken er flere indikatorer tilgjengelige på bydelsnivå, men også her vil det i noen tilfeller mangle tall for enkelte år, aldersgrupper eller liknende. Med tiden vil datatilgangen forhåpentligvis bli bedre.

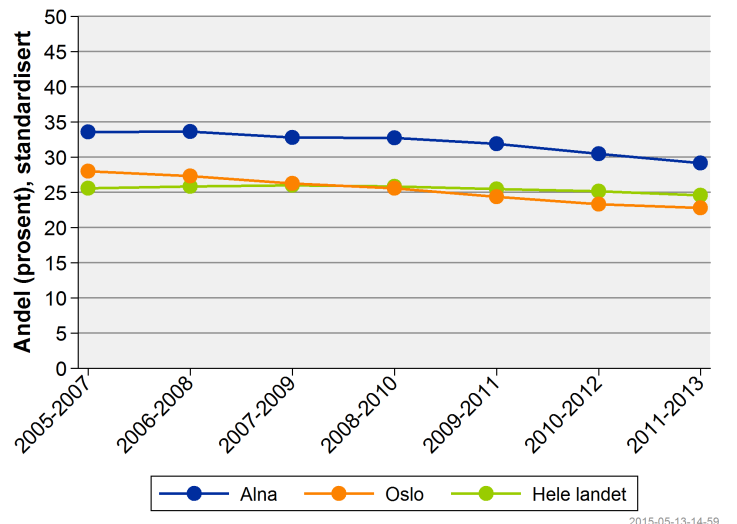
Folkehelseprofilen for bydelen er utformet for å hjelpe lokale myndigheter til å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer. Bydelsstatistikken gir også informasjon om variasjoner mellom ulike bydeler og kan være nyttig i kommunens planlegging og prioritering. Indikatorene bør tolkes i lys av lokal kunnskap og annen informasjon.

I KommuneHelse statistikkbank og på FHIs nettsider finnes lenker til faktaark med utdypende informasjon om ulike tema.

Figur 2. Andel 10.-klassinger som trives svært godt eller godt på skolen (Elevundersøkelsen, 2009/10-2014/15).



Figur 3. Andel som har sluttet på/ikke bestått videregående skole, status fem år etter påbegynt opplæring.



Figur 4: Kart over bydelsinndelingen i kommunen.



Folkehelsebarometer for din bydel

I oversikten nedenfor sammenlignes noen nøkkeltall i bydelen og kommunen med landstall. I figuren og i tallkolonnene tas det hensyn til at bydeler og kommuner kan ha ulik alders- og kjønns sammensetning sammenlignet med landet. Statistikk uten alders- og kjønnsstandardisering finnes i Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no. Forskjellen mellom bydelen og landet er testet for statistisk signifikans, se www.fhi.no/folkehelseprofiler

- ▲ Grønn verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at bydelen ligger bedre an enn landet som helhet
- ▲ Rød verdi betyr at vi med høy grad av sikkerhet kan si at bydelen ligger dårligere an enn landet som helhet
- ▲ Gul verdi forteller at vi ikke med sikkerhet kan si om bydelen ligger dårligere eller bedre an enn landet
- △ Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for kommunen (ikke testet for statistisk signifikans)
- | Verdien for landet som helhet
- Variasjonen mellom bydelene i kommunen

Bydelsverdier som er mer enn dobbelt så høye som landsverdien eller mindre enn halvparten av landsverdien, vises som en halv trekant i figurens ytterkant. En «grønn» verdi betyr at bydelen ligger bedre an enn landet som helhet. Likevel kan det innebære en viktig folkehelseutfordring for bydelen da landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå. For å få en mer helhetlig oversikt over utviklingen i bydelen kan du lage diagrammer i Kommunehelse statistikkbank. Les mer på www.fhi.no/folkehelseprofiler og se Kommunehelse statistikkbank, khs.fhi.no.

