



## **FREMTIDENS HELSETJENESTE SIKRES GJENNOM SATSNING PÅ FREMTIDENS VOKSNE**

*Fremtidens hjelpe- og helsesystem og samfunnets beredskap krever satsning på fremtidens voksne. Biologisk sett har barn høyt potensial for å være friske og ha en lang livshorison foran seg. Samtidig som vi behandler sykdom, vil det være viktig å ha tiltak som fremmer helse og god utvikling, også under sykdom. Dette krever tverrpolitisk og tverrpolitisk innsats.*

Investering i menneskelig kapital vil gi en assymetrisk avkastning på samfunnsnivå, med høyeste avkastning ved tidlig innsats i tidlig barndom. Avkastningen synker deretter drastisk jo eldre individet blir **Referanse:** Heckman, J. J.

(2006). *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*. Science. Å forebygge skjevutvikling tidlig er derfor mange ganger billigere for samfunnet enn å forsøke å rehabilitere voksne som har falt utenfor arbeidslivet eller utviklet kroniske lidelser.

Dette er det lett å knytte til beredskap, og det er derfor interessant at dette er noe de allerede har tatt konsekvensene av i f eks i Saporosje, Ukraina. Fokus på forebygging og helsefremming rettet mot barn i krig er der satt i system i en krigssituasjon, nettopp med tanke på å bygge fremtidens voksne og beredskap (*foredrag St Olavs hospital ved Anna Dub direktør for helse og medisinsk støtte i Saporosje den 110626*)

*Det er dagens barn og unge som skal ivareta fremtidens eldre og syke.* NBUPF er en fagmedisinsk forening under legeforeningen. Vi representerer leger i barne- og ungdomspsykiatri og alle helseregioner er representert i vårt styre. Med utgangspunkt i vårt ståsted med daglig arbeid med sårbare barn og unge, skisserer vi i det følgende dokumentet 3 sentrale fokusområder, opp mot prinsipper for styring opp mot formålet om å understøtte:

### **3 grunnleggende hensyn i arbeidet med barn og unge:**

1. **Trygghet** som grunnleggende premiss for helsefremming
2. **Vekst og utvikling** som premiss for forebygging
3. **Behandling** som også inkluderer pkt 1 og 2 som bærende premiss

### **1: Trygghet**

Det er helsefremmende for barn og unge at de har gode og trygge hverdager. Trygghet er en forutsetning for et godt og friskt liv, noe som også er beskrevet i Regjeringens plan for Norge [Trygghet for helsa - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no). Hjelpetiltak vil ha begrenset effekt dersom trygghet ikke ligger i bunn. Trygghet er dermed en forutsetning som legger premissene for alle øvrige tiltak rettet mot barn og unge. Enhver offentlig virksomhet har ansvar for å sørge for barns trygghet, og varsle når denne er truet.



Jo yngre et barn er, jo mer er barnet prisgitt voksnes omsorgsevne, og av at voksne gjør gode og kloke valg på vegne av dem som skal sørge for at barn får lov til å være barn. Barn er videre avhengig av at voksne varsler på deres vegne når noe er galt. Barn og unge under barnevernets omsorg har de mest komplekse og sammensatte utfordringene, og har ofte behov for samkjøring av tjenester fra ulike aktører. Dette er allerede hjemlet i lovverket, det står videre beskrevet i nasjonalt forløp for barnevern, og inkluderer verktøy som individuell plan, koordinator og barnekoordinator. *På tross av dette er samhandling erfaringsmessig generelt krevende å få til i praksis.* Her vil det være viktig med tilstrekkelig tilsyn og muligheter for sanksjonering for å legge kraft bak vedtak som blir fattet på vegne av barn i barnevernet. For barn og unge under barnevernets omsorg må mye av sikkerheten legges på systemnivå. Et eksempel er helserettet aktivitet. Tiltak som barnet i sentrum [Kunnskapsmodellen barnets behov i sentrum | Bufdir](#) som skal følge barnets behov er et steg i riktig retning, men det må involvere flere sektorer enn barnevernet. Dette krever tverrpolitisk styring. Det planlegges nå for et nytt, felles digitalt fagsystem for barnevernet på tvers av nivåene, det vil sannsynligvis bidra til bedret og sikker kommunikasjon innad i barnevernet på tvers av nivå. *Vi vil fremheve viktigheten av at det også tas høyde for nødvendig informasjonsflyt og mulighet for kommunikasjon mot helsevesenet der dette blir aktuelt.*

