

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, Hjelpekilden Norge, Hvirve Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgivning om spileforstyrrelser, Spileforstyrrelsesforeningen, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU - Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Åger, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 7. mars 2025

Innspill til statsbudsjettet 2026

I dette innspillet vil vi konsentrere oss om tre kjerneområder vi mener bør få prioritert satsning i statsbudsjettet 2026:

- Styrke psykisk helseberedskap
- Dimensjonere etter behov
- Utjevne sosiale forskjeller

Styrke psykisk helseberedskap

Psykisk helsekompetanse styrker egenberedskapen. Økt helseberedskap og psykisk helsekompetanse er nødvendige kriseforberedelser på individ- og samfunnsnivå. Opplæring i psykisk helse kan gjøre samfunnet mer resiliert i møte med kriser, og må derfor integreres som en del av den totale beredskapen. En mer helhetlig tilnærming til krisehåndtering vil også redusere de langsiktige negative konsekvensene.

Kriser utløser at flere trenger psykisk førstehjelp. Eksempelvis vil naturkatastrofer, krig, økonomiske sammenbrudd eller pandemier føre til flere psykiske belastninger som angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og andre psykiske helseproblemer. Det viktigste suksesskriteriet for forebygging og håndtering er forberedthet: Både helsepersonell og befolkningen må ha tilgang til nødvendig informasjon og ressurser.

En grunnforståelse av hvordan psykisk helse fungerer må på plass, samt en konsekvensanalyse av hvordan den psykiske folkehelsen blir påvirket av isolasjon, utrygghet og usikker tilgang på helsehjelp. Helsekompetansen i befolkningen må i slike situasjoner være høy nok til at man gjenkjenner egne problemer og har verktøy for å dempe eller motvirke dem, og at flere også kan bidra med likepersonarbeid. Folk må eksempelvis få grunnleggende kunnskap om hvordan de kan håndtere stress, gjenkjenne tegn på psykiske helseproblemer hos seg selv og andre – og søke hjelp.

Skalering for å møte eskalering. Gode strukturer må settes i «fredstid». Forberedthet og forbedret psykisk helseberedskap må prioriteres med avsatte midler som kan finansiere kunnskapsspredning og kompetanseheving, og det sivile samfunn må få forutsigbare rammer for drift og utvikling slik at de enklere kan skalere driften opp ved kriser.

Helsekompetanse for barn og unge. Barn og unge er spesielt sårbare i kriser, og derfor er det avgjørende å styrke deres psykiske motstandskraft. Ved å gi dem verktøy for å forstå og regulere følelser, samt tilgang til støtte når de trenger det, kan vi bidra til at de utvikler ferdigheter for å møte livets vanskeligheter. Kriser fungerer som et forstørrelsesglass på problemer, og risikoen for eskalering er stor.

Skoleprogrammet **YAM (Youth Aware of Mental Health)** er skreddersydd for skoleelever og fremmer samtale og diskusjon, samtidig som det øker kunnskap om psykisk helse. Det fungerer som et ekstra

sikkerhetsbelte for barnas psykiske helse. YAM gjennomføres i skoletiden, tar kun fem timer totalt og retter seg mot ungdommer i alderen 13-17 år. Det er det eneste forebyggingsprogrammet med dokumentert selvmordsforebyggende effekt tilgjengelig for norske skoler, og forskning viser at YAM reduserer frekvensen av selvmordstanker og selvmordshandlinger med 50 prosent etter bare 12 måneder. Det reduserer i tillegg frekvensen av depressive tilstander og tanker med 30 prosent.

På lik linje med vaksinasjonsprogrammet er YAM en helseintervensjon for barn og unge som bør fastsettes fra nasjonalt hold så vi unngår lokale og regionale forskjeller i det selvmordsforebyggende arbeidet. Tiltaket har stått på vent i 10 år på grunn av skolepolitiske hindre som bygger på feiltolkninger av hva som er helseintervensjoner og hva som er pedagogisk autonomi. Mental Helse, som koordinerer YAM i Norge, har estimert at det vil koste 77 millioner årlig med nasjonal implementering av skoleprogrammet. Dette tilsvarer ca. 1 100,- per elev. Tiden er overmoden for å bygge opp barn og unges psykiske helsekompetanse og selvmordsforebyggende satsing i statsbudsjettet, og øremerking av midler til gjennomføring av YAM på alle landets skoler for å sikre god etablering og utrulling.

