

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpkilden Norge, Hvirve Ørn, Landsforeningen for Påværende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgivning om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU - Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Ågder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Oslo, 13. februar 2023

Innspill til ekspertgruppa om barn i fattige familier

Fattigdom rammer på mange plan. Den påvirker relasjoner, emosjoner og identitet. I tillegg påvirker den helsa di.

Ulikheter i helse og livskvalitet er nært knyttet til de sosiale forholdene barna vokser opp i. På befolkningsnivå ser vi tydelige negative helsekonsekvenser for barn som vokser opp med dårlige levekår og knappe ressurser. Barna har blant annet større risiko for psykiske plager og lidelser. En [studie](#) fra FHI i 2021 viser at barn av foreldre med aller lavest inntekt har hele tre til fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser, sammenliknet med barn av de aller rikeste foreldrene. Det er særlig ADHD, angst og depresjon som har overhyppighet, men alle psykiske lidelser var her vanligere blant barn med foreldre med lav inntekt, enn hos barn fra høyinntektsfamilier. Unntaket var spiseforstyrrelser hos jenter, som oppstår uavhengig av inntekt. Den laveste forekomsten av psykiske lidelser finner vi blant jenter med de rikeste foreldrene. I denne gruppen ble 2,8 prosent diagnostisert med psykiske lidelser, mens jenter med foreldre med lavest inntekt hadde en forekomst på 11,4 prosent.

Det er en uløselig binding mellom ressursituasjon og risiko. Barnefattigdom er en stor risikofaktor for å utvikle psykisk lidelse og uhelse i oppveksten og senere i livet. Det er vanskelig å si når i livet fattigdommen har størst negativ effekt på den psykiske helsa, da levekårene henger sammen med så mange andre utviklingsfaktorer. Hvis du er fattig i oppveksten vil du eksempelvis oftere bli mobbet, stå utenfor ulike aktiviteter og ha foreldre som er utsatt for belastning og stress i en grad som kan påvirke omsorgen de er i stand til å gi. Dårlig økonomi er også en risikofaktor for vold og overgrep. Dette er livshendelser som på ulikt vis blir med deg videre i livet og som kan manifestere seg svært individuelt. Flere studier viser at fattigdom i de første tre leveårene – når behovet for stimulering er på det høyeste – har sterkest negative konsekvenser for barns skoleprestasjoner og i hvilken grad de fullfører skolegang. Andre studier finner at fattigdom i fire- til niårsalderen får sterkere negative konsekvenser enn

tidlig fattigdom. Vedvarende fattigdom fra tidlig barndom til ungdomsalder er mer begrensende på barns utvikling av eget kognitive potensial, sammenlignet med forbigående opplevelser av fattigdom på et bestemt utviklingstrinn. Vi kan altså ikke si med sikkerhet hvordan sammenhengen mellom foreldrenes inntekt og stadier i barndommen påvirker psykisk helseutvikling på kort og lang sikt. Det vi vet er at pasienter med mye penger får raskere og bedre hjelp fordi de kan betale seg bort fra ventetid ved en rekke problemer. Har man behov for behandling vil det altså være lettere å få den i rett tid om du kan betale for hjelpen. Helsekompetanse og systemforståelse hos foresatte vil også gi langt mer beskyttelse for barn, og i som kjent sitter denne kunnskapen som oftest bedre i de øvre sosioøkonomiske sjiktene. I et [samfunnsperspektiv](#) vil man få mindre og tregere hjelp jo lavere inntekt man har. Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt, og sammenhengen nederst i inntektshierarkiet er sterk. De med dårligst råd har det verst.

Den eneste måten å løfte familier ut av lavinntekt på er å skape effektive tiltak for å få foreldrene ut i jobb eller heve stønadene i tilfeller der arbeidsinkludering ikke er mulig. Vi mener at vi i fremtiden må legge opp til mer langsiktige og forpliktende løsninger for å skape arbeidsplasser som gir tilgang på sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst, økonomisk trygghet og andre helsefremmende ressurser. Tiltak som gratis fritidsaktiviteter, utstyrssentraler, åpne møteplasser som fritidsklubber og utdanningsloser er bra og bidrar til å skåne barna for konsekvensene av foreldrenes økonomiske situasjon, men dersom ikke foreldrene hjelpes ut i arbeidslivet til stabile inntekter vil oppveksten i barnefattigdom bli vesentlig dårligere enn den kunne ha vært.