Utallige studier har vist en dose-respons-effekt ved at helserisiko øker med økt antall livsbelastninger, se blant annet ACE-studien: [About the CDC-Kaiser ACE Study | Violence Prevention | Injury Center | CDC](#). Når foreldre selv blir syke settes omsorgssystemet på strekk. Dette er en ekstra belastning for den voksne som selv er syk, og for barn som pårørende kan det være skadelig dersom disse familiene ikke får tilstrekkelig hjelp og støtte. Det er utfordrende å finne gode tall på hvor mange barn og unge som er berørt når foreldre er syke pga psykisk sykdom eller ruslidelser. I en eldre rapport fra Folkehelseinstituttet (Torvik og Rognmo 2011), ble det beskrevet at nesten en fjerdedel (23,1 %) av barn i vårt samfunn har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering, og at rundt (6,5 %) har foreldre med alkoholmisbruk som påvirker daglig funksjon, og forskere antar at dette er en underestimert. Da er det bekymringsfullt at det kun er mellom 5-9 prosent av barn som pårørende som får den hjelpen og støtten de trenger ((Ruud m.fl., 2015, 2021), og at familier med vansker innen psykiatri og rus opplever minst sosial støtte. Dette skjer på tross av at alle som jobber med syke voksne har et lovfestet ansvar for å hjelpe barn når de er pårørende. [Barn som pårørende får ikke oppfølgingen de trenger | Sykepleien Microsoft Word - Forebygging\\_endelig versjon\\_publicisering.docx](#)

***Vi tror at en fortsatt og betydelig tverrpolitisk innsats rettet mot sårbare barn under barnevernets omsorg er viktig. Mulighet for digital kommunikasjon mellom barnevern og helse er ekstra viktig når barn er under barnevernets omsorg. Vi vil spesielt peke på behovet for en økt satsning på barn og unge som pårørende til foreldre med psykisk uhelse og rusavhengighet.***

***Dette vil være et sentrale satsningsområder for helsefremming og friskere voksne i fremtiden, da det kan ha både primær- sekundær og tertiærforebyggende effekt. Dette innebærer imidlertid samkjøring av tiltak, samarbeid og tverrpolitisk og tverretattlig styring.***

***2: Vekst og utviklingsstøtte. Offentlige skoler og barnehager er viktige for barn og unges helsefremming***



Sosiale helsedeterminanter står for en betydelig andel av variansen for uhelse og prematur død [Meld. St. 13 \(2018–2019\) - regjeringen.no](#) Levevaner inngår i dette. Levevaner hos barn etableres tidlig, er stabile de første leveårene hos barn. *Konsekvenser av fravær av lek og aktivitet, utilstrekkelig søvn, usunt kosthold og utenforskap er økt sykkelighet som voksen.*

**Redusert lek og aktivitet i barns hverdag** Det foreligger nå robust forskning som understreker betydningen av fysisk aktivitet både i forebygging og behandling både for somatisk og psykisk sykdom og plage. Barn og unge er mindre fysisk aktive enn før, noe som nylig også ble problematisert etter sesjon i forsvaret [Flere skal i førstegangstjenesten til Forsvaret samtidig som færre er godt trent – NRK Troms og Finnmark](#) Grad av fysisk aktivitet er videre assosiert med sosiale forskjeller. Dette understreker viktigheten av at det legges tilstrekkelig fysisk aktivitet i offentlige institusjoner der barn og unge er, f eks barnehager og skoler, noe også legeforeningen har understreket [Fysisk aktivitet - verdens beste behandling \(3/2012\)](#)

