



Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 9. mars 2026

Innspill til statsbudsjettet 2027

I dette innspillet vil vi konsentrere oss om tre kjerneområder vi mener bør få prioritert satsning i statsbudsjettet 2027:

- 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 vil gi befolkningen mer motstandskraft i møte med kriser, og må derfor integreres som en del av den totale beredskapen. Som Totalberedskapsmeldingen omtaler, vil helsetjenesten måtte prioritere hardt hvis krig og sikkerhetspolitiske kriser rammer det brede lag av sivilbefolkningen. Jo flere enkle helseproblemer vi da klarer å løse selv eller i vårt eget nettverk, jo mindre belastning blir det på helsetjenesten. Dersom vi hever grunnkompetansen på psykisk helse i befolkningen, vil unødvendig belastning på helsetjenesten minimeres.

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.

I langvarige og sammensatte kriser svekkes den reelle funksjonsevnen raskt dersom psykiske belastninger fører til redusert beslutningskvalitet, økt fravær, konflikter og tap av tillit – noe som ikke bare rammer enkeltpersoner, men hele tjenestekjeder og samfunnets evne til å opprettholde orden, trygghet og helsehjelp.

En trygg befolkning er en produktiv befolkning. I krig blir mange trukket ut av hverdagsliv, arbeid og sosiale strukturer. Vi er avhengige av at mest mulig driftes best mulig også under krig og kriser. Dersom de av oss som skal utføre oppgavene har god psykisk egenberedskap vil vi optimalisere muligheten til å kunne stå i jobb også under press.

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.

Eksempelvis er skoleprogrammer som YAM (Youth Aware of Mental Health) 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. På lik linje med vaksinasjonsprogrammet er blir skoleprogrammer som YAM en helseintervensjon for barn og unge som bør fastsettes fra nasjonalt hold så vi unngår lokale og regionale forskjeller i det selvmordsforebyggende arbeidet. Tiden er overmoden for å bygge opp barn og unges psykiske helsekompetanse og selvmordsforebyggende satsing i statsbudsjettet, og øremerking av midler til gjennomføring av skoleprogrammer som øker psykisk helsekompetanse 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 og manglende døgnplasser som bidrar til at kvaliteten på behandling og oppfølging blir negativt påvirket. 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 2027 vil bevilge og øremerke midler til de viktigste tiltakene.

Vi er glade for å se en reduksjon i ventetid på slutten av 2025. Samtidig ser vi at døgnplasser reduseres og FACT-team legges ned, både innen psykisk helsevern og rusbehandling. Derfor mener vi at det må settes inn økonomiske tiltak der man ser at det virker slik at vi vil fortsette å se en økende trend i riktig retning, ikke bare knyttet til ventetider, men også på dimensjonering og kompetanse. Nedgang i ventetid er ikke synonymt med økt kvalitet på behandlingen så det er nødvendig å fortsette arbeidet med å heve kvaliteten. I tillegg må ikke ventetidskrav løses ved raskere utskriving.

Vi mangler fortsatt spesialister og døgnplasser i psykisk helsevern, og videreutvikling må prioriteres samt nok kompetente og utdannede folk på jobb. 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. Vi støtter vår medlemsorganisasjon Norsk Sykepleieforbund (NSF) i at det må sikres finansiering av utbygging og drift av det kartlagte behovet for 430 døgnplasser, i henhold til de regionale helseforetakenes framskrivninger av behov for døgnbehandling fram mot 2040. Blant annet gjennom å sørge for særskilt

finansiering av plasser for dømte til behandling, og for flere overgangsboliger og sikkerhetshjem slik at døgnkapasiteten brukes riktig.

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 for deres syke pårørende.

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. Det må legges til rette for en reell styrking av kommuneøkonomien og finansiering som gjør det mulig å bygge ut og videreføre RPH, slik at flere får rask tilgang til evidensbasert behandling nær der de bor. 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 sykehusinnleggelser og gir tidlig hjelp før problemene eskalerer. Dette gir kortere ventetider for dem med alvorlige behov. I tillegg er det samfunnsøkonomisk lønnsomt gjennom å redusere skolefravær, sykefravær og uføretrygd - og holde flere i jobb og utdanning.

ACT/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 sammensatte behov. Teamene er tverrfaglig sammensatt, jobber utadrettet og samarbeider på tvers av sektorer, og bidrar til kraftig reduksjon av både innleggelser og døgnplasser. Sykehus- og kommuneøkonomien bør innrettes for å implementere og sikre videre drift. Satsingen på ACT/FACT-team har vist seg effektiv, men tilbudet må utvides og ikke legges ned, for å dekke det reelle behovet.

Erfaringer fra ACT/FACT-team og rask psykisk helsehjelp viser at disse modellene gir bedre behandling og reduserer behovet for innleggelser. Nå handler det ikke om å finne nye løsninger, men om å satse på og skalere opp tiltakene vi allerede vet fungerer. Å legge ned FACT team for å spare penger vitner om manglende helhetsforståelse og kunnskap om hvordan dette går ut over en allerede sårbar gruppe. Derfor må det politisk vilje til samt øremerkede midler og en tydelig prioritering i statsbudsjettet.