Sosiale mekanismer:

Barn som pårørende. Barnet er et eget rettssubjekt i Norge, og påføres som pårørende ekstra risiko og sårbarhet knyttet til vedvarende lavinntekt i kombinasjon med rus og/eller psykiske lidelser hos foresatte og andre nære. Gjentakelsesrisikoen, særlig der flere sårbarhetsfaktorer er i spill samtidig, er stor, og bør dermed utløse rettigheter til planmessig oppfølging for å forebygge og motvirke generasjonsoverføring av problemer. Systemets møter med barn må dimensjoneres utfra graden av belastning og kvalitetssikres. Der det finnes to foreldre vil den av dem som ikke er syk også være utsatt for belastning og opptatt med ivaretagelse av den syke voksne. Hvordan barnet, særlig de minste, sikres adekvat ivaretagelse i familie og nettverk bør rettighetsfestes og ikke begrenses til involvering. Her bør det diskuteres hvordan man kan sikre at bistanden treffer barnet spesielt og familien generelt, slik at voksne i krise ikke forventes å forvalte finanser de muligens verken har kompetanse eller overskudd til å styre.

Utenforskap. Risikoen for generasjonsoverføring av sosiale problemer der psykiske lidelser og rusbruk er en faktor er stor, og kan ofte henge sammen med fattigdom. Dette må belyses bedre for å sikre mulighet for sosial mobilitet for barn og unge. Dette kan blant annet gjøres ved støtte i utdanningsløpet og bistand til fritidsaktiviteter. Når vi opplever at vi ikke kan delta i samfunnet

på lik linje med andre på grunn av for eksempel ressursknapphet, vil dette sette den psykiske helsa i akutt risiko. Sosioøkonomisk status går ofte i arv, og her er det et pårørendeperspektiv som mangler. Risikoen for generasjonsoverføring av sosiale problemer der psykiske lidelser og rusbruk er en faktor er stor. Vi må anerkjenne denne belastningen i hjemmet og aktivt tilby støtte på effektene av rus og psykiske lidelser i familien når vi stimulerer til sosial mobilitet ved blant annet støtte i utdanningsløpet og bistand til fritidsaktiviteter.

Vold og overgrep. Tiltak som forbedrer levekår kan få betydning for omfang av vold og overgrep. [Forskning](#) viser klare sammenhenger mellom vold og ungdommers opplevelse av familiens økonomi. Dårlig økonomi gir klart større risiko for å oppleve fysisk vold i hjemmet, og i denne forskningen ser man en nesten fire ganger så stor sjans for å ha opplevd alvorlig fysisk vold i hjemmet. Familieøkonomi har også stor betydning når vi ser på flere risikofaktorer sammen, og utpeker seg som en markør for utsatthet for vold og overgrep. Vold- og overgrepserfaringer er med deg livet ut og kan bidra til en rekke problemer videre i livet, som blant annet sterkt forhøyet risiko for suicidalitet.