Trygge oppvekstmiljø som fremmer lek og aktivitet i barns nærmiljø gir friskere voksne og fremmer barn utvikling. Barnehager og skoler står i en særstilling for å legge til rette for dette, men gode offentlige utemiljøer som legger til rette for utelek kan også spille en rolle i å utjevne sosial ulikhet. En økende forskningslitteratur viser at tilgang til utelek – særlig i tidlig barndom kan virke forebyggende for senere psykisk uhelse. Ref Early outdoor play predicts trajectories of child mental health in a population-based cohort

**Kosthold og matvaner** hos de yngste barna er i betydelig grad styrt av familiens matvaner og sosioøkonomi [Helsevaner etableres tidlig - Institutt for medisinske basalfag.](#)

**Søvnvansker** hos barn og unge er et økende problem. Konsekvenser av søvnvansker er redusert kognitiv fungering og det øker risikoen for uhelse og forsterker sykdom [Søvn og søvnvansker - Helsedirektoratet](#) Det er allerede gjort viktige tiltak for barns skjermtid, som også kan påvirker søvn, men dette kan ikke alene forklare at 1 av 4 ungdom rapporterer innsovningsvansker. Også søvnvansker er assosiert med sosial ulikhet [Søvnvansker i Norge - FHI](#). Helsefremmende tiltak bør derfor inkludere tiltak rettet mot søvnvaner hos barn og unge.

**Utenforskap, sosial isolering og ensomhet** øker helserisikoen for sykdom og død på lik linje med dårlige levevaner og røyking. Vi som samfunn, og offentlige institusjoner har et særskilt ansvar for inkluderingstiltak og det å romme mangfoldet. Dette er ikke en selvfølge, og stadig flere barn og unge faller utenfor skolen i et miljø som oppleves stadig mer krevende for mange [Elevkulturen har blitt tøffere | udir.no](#). Det er skoleplikt i Norge, og Norge, og barn og unge kan ikke sykemeldes eller trygdes fra skoleplikten. Det pålegger derfor skolene et særskilt ansvar å romme mangfoldet, og legge til rette for de som står i fare for å falle utenfor.

**God skolepolitikk er god helsepolitikk**, noe som også ble understreket av tidligere helseminister Ingvild Kjerkholt [Det er mye god helse i at barn og unge har det bra i hverdagen - regjeringen.no](#) . På en måte kan man si at gode skoler kan være like viktige for helsa som de er for utdanning og læring. Vi som jobber i barne- og ungdomspsykiatrien erfarer at kommuner som har lite ressurser for barn og unge, også genererer flere pasienter til BUP enn andre kommuner. Sammen med familiene utgjør barnehage og skole de viktigste arenaene for helsefremming, inkludering og sosial mobilitet. Universelle, helsefremmende tiltak i skoler er



avgjørende for å kunne understøtte barns potensial for å kunne opprettholde friskhet, og forebygge sykdom. For barn og unge med utilstrekkelige vilkår hjemme vil dette være ekstra viktig.

*La tydelig helsefremming for barn og unge i offentlig barnehage og skole bli den nye røykeloven!*

### **3: Det syke barnet: Tidlig innsats, minst mulig inngripen i barns liv og utviklingsstøtte som bærende prinsipp**

Syke barn har ikke tid til å vente på tiltak. Behandling og tiltak bør derfor startes tidlig, være effektive, og nært der barn og unge lever livene sine. Tidlig innsats er viktig for å opprettholde barnets funksjon, begrense skjevutvikling og motvirke tidlig utenforskap, som alle er sekundære effekter av forsinket og langvarig behov for hjelp. *Tidlig intervensjon og lavterskel-tiltak betyr ikke lav kompetanse, men lett tilgjengelig hjelp* (sitat Fredrik Blom og Trude Hoff i Trønderdebatt 080626). *Helsekompetansen kan derfor ikke bare begrenses til spesialisthelsetjenesten*, men være tilgjengelig der barn er. Dette inkluderer ansatte i helse, men også ansatte som jobber på arenaer der barn er, f eks skoler og barnehager, og tiltakene må være samtidige og samkjørte dersom barnet strever på flere områder.