Dimensjonere etter behov

Spesialisthelsetjenesten. Vi er fortsatt bekymret for et psykisk helsevern med sprengt kapasitet, høy avvisningsprosent, manglende døgnplasser og lang ventetid som bidrar til at kvaliteten på behandling og oppfølging blir negativt påvirket. Det er et behov for at pasienter kommer på riktig behandlingsnivå. Vi må dimensjonere tjenesteapparatet etter behovet. Tiltak for å sikre at befolkningen får den psykiske helsehjelpen de trenger må på plass. Det er viktig og bra at dette arbeidet er i gang, og vi håper statsbudsjettet 2026 vil bevilge og øremerke midler til de viktigste tiltakene.

Til tross for ventetidsløftet og reduksjon i ventetid på slutten av 2024, er ventetidene fortsatt for lange. Tallene viser en svak økning fra 55 til 56 dager de to siste årene for PHV voksne og en nedgang fra 54 til 51 dager på PHV barn og unge og fra 35 til 32 for TSB. Dette mener vi må inspirere til å sette inn økonomiske tiltak der man ser at det virker slik at vi vil fortsette å se en økende trend i riktig retning. Nedgang i ventetid er ikke synonymt med økt kvalitet på behandlingen så det er nødvendig å fortsette arbeidet med å heve kvaliteten på behandlingen. I tillegg må ikke ventetidskrav løses ved raskere utskriving.

Vi mangler både spesialister og døgnplasser i psykisk helsevern, og videreutvikling må prioriteres samt nok kompetente og utdannede folk på jobb. Innholdet i tjenestene må speile behovet på avdelingen, og ved bemanningsplanlegging må det følge en oppgavefordeling blant personalet og tilbud om hele stillinger for å sikre kapasitet og kontinuitet. Vi må tilrettelegge for at ledere og ansatte har verktøy og kompetanse til å bevare helsa til de ansatte og til å få ned sykefraværet. Kvaliteten på pasientsikkerheten må sees i sammenheng med mangelen på kompetanse som oppstår ved høyt sykefravær. Dimensjonering av tilbudet er for dårlig på begge forvaltningsnivåene, og overgangsordninger må på plass nå som behandlingstilbud er nedlagt som følge av fritt behandlingsvalg. Faren i dag er at det er de pårørende som ender opp som overgangsordning. De pålegges et ansvar de ikke gis ressurser til å ivareta, hverken i form av tilførsel av kunnskap, tid, eller avlastning gjennom relevante, meningsfulle dagtilbud deres syke pårørende.

For å redusere presset innen psykisk helsevern betyr det mye med tidlig intervensjon, tilgjengelige lavterskeltilbud, helhetlig oppfølging og samhandling mellom tjenester, brukere og pårørende.

Erfaringer fra ACT/FACT-team og rask psykisk helsehjelp viser at disse modellene gir bedre behandling og reduserer behovet for innleggelse. Nå handler det ikke om å finne nye løsninger, men om å satse på og skalere opp tiltakene vi allerede vet fungerer. Det krever politisk vilje, øremerkede midler og en tydelig prioritering i statsbudsjettet.

Rask psykisk helsehjelp. For å sikre tidlig intervensjon, redusere presset på spesialisthelsetjenesten og gi likeverdig tilgang til psykisk helsehjelp over hele landet, må regjeringen prioritere rask psykisk helsehjelp (RPH) i statsbudsjettet. Øremerkede midler og lovfesting av lavterskeltilbud er avgjørende for å møte dagens og fremtidens behov, og vil gi et reelt løft for psykisk helse i Norge. En nasjonal satsing vil sikre at alle, uansett hvor de bor, får rask tilgang til nødvendig hjelp. RPH forebygger alvorlige psykiske lidelse, reduserer behovet for sykehusinnleggelse og gir tidlig hjelp før problemene eskaleres. Dette gir kortere ventetider for dem med alvorlige behov. I tillegg er det samfunnsøkonomisk lønnsomt gjennom å redusere skolefravall, sykefravær og uføretrygd - og holde flere i jobb og utdanning.