Et reelt løft i psykisk helsevern. Det er viktig at kapasiteten til utdanning og spesialisering øker i takt med aktiviteten. Vi støtter derfor NSFs innspill om å innføre et lønnstilskudd til kommuner for å utdanne flere sykepleiere med masterkompetanse innen psykisk helse og rus, som et målrettet grep for å bygge kapasitet og kvalitet i tjenestene. Vi 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 helsepersonellkommisjonens arbeid og prioriteringene som følge av dette sentralt også for statsbudsjettet 2027.

Opptappingsplanen for psykisk helse er 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.

Selvmondsforebygging 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 utskrivelse 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 tar 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 målet om sammenhengende tjenester og trygge overganger i oppdragsdokumentet til sykehusene for å kunne bidra til å sikre samhandlingen med neste ledd i behandlingsskjeden. Ettervernet må inn før utskriving for å hindre reinnleggelser. 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 innleggelser.

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.

Lavterskeltilbud ved akutte livskriser, som [Livslosen](#) må sikres drift og bygges ut. De redder ikke bare liv, men tar menns utfordringer på alvor. Vår samlede evne til samarbeid og det å prioritere vil ha stor betydning om vi skal lykkes i å få ned selvmordstallene.

Bedre diagnostikk. Depresjon oppdages og behandles for sent. I juni 2025 kom [Helsetilsynets rapport fra landsomfattende tilsyn](#) med selvmordsforebygging i psykisk helsevern – og behandling av depresjon ved døgnavdelingene. Resultatene var nedslående: mangelfull diagnostikk koster liv. Utskriving var i mange tilfeller ikke godt nok planlagt og med for lite involvering av pårørende. Vi må ta Helsetilsynets ferske funn på alvor og lære av dem, slik at vi kan se fellestrekkene og fange opp pasienter med depresjon tidligere. Målet må være rask, tverrfaglig utredning og god behandling – og systematisk implementering av et nasjonalt opplæringsprogram i depresjonsdiagnostikk.

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.

I september lanserte Helse- og omsorgsdepartementet handlingsplanen *Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033)*. Planen har som mål å redusere den betydelige levealdersforskjellen for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Et sentralt tiltak i handlingsplanen er at fysisk aktivitet og trening som medisin skal prioriteres i helseforetakene. For å realisere ambisjonene i handlingsplanen er det avgjørende at tiltakene følges opp med øremerkede midler og tydelige oppdrag til helseforetakene. Uten tilstrekkelig finansiering risikerer man at viktige tiltak, som trening som en integrert del av behandlingen, ikke blir implementert i praksis.

Rådet for psykisk helse vil derfor understreke at oppfølgingen av handlingsplanen må prioriteres i statsbudsjettet for 2027, slik at helseforetakene får ressurser til å etablere og videreutvikle tilbud der fysisk aktivitet brukes systematisk som en del av behandlingen.

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 [Barnevernsinstitusjonsutvalget](#). Andre anbefalinger vi er opptatt av skal bli gjennomført er egne helseteam på alle barnevernsinstitusjoner, flere langtidsplasser for barn og ungdom i psykisk helsevern og at helsetjenesten for barn og unge får plikt til å prioritere barn i barnevernsinstitusjon. Det skjer allerede mye i barnevernfeltet, 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 2027 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 2027 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

Folkehelsetiltak mot familiefattigdom. Barnefattigdommen har ifølge siste tilgjengelige tall steget. 10,2 prosent av barn i Norge, eller 98 700 barn, var i vedvarende lavinntekt i perioden 2022-2024. Det tilsvarer en økning på 0,3 prosentpoeng fra perioden før. Økningen skyldes i hovedsak at barn som innvandret fra Ukraina i 2022 nå telles med. I de fleste andre grupper har det vært en nedgang de siste årene. Barnefamilier har hatt relativt bra inntektsutvikling i denne perioden, og for enslige forsørgere med små barn har økningen i barnetrygd bidratt til å løfte flere barnefamilier over lavinntektsgrensen. Strakstiltak må på plass for å snu negativ utvikling og dempe risikofaktorene barna i denne gruppen nå blir utsatt for.

Fattigdom påvirker relasjoner, emosjoner og identitet. I tillegg påvirker det 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, språkforståelse 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. Norsk [forbruksgjeld](#) var på 176,3 milliarder i slutten av januar 2026. Sammenlignet med januar 2025 har den samlede forbruksgjelden steget med 4,4 milliarder, som er en økning på 2,6%.

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. Personer som mottar uføretrygd eller andre ytelsesrettigheter fra NAV og som er innlagt i psykiatrisk institusjon i mer enn tre måneder, kan fra og med den fjerde måneden få ytelsen betydelig redusert, vanligvis til minst et lavt grunnbeløp (omtrent 14 % av ordinær ytelse). En tilsvarende reduksjon gjelder ved langtidsopphold i fengsel, men ikke ved innleggelse i somatisk helseinstitusjon.. 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