Formålet om virksom behandling med lavest mulig inngripen i barns liv bør være gjeldende også for de med de mest alvorlige og sammensatte vansker. For pasienter som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil individuelt tilpassede tiltak, digital avstandsoppfølging, ambulering og hjemme-sykehus-ordninger være aktuelle verktøy for å understøtte formålet. Denne måten å jobbe på er også ressurskrevende, og ressurser må tas fra ansatte som skal inn i nye funksjoner. En slik endring i arbeidsform vil kreve tydelig helsepolitisk styring for at dette skal kunne prioriteres, utvikles og bygges ut. Med det høye presset som i dag er i spesialisthelsetjenesten i BUP vil vi også ha behov for hjelp til å prioritere bort oppgaver som kan løses like godt *utenfor* spesialisthelsetjenesten som innenfor for å få til en slik dreining.

*Samarbeid på tvers av helsenivåer og sektorer har lenge vært etterspurt og ønsket.*

For å fremme kommunikasjon og samarbeid på tvers av helsenivåene ville vært betydelig enklere dersom man hadde hatt felles støtte- og journalsystemer. Det er derfor en klar begrensning at helsevesenet i lille Norge ikke har et felles journalsystem på tvers av alle nivå i helsetjenesten. At det i dag finnes to store journalsystem i landet som i liten grad kommuniserer med hverandre er ikke minst en sårbarhet sett opp mot beredskap og kommunikasjon i krise og krig.

Det kreves politisk vilje og styring for å endre dette, samtidig kan det være at prosessene nå har kommet for langt til å kunne snus.

FACT –ung- team er et eksempel på team som er satt sammen av personell fra ulike nivå i helsetjenesten for å nå ungdom med stort strev som risikerer å falle mellom stoler [ACT-, FACT- og FACT ung-team - Helsedirektoratet](#). Intensjonen bak slike team er lett å forstå og støtte. Imidlertid har det avdekket at organiseringen, etablering, drift og ikke minst tydelige ansvarslinjer på tvers av nivåene kan være krevende. Vi i NBUPF tenker derfor at det kan være behov for å utvikle denne driftsformen videre.



Organisering og drift av sammensatte team ville sannsynligvis vært enklere *uten* en nivådeling i første og andrelinje- tjeneste. En mulig fare ved å utviske nivåinndeling i helsetjenesten kan imidlertid være at terskelen for å definere normale livsbelastninger og naturlige utviklingsvariasjoner som sykdom senkes ytterligere. En slik sykeliggjøring bærer med seg en betydelig fare for medikalisering, der utfordringer som egentlig krever tverrfaglig tilrettelegging og sosial støtte, i stedet primært møtes med psykiatrisk diagnostikk og medikamentell behandling. Vi i NBUPF frykter også at en utvisking av nivåene i helsetjenestene potensielt ville kunne "vanne ut" prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), og det er derfor ikke noe vi tenker vil løse problemet. Barn trenger tiltak som styrker mestring og vekst fremfor tiltak som bidrar til medikalisering.