ACT/FACT, D-FACT og FACT Ung. Mange har behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT) gir langvarig oppfølging for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, mange med samtidig rusmisbruk og alle med særlig behov for langvarig oppfølging. Teamene er tverrfaglig sammensatt, jobber utadrettet og samarbeider på tvers av sektorer, og bidrar til kraftig reduksjon av både innleggelse og døgnplasser. Sykehus- og kommuneøkonomien bør innrettes for å implementere og sikre videre drift. Vi støtter vår medlemsorganisasjon Norsk Sykepleierforbund (NSF), som i sitt innspill til statsbudsjettet krever en kraftig opptrapping av tjenester for mennesker med psykisk helsesvikt og rusmiddelavhengighet. Til tross for politiske ambisjoner, svekker trange budsjetter i kommuner og sykehus muligheten til å gi nødvendige tjenester. NSF mener at lavterskeltilbud må lovfestes og sikres øremerkede midler for å gi flere tilgang til tidlig hjelp. Satsingen på ACT/FACT-team har vist seg effektiv, men tilbudet må utvides for å dekke det reelle behovet.

Flere av våre medlemsorganisasjoner, herunder stiftelsen CRUX, Spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo) og Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), ber også om i sine innspill til statsbudsjettet at regjeringen sørger for lovfesting av lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus, og at kommunene sikres øremerkede midler.

Elektive hjemmesykehus for barn og unge. Erfaringene fra Nic Waals Institutt viser at etablering av elektive hjemmesykehus for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser gir mange fordeler. Ved å tilby intensiv behandling i pasientenes eget miljø, unngår man å fjerne dem fra hverdagen, noe som kan redusere stress og styrke behandlingsutfallet. Der det er relevant kan det også være enklere å få oversikt over skadelig familiedynamikk og mulighet for helhetlig oppfølging. Implementering på landsbasis kan forbedre behandlingstilbudet, effektivisere ressursbruken i psykisk helsevern for barn og unge og [redusere](#) behov for innleggelse og dermed presset på psykisk helsevern. Det å sikre god rammefinansiering til etablering av slike tjenester vil avlaste sykehusene og skape et sterkere helsevesen.

Ett reelt løft i psykisk helsevern. Det er viktig at kapasiteten til utdanning og spesialisering øker i takt med aktiviteten. For å sikre kompetanse i fremtiden må regjeringen støtte utdanning av flere spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus, blant annet gjennom lønnstilskudd for masterutdanning. Vi støtter NSFs innspill og ber regjeringen om konkrete bevilgninger for å sikre et reelt løft i psykisk helsevern. Dette er avgjørende for å forebygge alvorlige psykiske lidelser, redusere behovet for

sykehusinnleggelse og gi sårbare grupper den hjelpen de trenger – når de trenger den. Det er i tillegg behov for å sikre nok stillinger for leger i spesialisering (LIS).

Utover dette er det helt avgjørende å ivareta personalet. Vi må legge til rette for at ansatte skal holde ut i et stadig mer presset helsevesen, og i dette henseende blir helsepersonellkommissjonens arbeid og prioriteringene som følge av dette sentralt for statsbudsjettet 2026.

Selvmordsforebygging og samhandling i overgangene. Vi har tidligere etterlyst finansiell prioritering av en særlig utsatt gruppe; pasienter innlagt i eller nylig utskrevet fra psykisk helsevern som er særlig utsatt for selvmordsrisiko. Her har sykehusene et enormt selvmordsforebyggende potensial. Det er i dag store hull i sikkerhetsnettet ved utskriving; 45 prosent av de som tar livet sitt har vært i kontakt med helsetjenesten i løpet av siste leveår (Kilde: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging). De første 30 dagene etter utskriving er en høyrisikoperiode for selvmord, og for å forebygge selvmord må vi ha konkrete tiltak som tetter gapet og bygger opp et sterkere sikkerhetsnett slik at folk får oppfølging også etter utskriving. Skal vi redde flere er det i overgangene vi har størst mulighet til å utgjøre en forskjell. 25 prosent av alle de som ta livet sitt i Norge gjør det i løpet av de første 30 dager etter utskriving.