Tema	Indikator	Bydel	Kommune	Norge	Enhet(*)	Folkehelsebarometer for Bydel Alna
Befolkning	1 Befolningsvekst	0,51	1,7	1,1	prosent	△ ●
	2 Befolkning under 18 år	23	20	22	prosent	● △
	3 Befolkning over 80 år	3,5	3,5	4,3	prosent	△ ●
	4 Personer som bor alene, 45 år +	33	35	26	prosent	△ ●
Levekår	5 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år	72	85	83	prosent	▲ ●
	6 Lavinntekt (husholdninger), 0-17 år	23	17	10	prosent	▲ ●
	7 Inntektsulikhet, P90/P10	2,7	3,5	2,7	-	● △
	8 Arbeidsledige, 15-29 år	3,4	2,3	2,3	prosent	▲ ●
	9 Uføretrygdede, 18-44 år	2,1	1,3	2,5	prosent (a,k*)	▲ ●
	10 Barn av enslige forsørgere	15	16	15	prosent	● ▲
Miljø	11 God drikkevannsforsyning	-	100	89	prosent	●
	12 Forsyningsgrad, drikkevann	-	99	89	prosent	●
	13 Personskader, behandlet i sykehus	-	12	13	per 1000 (a,k*)	●
Skole	14 Trives på skolen, 10. klasse	87	87	85	prosent (k*)	▲
	15 Mobbes på skolen, 10. klasse	7,8	7	7,2	prosent (k*)	▲ ●
	16 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl.	33	21	25	prosent (k*)	▲ ●
	17 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl.	26	22	27	prosent (k*)	▲ ●
	18 Frafall i videregående skole	29	23	25	prosent (k*)	▲ ●
Levevaner	19 Røyking, kvinner	-	-	14	prosent (a*)	●
	20 Overvekt, kvinner	-	-	35	prosent	●
Helse og sykdom	21 Forventet levealder, menn	76,7	77,3	77,9	år	▲
	22 Forventet levealder, kvinner	80,6	81,8	82,6	år	▲
	23 Utdanningsforskjell i forventet levealder	4,5	6,2	4,8	år	▲ ●
	24 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 0-74 år	135	129	139	per 1000 (a,k*)	▲ ●
	25 Psykiske sympt./lid, primærh.tj., 15-29 år	123	115	137	per 1000 (a,k*)	▲ ●
	26 Psykiske lidelser, legemiddelbrukere	-	130	131	per 1000 (a,k*)	●
	27 Muskel og skjelett, primærhelsetjenesten	268	214	258	per 1000 (a,k*)	▲ ●
	28 Hjerter- og karsykdom, primærh.tj.	100	91	105	per 1000 (a,k*)	▲ ●
	29 Hjerter- og karsykdom, beh. i sykehus	-	17	18	per 1000 (a,k*)	●
	30 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere	-	39	34	per 1000 (a,k*)	●
	31 Lungekreft, nye tilfeller	-	54	55	per 100 000 (a,k*)	●
	32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller	-	72	78	per 100 000 (a,k*)	●
	33 Antibiotika, legemiddelbrukere	-	235	238	per 1000 (a,k*)	●
	34 Vaksinasjonsdekning, meslinger, 9 år	94,9	93,3	94,7	prosent	▲ ●