Når sykdom rammer barn og unge settes familiesystemet på strekk. Familier med syke barn har behov for støtte i form av menneskelig støtte, navigering imellom systemer, og økonomisk. De som er i kontakt med barnet (familie, skole, andre nære viktige) må også få økt og tilstrekkelig helsekompetanse for å kunne utgjøre et robust lag rundt barnet. Laget rundt barnet trenger ikke bare å bestå av helsepersonell, men tilpasses familiens behov for å kunne støtte familiene for å mestre situasjonen best mulig selv. Dette er allerede hjemlet i lovverket, i nasjonale forløp, og inkluderer verktøy som individuell plan, koordinator og barnekoordinator. *På tross av dette er samhandling erfaringsmessig generelt krevende å få til i praksis.* Foreldre spiller derfor fortsatt en svært viktig rolle i samordningen mellom tjenester for sine barn, og de er ikke minst viktige som kontinuitetsbærere på vegne av sine barn. Familier med høyt konfliktnivå mellom omsorgspersoner representerer en egen og særskilt risiko for barn. I verste fall kan betydelige konflikt mellom foresatte være et hinder for arbeidet rundt et sykt barn. Barnevernet har ofte ikke grunnlag for å gripe inn i slike saker, og opplevelsen fra helsetjenestene er at disse sakene har behov for mer hjelp og bistand opp mot kommunikasjon og støtte enn det som er mulig innenfor dagens lovverk.

*Den dyreste behandlingen er den som ikke virker* (sitat PE Lønning). Alvorlige og komplekse psykiske vansker hos barn og ungdom krever lengre og omfattende behandlingsforløp og spesialisert behandling og samhandling mellom ulike tjenester. Spesialisert kompetanse er samfunnsmessig kritisk, men det tar tid å tilegne seg, og det koster penger. For å unngå kompetanseflukt, er det derfor viktig å sikre konkurransedyktige lønns- og arbeidsforhold i spesialisthelsetjenesten.

### **Fokus på kompetanse, fagutvikling og klinikk-nær innovasjon og forskning**

Dette er viktige verktøy for å videreutvikle tjenestene og tilbudet, også for å sikre kritisk kompetanse. Livet til barn og unge skal i minst mulig grad leves på sykehus når dette er mulig. Dreining av tjenester mot økt organisering av ambulerende virksomhet og hjemme- sykehus med digital støtte kreve utredning, testing og evaluering for å finne en best mulig egnet driftsform. Dette krever innovasjon, samutvikling av løsninger og innovasjonsdrevet forskning. Det er i dag betydelige regionale forskjeller i hvordan vitenskapelig arbeid integreres i klinisk praksis, dette er spesielt tydelig for ansatte leger i sykehus. Dette medfører blant annet betydelige regionale innen forskningsproduksjon. En løsning i en region trenger ikke å være den beste i en annen. Vi trenger derfor en overordnet satsning, og en dreining i klinisk forskning mot mer pragmatiske studiedesign, som både gjenspeiler den praktiske hverdagen og pasientens individuelle behov, men også for å kunne ta høyde for regionale og lokale forskjeller. Dette bør også inkludere utvikling, evaluering og forskning på modeller for samhandling på tvers av nivåene. *Dette betyr i tilfelle bli en*



*overordnet nasjonal satsning, der man sikrer at alle helseregioner blir involvert for å ivareta behovet for lokale tilpasninger.*

Personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser har på gruppenivå betydelig redusert levetid. Dette kan være et resultat av behandlingen, men like viktig pga ugunstige levevaner over lang tid [Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer - Helsedirektoratet](#). Psykiske lidelser debuterer tidlig i livet, dette gjør det ekstra viktig med sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for barn og unge som rammes av langvarig sykdom. Dette bør integreres i behandlingsforløpene der dette er et behov. Slike samtidige og helhetlige tiltak vil være avgjørende for å støtte barns utvikling, gi rom for mestring og motvirke unødig funksjonsfall og utenforskap på sikt. Det pågår nå noen studier i Norge der man nå tester effekten av fysisk aktivitet rettet mot barn og unge som får et tilbud i BUP, men barne- og ungdomsfeltet ligger fortsatt langt bak forskning på voksne ([Physical activity treatment for youth | Westpaed](#), [PROSJEKT 3/7 Økt aktivitet for kropp og sinn - St. Olavs hospital HF](#)).