Vi har allerede viktige samhandlingsverktøy som må tas i bruk. Bruk av både sikkerhetsplan og individuell plan må reflektere målene i oppdragsdokumentet til sykehusene for å kunne bidra til å sikre overgangene og samhandlingen med neste ledd i behandlingsskjeden. Ettervernet må inn før utskriving for å hindre reinnleggelse. I dag bruker vi for mange knappe ressurser feil, og pasientene må på rett behandlingsnivå tidligere. Når folk får plass er de blitt så dårlige at det er mer kostbart, og mer krevende enn det hadde vært ved tidligere innleggelse.

Vi vet at sikkerhetsplan er en metode med selvmordsforebyggende effekt. [Store og solide forskningsprosjekter](#) har studert sikkerhetsplanen og konkluderte med at ved å lage en sikkerhetsplan så dobles pasientens tendens til å møte til avtalt oppfølgingstime. I tillegg fant man at risikoen halveres for at pasienten skal gjøre et (nytt) selvmordsforsøk. Målet må derfor være å sikre at alle får en sikkerhetsplan, fordi den antas å ha større effekt enn generelle planer. Vi foreslår en planlagt målbar økning i bruk av sikkerhetsplaner på 20 prosent per år.

Fysisk aktivitet i behandling. Treningsfysiologer og fysioterapeuter må få en større plass i spesialisthelsetjenesten så vel som i helse og omsorgssektoren, og vi må ta i bruk forskningsbasert høyintensitetstrening og annen fysisk aktivitet på lik linje med annen behandling. Effekten er formidabel, og gevinsten er stor på individnivå så vel som samfunnsnivå. Der hvor høyintensitetstrening tilbys som en integrert del av behandlingen, eksempelvis ved St. Olavs hospital i Trondheim, viser det seg at pasienter som er innlagt ved klinikk for psykisk helse og rus har en fysisk tilstand som tilsier en alder som er 10-30 år eldre enn deres faktiske biologiske alder. Ved å få denne type trening individuelt tilrettelagt som en del av den obligatoriske behandlingen, viser målinger at de øker sin fysiske helse til et nivå med den øvrige befolkningen i løpet av et åtte til tolv ukers treningsprogram. Det er et uttalt kvalitativt mål å styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Da må tilgjengelige og hurtigvirkende effektive tiltak finansieres og prioriteres.

Vi må legge til rette for at ansatte skal holde ut i et stadig mer presset helsevesen, og vi må sørge for løsninger på tvers av behandlingsnivåer som danner et helhetlig opplegg rundt pasienter og brukere.

Opptrappingsplanen for psykisk helse blir et svært viktig virkemiddel for å løse den langvarige og pågående krisen i psykisk helsevern og samtidig legge til rette for bedre forebygging. Det vil alltid være noen som blir syke. Da må hjelpen finnes. Og finansieres.

Bedre psykisk helseoppfølging for barn i barnevernet. Mange barn og unge i barnevernet har store og komplekse utfordringer, og forekomsten av psykiske lidelser er høyfrekvent. Vi har over tid vært opptatt av at alle barn og unge som står i en alvorlig og sammensatt barnevernssak får regelmessig tilgang på psykisk helsehjelp og en psykisk helsekoordinator som står til rådighet for å dekke psykiske helsebehov. Regjeringen er allerede i gang med å flytte ansvaret for behandling av barn med rusproblemer og ansvaret for psykisk helseoppfølging for barn i barnevernet over til helsetjenestene som anbefalt av [Barnevernstinstitusjonsutvalget](#). Andre anbefalinger vi er opptatt av skal bli gjennomført er egne helseteam på alle barnevernstinstitusjoner, flere langtidsplasser for barn og ungdom i psykisk helsevern og at helsetjenesten for barn og unge får plikt til å prioritere barn i barnevernstinstitusjon. Det skjer allerede mye i barnevernsfeltet, og vi ser frem til systemendring og kvalitetsreform som kan hjelpe barn med store belastninger å få lettere og bedre tilgang på hjelp og behandling. Dette må nå gjenspeiles i statsbudsjettet 2026 både for helse- og omsorgssektoren og for barnevernssektoren.