Minoritetsperspektivet. Økt utvidet barnetrygd og billigere barnehage er tiltak som merkbart vil bidra til bedre integrering. I dag har over halvparten av barna i familier med lav inntekt i Norge innvandrerbakgrunn. Har foreldrene lav inntekt og lav utdanning har barna fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser. I utgangspunktet er innvandrerbefolkningen yngre og friskere enn befolkningen som helhet, men andelen med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i den øvrige befolkningen. Det er helt nødvendig å dimensjonere hjelpeapparatet etter behovet og spisse tiltak inn mot risikogrupperne. Vi trenger mer, bedre og tidligere hjelp, effektiv forebygging og ekstra innsats inn mot innvandrerpopulasjonen i Norge. Flyktningfamilier er blant dem som sliter mest økonomisk. Det er barn som selv har innvandret til landet som senere har størst sannsynlighet for å tilhøre en fattig husholdning. I 2020 hadde denne gruppen av barn en lavinntektsandel på 48,4 prosent. Også norskfødte barn med innvandrerforeldre er betydelig overrepresentert i lavinntektsgruppen med 33,2 prosent. Det er betydelige forskjeller mellom landgrupper i forekomsten av fattigdom blant innvandrerbarnefamilier, og det er behov for spissede tiltak overfor enkelte grupper og inn mot storbymiljøer der vi ser en stor overopphoping. Kommuner med høy barnefattigdom må også få et ekstra løft på lavterskeltiltak for psykisk helsehjelp for å møte problemer vi vet følger med situasjonen.

Samfunnsmekanismer:

Sosial utjevning vil bidra til en bedre psykisk folkehelse. Det å oppleve utenforskap og manglende deltakelse i samfunnet gir risiko for blant annet ensomhet og dårlig psykisk helseutvikling. Vi frykter at økende ulikhet og vedvarende barnefattigdom i stadig større grad kan bidra til psykisk uhelse i Norge. Vi opplever resesjon og skal integrere et rekordhøyt antall flyktninger, så det er ekstra viktig å være årvåkne når det gjelder disse effektene, og aktivt lage systemer og utvikle tiltak som kan bidra til reell samfunnsdeltakelse for flest mulig.

Digital utjevning. Digitale løsninger ekskluderer en del mennesker i sårbare livssituasjoner, som eksempelvis mennesker med lav utdanning eller manglende språkferdigheter. Det kreves kompetanse og utstyr for å lykkes med digitale fellesskap. Alle må bli satt i stand til å delta i den digitale utviklingen.

Barnehage og skole kan fungere som kompensasjon for barn med risiko eller lite ressurser i familien. Potensialet for forebygging på disse arenaene er derfor betydelig. Dette stiller store krav til at de som jobber i skolen og i barnehagene har riktig utdanning og kompetanse. Et av de viktigste elementene i en god psykisk helse er sosiale ferdigheter – og de kan læres. Enkelte trenger bistand til denne læringen utenfor familien, og er du fra en familie med lav utdanning eller eventuelt en familie der grunnleggende strukturer står under press, bør du få tilbud om læringsbistand uten at dette medfører omfattende prosesser. Leksehjelp bør derfor bli en rettighet for de som ønsker det.

Barnevernet. Barn i familier med lav sosioøkonomisk status er overrepresenterte i barnevernstjenesten. Økonomisk stress kan påvirke utøvelsen av foreldrefunksjonen og omsorgsbetingelsene for barna, og vil kunne ha direkte og indirekte konsekvenser for barnets behov og problemer i hverdagen. De mest utsatte barnefamiliene i norsk barnevern er familier med flere barn og enslig forsørger. I de aller fleste tilfeller er dette en mor med lav utdanning der inntekten er lav og kommer fra offentlige velferdsordninger. Et konkret dempende tiltak for barnefattigdomseffekt er å sørge for at barnevernet får kompetanse til å se mer helhetlig på familiens situasjon og bistå som hjelpere i levekårsrelaterte problemstillinger.

Styrke barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter. Fattigdommen kommer lett i veien for samfunnsdeltakelse og det enkelte barns vekst og utvikling, og sosial mobilitet blir i praksis mer begrenset. Mange barn i vedvarende lavinntekt vil oppleve mulighetsfattigdom. Vi må jobbe for å skape sosiale og aktive arenaer for flere tidlig i oppveksten, slik at tiltakene gir en praktisk kompensasjon for manglende muligheter der foreldrene ikke har råd, evne eller mulighet til å stille opp. Det er foreldrene som er fattige – ikke barna.