### **Oppsummert:**

*NBUPF vil understreke at fremtidens helsetjeneste sikres gjennom bevisst satsning på fremtidens voksne. Denne satsningen vil kreve tverrdepartemental og tverrsektoriell innsats på arena der barn og unge befinner seg.*

Barn og unge er avhengig av voksne som taler og handler deres sak når omsorgsnivået sliter. Vi vet at barn under barnevernets omsorg, og barn og unge som pårørende er en spesielt utsatte grupper. Vi vet også at spesielt barn og unge som er pårørende til foreldre med psykisk uhelse og rus får utilstrekkelig hjelp i dag. Prioritert og økt innsats rettet mot at disse barna skal få mulighet for støtte i sin utvikling, gjennom frihet og støtte til å være og gjøre det barn trenger vil være viktig. Dette vil potensielt redusere voksen sykkeligheten på sikt. Dette krever øremerking av midler, tverretattlig, familierettet innsats, og fortløpende evaluering av nye tiltak.

Satsning på offentlige skoler og barnehager for kompensering av sosial ulikhet vil være viktig for å bygge opp og fortløpende evaluere tiltak som virker. For å få til dette kreves høy lærertetthet, og også bredde i kompetansen inn i skolene.

For barn og unge som trenger helsehjelp og behandling, må denne settes inn raskt, være kompetent og effektiv nok til å forhindre unødig utenforskap og funksjonsfall. Dette krever kompetanse og tidlig innsats der familier er. Dersom hjelpen blir langvarig, er det ekstra viktig for barn at kompenserende tiltak for å støtte barnas utvikling, opprettholde funksjon og redusere utenforskap. Dette må gjennomføres parallelt og samtidig med behandlingen. Dette krever styring mot nye driftsformer som gjør samtidig innsats på tvers av nivåene i helsetjenestene, sektorer og departement mulig, og tiltakene må fortløpende evalueres.

Vi ønsker å avslutte med at vi gjerne stiller på et møte med Helsereformutvalget for å utdype våre synspunkter.

*Lykke til med det videre arbeidet!*

Innspill til Helsereformutvalget  
Fra NBUPF  
Dato 190626



**Med vennlig hilsen** Styret i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening:

*Line Knutsen Lund, leder (repr Helse Midt), Janne Jeanette Hassfjord, nestleder (repr Helse SØ), Marianne Skretting (repr Helse Vest), Trine Marita Hansen (repr Helse Nord), Sylvi Norang Haugnes (repr Helse Midt), Trond Velken (repr Helse SØ), Beate Charlotte Lunde (repr Helse SØ), Runar Eikeset (repr Helse SØ), Heike Therese Dahl Simensen (repr LIS-leger og Helse SØ)*



**TABELL:** Oppsummerende tabell som viser hvordan ulike institusjoner i samfunnet alle har et felles ansvar, men ulike roller for å beskytte, støtte utvikling og helsefremming, forebygging og behandling av barn og unge der dette er et behov, og tiltakene bør være samtidige og koordinert.

	<u>Samfunnet</u>	<u>Offentlige arenaer</u> <u>barnehage/skole</u>	<u>Helsevesenet</u>	<u>Prinsipper for styring</u>
<b>Helsefremming, forebygging og behandling</b>	Inkludering og mangfold gjennom utbygging av helsefremmende gratis tilbud for barn og unge med støtte fra frivillighet  Tydeligere føringer ved foresatte i høykonflikt- nøytral voksenkontakt/kontaktfamilie  Journalsikkerhet for barn i	Identifisere og tidlig intervensjon ved mistrivsel  Redusert skolefravær  Forebyggende helsearbeid i skolen (helsesykepleiere og miljøterapeuter i skolen)	<b>Tidlig og virksom behandling med lavest mulig inngripen i barns liv</b>  <b>Kompetanse på alle nivå</b>  <b>LEON-prinsippet</b>  <b>Stepped care</b>  <b>Gode overganger og samarbeid ved samtidighet i tiltak</b>  <b>Team på tvers (f eks FACT)</b>	<b>Helhetlige tiltak</b>  <b>Forpliktende samhandling</b>  <b>Tverretatlige team (ex FACT unge eller lignende)- sammensatte team krever robuste driftsformer</b>  <b>Samlokalisering, sentralisering og en vei inn der dette er nødvendig og hensiktsmessig, Samtidig:</b>