Bedre helsehjelp i kriminalomsorgen. For å møte de alvorlige utfordringene med psykiske lidelser og selvmord i fengsler, må det i budsjettet for 2026 settes av økte midler til bedre helsetilbud, systematisk kartlegging, alternativer til isolasjon og et styrket samarbeid mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen. Dette er avgjørende for å sikre innsattes rett til helsehjelp, bedre selvmordsforebygging uten bruk av isolasjon samt bedre samarbeid mellom helsevesen og kriminalomsorgen. For anbefalinger og konkrete tiltak viser vi til vårt innspill til statsbudsjettet sendt til Justisdepartementet.

Utjevne sosiale forskjeller

Folkehelseiltak mot familiefattigdom. Fattigdom påvirker relasjoner, emosjoner og identitet. I tillegg påvirker din psykiske helse. Ulikheter i helse og livskvalitet er nært knyttet til de sosiale forholdene barna vokser opp i. 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. Vi må derfor styrke folkehelseiltakene rettet inn mot disse barna, og vi må ha et livsløpsperspektiv i satsingen. Det må settes av midler for å jobbe langs flere akser for å bekjempe ulikheten og med den helserisikoen for barna. De må eksempelvis sikres mestringsarenaer og tilgang til flere fritidsarenaer for å kompensere for mangler knyttet til kompetanse og midler på hjemmefronten. Mangel på fellesskapsarenaer kan gi katastrofale konsekvenser, og forskningen viser at risikoen for utenforskap øker betydelig. Verdien av å høre til er avgjørende, og ved å sikre bedre sosial mobilitet for barn og unge forebygger det for psykisk uhelse og lidelser. Vi må i sum legge til rette 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.

Tilgang på helsehjelp for barn i ressursvake familier. Pasienter med mye penger får raskere og bedre hjelp fordi de kan betale seg bort fra ventetid ved en rekke problemer. Helsekompetanse, kjøpekraft og systemforståelse hos foresatte vil også gi langt mer beskyttelse for barn, og som kjent sitter denne

kunnskapen som oftest bedre i de øvre sosioøkonomiske sjiktene. I et [samfunnsperspektiv](#) vil man per i dag 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 inntekthierarkiet er sterk. De med dårligst råd har det verst uavhengig av alder. Vi trenger en økonomisk satsing for å lukke dette mulighetsgapet som oppstår hos barna i tråd med prinsippet om at helsehjelp for barn skal være gratis. Det vil si en bedre finansiering av lett tilgjengelige tilbud og aktiv orientering om at tilbudene finnes og hvordan de kan brukes. Sosiale ulikheter i helse kan utjevnes dersom innsatsen målrettes og veien til helsetilbudene forenkles og tilbys på de arenaene barna faktisk er, men da må terskler bort og overganger forenkles.