Migrasjon/flukt. Barnet er et eget rettssubjekt i Norge, og påføres som pårørende ekstra risiko og sårbarhet der foreldre sliter psykisk etter traumatiserende hendelser knyttet til migrasjon og flukt. Dette bør utløse rettigheter til planmessig psykisk helseoppfølging for å forebygge og motvirke negative effekter av den pårørendesituasjonen barna vokser opp i, som eksempelvis risiko for fattigdom. Samlet sett er innvandrere underrepresentert i høyere utdanning, som primært er knyttet til at færre oppnår generell studiekompetanse. Dette påvirker overgangen til arbeidsmarkedet hvor innvandrere har lavere sysselsettingsandel, som igjen er en viktig faktor for å forstå inntektsforskjellene mellom den øvrige befolkningen og innvandrere.

EMA/EMF. En gruppe som ofte blir neglisjert i barnefattigdomsspørsmål, er enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger. De er i en spesielt sårbar situasjon, noe som øker risikoen for alvorlige psykiske helseplager, men må klare seg økonomisk fra ung alder. Tenåringene skal håndtere etableringen i kommunen de er tildelt, uten støtte fra nære omsorgspersoner og vil måtte gjennomgå livets videre overganger uten økonomisk sikkerhetsnett fra familien. Forskning fra Norge viser at 21 % av asylsøkende barn hadde klinisk relevant depresjon, 33 % klinisk relevant angstplager, og hele 63 % rapporterte klinisk relevante symptomer på post-traumatisk stress (PTSD). I en studie av EMF-ungdommer som hadde fått opphold og var bosatt i Norge, rapporterte 42 % at de enten hadde stabilt høyt eller økende nivå av depresjon over en tre-års periode. Tenårene innebærer en generell økt risiko for å oppleve psykiske plager og lidelser, som angst og depresjon og ulike typer atferdsforstyrrelser. Her hviler det et spesielt ansvar på

bosettingskommunene som må reflekteres i finansieringsløsningene og alltid innebære rom for psykisk helseoppfølging. Videre må stønadene og ettervernet styrkes slik at disse tenåringene får en reell sjanse til å komme inn i utdanning og lønnet arbeid. Kommunene som tar imot barna må settes i stand til å ivareta dem med gode tiltakskjeder for psykisk helsehjelp, da henvisninger fra EMA og EMF ofte blir avslått i BUP, som opplever at ungdommenes situasjon er for ustabil til at de kan nyttiggjøre seg behandling.

Medisinen er flere folk i arbeid og stønader man kan leve hele liv med. Barn skal ikke ha inntekt, men får sekundæreffekter av foreldrenes manglende inntektsgrunnlag. Her trenger vi et taktskifte i politikken. Den treffsikre hjelpen for barna kommer der den er en del av en pakke som ser helhetlig på situasjonen. Flere folk i arbeid eller høyere stønader vil være en svært treffsikker metodikk. Prosjektmidler som skal bekjempe fattigdom kan bidra til å lette effektene, men det å lette på effektene bidrar ikke nødvendigvis til å skape rom for ambisjoner for å komme seg ut av nedarvede mønstre, gi grunnlag for fremtidsoptimisme. Omfattende forskning fra nordiske land tyder på at helse i liten grad påvirker mobiliteten i arbeidsmarkedet, men spiller en viktig rolle for mobilitet inn i og ut av arbeidsmarkedet. Vi må derfor få bedre mekanismer for å løfte mennesker inn i arbeidsmarkedet.

Risikoen for å bli stående utenfor er stor hvis du for eksempel har nedsatt funksjonsevne, er rusbruker, har en psykisk lidelse, lav utdanning eller andre sårbarhetsfaktorer som alene eller i samspill påvirker deg og måten samfunnet anser deg. Folkehelsearbeidet i kommunene skal fremme innbyggernes helse og livskvalitet. Psykisk helse-innsats er sentralt i dette arbeidet, og skal integreres som en likeverdig del, men den psykiske helsa må alltid ses på kontekstuell, og personlig økonomi er og blir en stor driver for hvorvidt vi opplever at vi har god livskvalitet.

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen
generalsekretær