	barnevernet, mulighet for informasjonsutveksling for å sikre forsvarlighet og kontinuitet	Helsekompetanse og selvivaretagelse på timeplanen for alle  Tilrettelegging for lek	ung) og samarbeid på tvers	<b>Utvikling er midler for avstandshåndtering viktig (felles verktøy og språk, digital støtte og kommunikasjon)</b>  Økt kapasitet og kompetanse der barn befinner seg (psykologer, helsesykepleiere, vernepleiere, BV-pedagoger leger etc)  Øremerking av midler til de med de mest alvorlige og komplekse sakene som også skal inkludere helsefremmende og utviklingstøttende tiltak  Øremerking av midler for utvikling av tidlig innsats i bhg og skole  Øremerking av midler for verktøy med lavest mulig inngripen  Tiltak for å sikre kritisk kompetanse i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med de mest
	Økt helsekompetansen hos alle	Økt antall timer fysisk aktivitet på timeplanen  Tiltak som sikrer rekruttering til helserelaterte yrker (lønn, lånebetingelser, tiltak som øker mobilitet, jobbing på tvers)		



				alvorlige og komplekse vanskene
<b>Vekst og utvikling</b>	<i>Lekfremmende tiltak</i>  <i>Grønne soner</i>  Sosial mobilitet	<b>Mangfold og inkludering</b>  <b>Utviklingsstøtte og tilrettelegging</b>  <b>PPTs viktige rolle for barn med lærevansker</b>  <b>Tilstrekkelig lærertetthet</b>  <b>Psykologisk trygghet i klasserommet</b>  <b>- skolene som gode arbeidsplasser for barn og unge</b>	Fysisk aktivitet innpasset i behandling  Samarbeid med skoler  Høy lærertetthet  Støtte og opplæring til lærere og andre skoleansatte	Budsjetter på tvers av sektorer  Nasjonalt lovverk med nasjonale forskrifter vil utjevne forskjeller, og vil være relevante for barn som pårørende.  Lokale forskrifter vil kunne ta høyde for lokale forskjeller og økt presisjon i tiltakene-  Premiss for lokale forskrifter må imidlertid være at det stilles tydelige kompetansekrav for å sikre tilstrekkelig kvalitet i tjenestene
<b>Trygghet</b>	<b>Samarbeid på tvers rundt sårbare barn og familier</b>  <b>Sosial utjevning</b>  <b>Inkludering</b>  <b>Styrking av barnevern og samhandling med andre</b>  <b>Sosiale tiltak</b>	<b>Utgjøre laget rundt barnet, trygge voksne,</b>  Trygge skoler (vold og trusler)	<b>Barn som pårørende</b>  Risikosvangerskap  Årvåkenhet og samarbeid mellom somatikk- psykiatri- og rus  Fokus på familie, svangerskap og livets start  Helsekartlegging av barn i barnevernet	Nasjonale forskrifter bør gjelde for barn under barnevernets omsorg for å sikre likebehandling for barn som flyttes på tvers av helseforetak  Lokale forskrifter vil kunne ivareta lokal variasjon og gi økt presisjon i tiltakene.

Innspill til Helsereformutvalget

Fra NBUPF

Dato 190626



	<b>Styrking av tiltak rundt barn som pårørende</b>		Samarbeid og informasjon utveksling mellom helse og barnevern	I tillegg lokale forskriftet, vil det da være viktig med regelmessige tilsyn og sanksjoneringsmuligh et
--	--	--	---	--