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor): - = statistikken er ikke tilgjengelig, * = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert og k = kjønnsstandardisert. 1. 2013. 2. 2014. 3. 2014. 4. 2014, i prosent av befolkningen. 5. 2013, høyeste fullførte utdanning (av alle med oppgitt utdanning). 6. 2012, barn som bor i husholdninger med inntekt under 60 % av nasjonal median. 7. 2012, forholdet mellom inntekten til den personen som befinner seg på 90-prosentilen og den som befinner seg på 10-prosentilen. 8. 2013, i prosent av befolkningen. 9. 2011-2013, mottakere av varig uførepensjon. 10. 2011-2013, 0-17 år, av alle barn det betales barnetrygd for. Året 2012 er ekskl. 11. 2013, definert som tilfredsstillende resultater mht. E. coli (der minst 12 prøver er analysert) og stabil drikkevannsforsyning. Omfatter rapportpliktige vannverk. 12. 2013, befolkning tilknyttet rapportpliktige vannverk i prosent av totalbefolkningen. 13. 2011-2013. 14/15. Skoleåret 2009/10-2014/15, skoleåret 2012/13 finnes ikke i statistikken pga. endring i tidspunkt for innsamling. 16. Skoleåret 2011/12-2013/14. 17. Skoleåret 2011/12-2013/14. Året 2012 er ekskl. 18. 2011-2013. 19. 2004-2013, ekskl. årene 2006-2007 pga. teknisk feil ved innrapportering. Fødsende som oppga at de røykte i begynnelsen av svangerskapet i prosent av alle fødende med røykeopplysninger. 20. 2011-2013, KMI over 25 kg/m² (basert på selvrapporert høyde og vekt før svangerskapet). Tall fra sykehus med lav rapportering er ekskludert. 21/22. 1999-2013, beregnet basert på aldersspesifikk dødelighet. 23. 1998-2012, vurdert etter forskjellen i forventet levealder mellom de med grunnskole som høyeste utdanning og de med videregående eller høyere utdanning. 24/25. 2011-2013, brukere av fastlege og legevakt. 26. 2011-2013, 0-74 år, legemidler mot psykiske lidelser, inkl. sovemidler. 27. 2011-2013, 0-74 år, muskel- og skjelettplager og -sykdommer (ekskl. brudd og skader), brukere av fastlege og legevakt. 28. 2011-2013, 0-74 år, sykdom knyttet til hjerter- og karsystemet, brukere av fastlege og legevakt. 29. 2011-2013. 30. 2011-2013, 30-74 år, brukere av blodglukosesenkende midler, ekskl. insulin. 31/32. 2003-2012. 33. 2011-2013, 0-74 år. 34. 2010-2014, for bydeler i Trondheim og Stavanger: 2011-2014. Datakilder: Statistisk sentralbyrå, NAV, Utdanningsdirektoratet, Norsk pasientregister, Medisinsk fødselsregister, Primærhelsetjenestene fastlege og legevakt (KUHR-databasen som eies av Helsedirektoratet), Kreftregisteret, Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSAK), Vannverksregisteret og Reseptregisteret. For mer informasjon, se khs.fhi.no



Senter for kunnskap
og likestilling

Systematisering av data for å fremme psykisk helse blant barn og unge i bydel Alna

Beskrivelse av undersøkelsen

Det psykiske helsearbeidet for barn og unge er et ansvar for bydelen som helhet. Det involverer alle bydelstjenestene som er i kontakt med barn og unge. Bydelen ønsker i større grad å tydeliggjøre det psykiske helseperspektivet, både i det forebyggende arbeidet i helsetjenestene og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

KUN senter for kunnskap og likestilling er hentet inn til dette arbeidet. Vi skal lage en prosjektrapport i flere deler om arbeidet som gjøres i bydelen.

1. Rapporten vil ha en kunnskapsdel med gode eksempler og praksiser lokalt, nasjonalt og internasjonalt og oversikt over nåtilstand i bydelen, med særlig fokus på barn og unges psykiske helsetilstand og annen statistikk som kan være relevant for problemstillingene som ønskes belyst.
2. I tillegg skal rapporten inneholde en analyse av nåtilstanden på tverrfaglig samarbeid i bydelen. Denne skal vurderes opp mot de gode eksemplene som inngår i første del av rapporten, særlig sett i forhold til diskrimineringsgrunnlagene og kjente risikofaktorer.
3. Endelig skal rapporten, med bakgrunn i både intern og ekstern analyse, foreslå tiltak bydelen kan prioritere/nedprioritere framover. Her vil vi prioritere å inkludere forslag til effektmålinger og indikatorer.

Denne intervjuundersøkelsen inngår i del 2 av rapportarbeidet. Funnene fra undersøkelsen vil presenteres for de ansatte i bydelen, og inngå i videre arbeid med styringsdokumenter.

Frivillig deltakelse

All deltagelse er frivillig, du kan når som helst avslutte intervjuet eller trekke tilbake informasjon som er gitt i intervjuet.

