



Helse- og omsorgsdepartementet

1. September 2022

Innspill til opptrappingsplan for psykisk helse

Utfordring 1: Forebygging og bremsing av negativ utvikling

Forebyggende folkehelsearbeid legger til rette for at befolkningen både får og settes i stand til å ta i bruk verktøy for å håndtere risiko og problemer. Samtidig er det viktig å styrke beskyttelsesfaktorene og redusere risikofaktorene i samfunnet. Tidlig innsats gir best gevinst for alle, men for barn og unge er det spesielt viktig å komme tidlig inn for å forebygge skjevutvikling og psykisk uhelse.

Bremse den negative utviklingen i barn og unges psykiske helsetilstand

Psykisk helse og livskvalitet er tett forbundet. Har man det dårlig i livet vil det ofte påvirke helse – både fysisk og psykisk. Til tross for en nå utflating i kurven, har vi de siste årene sett at barn og unge rapporterer om en noe lavere tilfredshet med livet. Til tross for at objektive livsbetingelser for mange er på plass, er det altså mange ulike faktorer som påvirker trivsel og helse. Vi må vite mer om hvordan disse faktorene henger sammen og hva som driver den psykiske folkehelsen for unge i feil retning.

Enkelte grupper er i risiko for nedsatt livskvalitet grunnet ulike sårbarhetsfaktorer knyttet til sin situasjon. Eksempelvis ser vi at gruppene som oppga å ha lavest subjektiv livskvalitet i 2021 var arbeidsledige, personer med lav inntekt, personer med lav utdanning, personer med nedsatt funksjonsevne eller symptomer på psykiske plager, samt skeive. Unge voksne mellom 18 og 24 år er blant gruppene som rapporterer om lavere livskvalitet enn befolkningen ellers. Nesten én av fire unge sier at de er lite fornøyde med livet, og én av tre oppgir at de opplever lite mening i det daglige¹. Tall fra Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) viser en forverret psykisk helse hos studenter (SHoT). Det er en svak nedgang i andelen som oppgir god livskvalitet sammenlignet med de foregående SHoT-undersøkelsene. Halvparten av dem sliter psykisk. Nye tall fra SHoT undersøkelsen viser også at 44% av studentene mellom 18 og 20 år oppgir å være ensomme (psykologisk.no).

Risiko for nedsatt livskvalitet henger tett sammen med livsfaser. Vi ser at ungdomstiden er sårbar, men det er også høy forekomst av psykiske lidelser blant eldre, skeive og personer med nedsatt funksjonsevne. Spissede tiltak for å heve livskvaliteten vil for enkelte sårbare grupper være en nødvendig del av folkehelsearbeidet. Samtidig må vi huske at universelle tiltak som sosial utjevning, bedre tilgang på lavterskel helsetjenester, kunnskap og opplysning har potensial til å snu utvikling og bedre livene til mange av de som i fremtiden står i risiko.

¹ [Livskvalitet: Utsatte grupper faller utenom - FHI](#)

Forslag løsning/tiltak;

- *Øke kunnskapen om hvordan sosiale medier, gaming og skjermbruk påvirker den psykiske helse*

Vold og overgrep

Vold og overgrep øker faren for alvorlige psykiske vansker og i ytterste konsekvens selvmord, selvsykdom og selvmordsforsøk. Har man først opplevd vold og overgrep, øker faren for at det gjentar seg og at man dermed ytterligere øker risikoen for psykiske vansker.

Barn og unge er for dårlig beskyttet mot vold og overgrep. 5-10% av barn er utsatt for vold og overgrep. Vi vet at det å bli utsatt for seksuelle overgrep øker selvmordsrisikoen betraktelig, særlig dersom det skjer tidlig i livet. Har man vært utsatt i barndommen øker sannsynligheten for selvmordsforsøk med elleve ganger for barn mellom fire og 12 år. For ungdom og unge voksne kan vi gange med seks.