Uhåndterlig gjeld. Dårlig økonomi har en stor og direkte påvirkning på psykisk helse for både voksne og barn. Finansielle problemer kan blant annet trigge angst og depresjon, i tillegg til plager som hemmer daglig fungering selv om de ikke utløser diagnoser. Barn som vokser opp i familier med [usikret](#) gjeld har oftere dårligere psykisk helse enn barn som ikke gjør det. Dårlig kontroll på økonomien er forbundet med lavere livskvalitet. Ifølge [Norsk Gjeldsinformasjon](#) var norsk forbruksgjeld på 171,7 mrd i slutten av januar 2025. Koblet med dyrtid og stigende priser representerer den høye gjeldsbyrden en akutt trussel mot livskvaliteten og helsa for en vesentlig andel av befolkningen. Til tross for den tette sammenhengen mellom psykisk uhelse og usikret gjeld tilbys ikke økonomisk førstehjelp og kompetanseheving i økonomistyring i særlig grad ved førstelinjetjenesten og psykisk helsevern. I [Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](#), som det norske lavterskeltilbudet Rask psykisk helsehjelp er modellert etter, ble kun 6 % av brukerne som slet økonomisk mens de fikk behandling henvist til økonomifaglig hjelp. Økonomisk veiledning til mennesker med psykiske lidelser er fraværende på relevante arenaer, og vi har ikke kvalitetssikret og lett tilgjengelig kunnskap beregnet på de som sliter med kombinasjonsproblemet psykisk uhelse og gjeld. Vi trenger en kunnskapsbro mellom disse to områdene slik at de av oss som strever med dem får tilgang på virksom hjelp og veiledning. Dette er tiltak vi anbefaler å sette av midler til å utrede over statsbudsjettet.

Vi har mye å spare ved å heve kompetansenivået på samspillet mellom økonomi og psykisk helse, både i personlig lidelse og håpløshet, og som samfunn. [Britene](#) har beregnet at for hvert prosentpoeng lånerenten øker blant personer med høy usikret gjeld, øker antallet psykisk syke. Hvis vi skulle brukt det samme [resonnementet](#) på Norge, betyr det at vi blant dem med høy usikret gjeld, kan vente å få 1 667 flere psykisk syke for hvert prosentpoeng lånerenten øker.

Trygdediskriminering. Vi ønsker en endring av i regelverket for langtidsinnlagte i psykisk helsevern. Dagens situasjon er at innlagte i psykiatrisk institusjon over fire måneder kan bli trukket 86 prosent av uføretrygden eller andre ytelser fra Nav. Regelen gjelder også om du er i fengsel, men ikke om du er innlagt i somatisk institusjon. Denne diskrimineringspraksisen må opphøre og finansiell rådgivning sikres.

Selv mord og gjeld. Sammenhengen mellom gjeld og selvmordsrisiko gjelder både for dem som har, dem som har hatt og dem som aldri har hatt psykiske helseproblemer. Sammenhenger mellom selvmord, økonomiske kriser og arbeidsledighet er godt dokumentert i mange land. [Studier](#) fra finanskrisen viser at for hvert prosentpoeng økt arbeidsledighet blant menn, økte selvmordsraten med rundt én prosent under finanskrisen i Europa. For hvert prosentpoeng økt husholdningsgjeld, økte selvmordsraten med en halv prosent under finanskrisen i Europa. En [studie](#) fra Hongkong viste at selvmord forbundet med gjeldsproblemer var fire ganger hyppigere blant dem som ikke hadde noen psykisk lidelse enn blant dem hadde en psykisk lidelse. Veien til livskvalitet går for svært mange via en lønn eller trygd du kan leve hele liv med. For å ta nullvisjonen for selvmord på alvor er det helt nødvendig å etablere bedre

gjeldsordninger, kombinert og spesialisert veiledning og bedre tilrettelegging for å sette folk i stand til å stå i arbeid samtidig som de mottar hjelp og støtte for problemer knyttet til psykisk helse og gjeld.

[Forskning](#) viser at effekten av psykisk helsehjelp er begrenset dersom de psykiske helseproblemene opptrer sammen med økonomiske problemer. Det hjelper ikke å behandle dersom store deler av problemene, altså de økonomiske bekymringene, forblir uløst når behandlingen er over. Likedan hjelper ikke økonomisk veiledning dersom man ikke får hjelp med psykiske utfordringer der de er en del av problemkomplekset. Da vil problemene komme tilbake. Usikret gjeld og pengeproblemer er på vei til å bli en trussel mot folkehelsen. Økonomistyring må inn som en del av helsekompetansen, og bør også bli mer sentralt i grunnopplæringen og i tjenestene.

Levekår som risikofaktor for vold. 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 nesten fire ganger så stor sjanse 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. Effektive grep i arbeidet med sosial utjevning er nødvendig for å redusere opphopningen av risikofaktorer for levekårsutsatte.

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen
generalsekretær