Anonymitet

Notatene, funnene og rapporten fra denne undersøkelsen vil bli anonymisert i publikasjoner og presentasjoner. Vi vil ivareta personvernet til den enkelte, og vurdere nøye hvilke funn vi på bakgrunn av dette kan publisere, og vi vil ikke bruke informasjon som kan spores tilbake til deg eller identifisere deg direkte. Det vil ikke bli gjort lydopptak, vi tar notater underveis, og vil forsøke å skrive ned så mye vi husker rett etter intervjuet. Senest ved prosjektslutt, 31.12.2015, vil datamaterialet anonymiseres ved at navn og øvrige bakgrunnsopplysninger slettes.

KUN senter for kunnskap og likestilling (KUN) gjennomfører undersøkelsen på oppdrag fra bydel Alna. Prosjektleder er Lindis Sloan, e-post lindis.sloan@kun.nl.no, telefon 95184537, prosjektmedarbeider er Mari Helenedatter Aarbakke, e-post: Mari.Aarbakke@kun.nl.no, og telefon 977 79 848.

Samtykke

Før intervjuet begynner ber vi deg om å samtykke i deltagelsen ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket og ønsker å delta.



Senter for kunnskap
og likestilling

Samtykkeerklæring for intervjuer i bydel Alna

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet.

Navn: _____ Dato: _____



Senter for kunnskap
og likestilling

Intervjuguide

Presentasjon av deltakere

Etat/enhet:

Fagbakgrunn:

Antall til stede:

Kjønnsfordeling:

Temaet er samordning av tjenestetilbudet til barn og unge, med psykisk helse og forebygging som fellesnevner. Dere inngår i dette arbeidet, og vi vil derfor be dere om å fortelle litt om hvordan dere arbeider.

Er forebygging eller fremming av psykisk helse et prioritert arbeid? (eller er det brannslukking og «noe vi også skal gjøre på toppen av alt annet»?)

Beskriv tjenestene dere tilbyr:

Hvordan arbeider enhetene med forebygging og/eller fremming av psykisk helse? Hva er deres viktigste rolle i dette arbeidet?

Hvordan ser dette arbeidet ut i et ideelt drømmescenario?

I hvilken grad er det samarbeid mellom ulike tjenesteenheter? Finnes det flere kontaktpunkter man kunne brukt? Burde man etablere flere?

Hvilke ulike målgrupper nås/ eller ikke nås av dette arbeidet?
Hvem er det *typisk* dere treffer?

Hvilket kunnskapsgrunnlag nyttes for å utvikle tjenestene?

På hvilken måte sikres brukermedvirkning?

Hvordan sikres måloppnåelse?

Opplever dere å ha nok ressurser og kompetanse på dette området?

Ser dere et konkret forbedringspotensial når det gjelder dette arbeidet? Forslag til tiltak?

Plan for psykososiale miljø og rutiner for barna i barnehagen



Forskrift til miljørettet helsevern i barnehager og skoler §12:

«Virksomheten skal fremme trivsel og gode psykososiale forhold.»

Definisjon av psykososialt miljø:

«Med psykososialt miljø menes her de mellommenneskelige forholdene på skolen, det sosiale miljøet og hvordan elevene og personalet opplever dette. Det psykososiale miljøet handler også om elevenes opplevelse av læringssituasjonen» (Regjeringen.no).

Barnehageloven § 1 og § 2:

”Barnehagene skal sørge for at alle barn har et godt psyko-sosialt lekemiljø. Barnehagene skal legge til rette for at barna får gode utviklingsmuligheter gjennom mestring, tilhørighet, nærhet, trygghet og livsglede”.

MÅL: *«Vi vil at Lohøgda barnehage skal være en arena for lek og vennskap, med aktive og observante voksne som avdekker både barn som mobber og barn som faller utenfor lek og sosialt samspill.»*



Definisjon av mobbing

Gjentatt negativ eller «ondsinnert» atferd fra ett eller flere barn rettet mot et annet barn som har vanskelig for å forsvare seg

Tre hovedkriterier:

1. Negativ/”ondsinnert” atferd
2. Gjentakelse over tid
3. Ubalanse i faktisk eller opplevd styrkeforhold

Tiltak for å oppnå barnehagens mål:

- Vi skal skape et barnehagemiljø med nulltoleranse for mobbing både blant barn og voksne.
- Vi skal øke personalets kunnskaper om forebygging og håndtering av mobbing i barnehagen
- Vi skal samarbeide med barnas foresatte, og barn og voksne skal bli møtt med toleranse og respekt- uavhengig av kultur og bakgrunn.
- Vi gir barna felles opplevelser som bidrar til grunnlag for lek og vennskap.
- Vi jobber med at voksne og barn skal vise omsorg og snakke med hverandre på en anerkjennende måte for å skape et varmt og inkluderende miljø.
- Vi ønsker å styrke barnas selvfølelse og gjøre de rustet til å møte andre barn og voksne på en trygg måte.

Forebygging av mobbing

- **Alle barna skal bli sett av alle voksne hver dag**
- **Observasjoner**
Vi har systematiserte observasjoner for å sikre at alle blir sett. Dette blir satt på agendaen på avdelingsmøtene minimum en gang i måneden.
- **Barneintervjuer**
I barneintervjuene får barna mulighet til ytre sine tanker med en voksen.
- **Foreldresamtaler**
Alle foreldre får tilbud om 1-2 samtaler per år. Deretter avtaler man etter behov fra foreldre og barnehagen.
- **Sikre at alle barn opplever fellesskap og vennskap**
Vi legger til rette for allsidig og skjermet lek på avdeling og organiserer hverdagen for å skape rom og tid til å leke. Etter observasjon setter vi i gang tiltak for å sikre at alle leker, som f.eks. lekegrupper.
- **Sikre at voksne til enhver tid har oversikt over alle områder der barn oppholder seg.**
Dette gjelder særlig ute. Barnehagene skal utarbeide planer som sikrer et godt utemiljø, og voksenrollen skal være et sentralt tema på avdelingsmøter og personalmøter.
- **Basiskompetanse**
Vi utfordrer barna til å kunne finne balansen mellom selvhevdelse og å se andres behov og for at barna skal mestre sosialt samspill. Barna skal kunne samhandle med andre

i ulike situasjoner, og de skal mestre balansen mellom selvhevdelse og behov for aksept av andre. Dette krever oppmerksomme voksne som engasjerer seg i barnas lekemiljø.

- **Holdninger hos voksne**
Å forebygge mobbing handler om voksnes holdninger. Personalet jobber aktivt med og er bevist i forhold til sin definisjonsmakt. F eks hvordan vi uttrykker oss og hvordan dette påvirker og innvirker på barna.
- **Respekt, toleranse, ulikhet**
Vi snakker med barna om de ulike kulturer, tradisjoner, språk og nasjonaliteter som er representert i barnehagen, og tar oss tid til å møte barna med undring og respekt. Det er viktig å snakke med barna om forskjelligheter og vise de at alle barn har forskjellige behov.
- **Konfliktløsning**
Personalet veileder barna i hvordan man kan løse konflikter på egen hånd. Det er viktig å lære barna gode strategier slik at de kan løse opp i konflikter på egen hånd. Personalet er til stede og er støttende for barna i disse situasjonene.
- **Selvfølelse/mestring**
Hvert barn er unikt. Når barna har en god relasjon med andre og mestrer samspillet, blir de trygge på seg selv. Det er viktig å jobbe med egenverdet uavhengig av hva barnet kan.

- **Handlingsplanen evalueres årlig**
- **Handlingsplanen diskuteres i SU**

Tiltak ved avdekking av mobbing

- A. Samtale med de enkelte involverte, den som har blitt utsatt for mobbing og mobberen(e)**
- Samtale med barnet som blir mobbet og de som mobber, hver for seg.
 - I samtalen med den som blir mobbet er det viktig å bygge opp barnets selvtillit, dets tro på seg selv og dets positive egenskaper og ferdigheter, samt lære barnet adekvat atferd i mobbesituasjoner.
 - Samtalen med de som mobber bør i all hovedsak dreie seg om virkningen på offeret av det de gjør, og samtidig gi en klar og entydig beskjed om at slik atferd er totalt uakseptabelt. Om mulig bør også disse barna lære seg alternativ atferd overfor den som blir mobbet.
 - Et virkemiddel som har vist god effekt i barnehagen, med tanke på å forstå hva mobbing gjør, er drama og teater. Gjennom ulike former for dramatiske fremstillinger, hvor også barna er aktivt med, vil barna kunne:
 - Kjenne seg selv igjen i mobbesituasjonene
 - Få satt i gang egen tankevirksomhet rundt mobbing
 - Bearbeide disse tankene og følelsene gjennom dramatisk led, tegninger osv.
 - Identifisere seg med positive rollefigurer og de figurene hvor sympatien ligger

B. Styrke begge parter

Typiske adferdsmønstre hos de som blir mobbet i barnehagealder er: lav selvtillit, engstelige, skye og beskjedne, gråter lett og kan ikke forsvare seg, verken fysisk eller verbalt, føler seg ofte ensomme i barnehagen. Er ofte mindre likt av sine jevnaldrene. Tiltak for å styrke den som blir mobbet kan være:

- Fremheve han/henne i gruppen på det han/hun er god på.
- Hjelp han/henne til å kunne svare de andre barna fornuftig, finne gode svar han/hun kan bruke
- Jobbe med en generell styrking av selvtillit og mestring
- Jobbe aktivt med vennskap og lek

C. Foreldresamtale

- Samtale med foreldrene til den som blir mobbet og til de som mobber.
- Barnehagen forteller hva som er avdekket og på hvilken måte de vil jobbe med situasjonen fremover.
- Et godt foreldresamarbeid hvor man jobber mot et felles mål, både hjemme og i barnehagen, vil være av stor betydning.

D. Vurdere om det er grunn til å søke hjelp hos andre faginstanser/samarbeidspartnere

Eksempler på andre faginstanser er Pedagogisk fagsenter, PPT, BUP og Helsestasjon.

E. Gjennomgå egen praksis og organisering på tjenestestedet

- Gjennomgang av egen praksis og virksomhet.
- Se om det er noe ved miljøet i barnehagen som har hatt effekt på det som har skjedd.
- Se nærmere på personalets praksis og egen virksomhet.

F. Jevnlig evaluering av tiltakene over



SJEKKLISTER

Sjekkliste angående de voksnes forhold til barna:

- Er voksne anerkjennende og støttende overfor barnas egne initiativ, eller mer preget av å gi beskjeder, formidle egne tanker og å kontrollere at barna følger reglene som er satt?
- Blir alle barn lagt merke til, eller er det noen som alltid blir sett og hørt mens andre gjerne blir oversett?
- Er det slik at noen barn stadig får positiv oppmerksomhet, mens andre ofte er gjenstand for negativ oppmerksomhet? Med andre ord: Ser man bare det positive ved enkelte barn og hovedsakelig det negative ved andre?
- Er det blitt et mønster i at det er lettere å tro på bestemte barns forklaringer på konflikter og hendelsesforløp enn på andres?
- Er det slik at alle de voksne tar initiativ til å snakke med og finne på ting med alle barn, eller er det de samme barna man helst prater med, og de samme man helst ikke spontant tar kontakt med?
- Har personalet større tålmodighet med og evne til å følge opp enkelte barn, mens andre raskere blir avbrutt?
- Har de voksne bevissthet om forskjellen på humor og ironi? Er det mye kjefting i personalgruppa, og er det mange skjulte meldinger i dialogen med barna?

Sjekkliste angående miljøet i barnehagen:

- Er miljøet preget av gjensidig omsorg, anerkjennelse og varme- eller preges det av mye erting og kritiske kommentarer til og om hverandre?
- Er miljøet i hovedsak inkluderende, eller preges det ofte av ekskludering av enkeltbarn?
- Er samspillet barna i mellom preget av klare sosiale hierarkier, eller av likeverdighet og veksling av hvem som bestemmer og hvem som til enhver tid får være med?
- Er det en trygg og avslappet tone preget av humor, spontanitet, oppmuntring og glede over hverandres mestring- eller er miljøet snarere preget av presasjonskrav og konkurrerende holdninger til hverandre?