I en ny [undersøkelse](#) ser vi at antallet barn som utsettes for voldslovbrudd har økt med 75% de siste ti årene. Indisier tilsier at seksuelle overgrep mot barn og unge har økt under nedstengningen av landet. Studier fra NKVTS viser en økning av rapportering av seksuelle overgrep mot ungdommer fra 2,9 % i 2019 til 4,5 % i 2021².

Kun 1 av 5 av ungdom utsatt for vold og overgrep forteller at de har vært i kontakt med hjelpeapparatet i forbindelse med erfaringer med vold og/eller overgrep. Dette er sentral kunnskap når tiltak for å forebygge barnemishandling og i neste instans konsekvensene av denne skal utvikles og implementeres³. Vi vet også at det i gjennomsnitt tar 17 år fra noen opplever et overgrep til de forteller det til noen. Nesten halvparten forteller det aldri til noen.

- Politiet rapporterer om 100% økning av nettovergrep mot barn de siste to årene⁴. Vi vet at det er tre ganger høyere risiko for selvmordsforsøk hvis du har blitt utsatt for seksuelle overgrep som barn⁵. Jo mer vold en har opplevd jo høyere er risikoen for ny vold og dess mer påvirker dette den psykiske helsen⁶. Jo yngre personer er når de eksponeres for vold og overgrep og jo hyppigere gjentatt eksponering inntreffer, desto mer vil risikoen øke for at suicidalitet og selvsykdom blir vedvarende og/eller tilbakevendende.
- Hvert år blir det meldt bekymring for nesten 50 000 barn i Norge, de aller fleste meldingene handler om vold og rus i hjemmet.

Det kommer inn færrest bekymringsmeldinger til barnevernet for de yngste barna sammenlignet med de andre aldersgruppene under 18 år.

² [Ny studie: Økning i seksuelle overgrep mot unge under pandemien \(bufdir.no\)](#)

³ [NKVTS Rapport 4-19](#)

⁴ [Stor økning i seksuelle overgrep på nett hos politiet i Innlandet – NRK Innlandet – Lokale nyheter, TV og radio](#)

⁵ [University of Manchester](#)

⁶ [NKVTS Rapport 1-19](#)

Vi trenger en forsterket innsats mot vold og overgrep, og vil i denne sammenheng fremheve Stine Sofie Senteret som et viktig tilbud. Det er et lavterskeltilbud som i år hjelper 500 barn. Behovet er langt større. Denne typen tilbud må styrkes for å øke motstandskraften og mestringsevnen til barna og deres omsorgspersoner i tillegg til kvaliteten på kontaktnettet med de rette lokale hjelpeinstansene.

Forslag løsning:

- *utvide lavterskeltilbudet for mennesker utsatt for vold og overgrep, eksempelvis gjøre Stine Sofie senteret om til et landsomfattende tilbud i tillegg til å styrke kompetansen for overgrep- og voldsutsatte for å sette dem i bedre stand til å komme videre i livet uten å bli utsatt på nytt (reviktimisert)*

Utfordring 2: Helhetlig hjelp og dimensjonering til de alvorligste syke, inkludert adekvat ettervern.

Vi vet at om man får psykisk helsehjelp tidlig, får man et bedre og kortere forløp og gode muligheter til tilfriskning. Rett hjelp til rett tid gir raskere resultater og tro på at det er mulig. Vi vet også at mange blir dårligere og får et unødvendig stort og langvarig funksjonsfall før de får hjelp til å mestre livet bedre. Vi må ut av en spiral der man må bli sykere for å bli friskere – folk må få hjelp når de trenger den.

Ukom-rapporten med status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge som ble sluppet 24. mars 2022 konkluderte med at det nå er flere henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien og at de som henvises er yngre og alvorlighetsgraden er høyere⁷. Dette gir en økt pågang fra slitne foreldre som står i situasjoner med sine barn som oppleves uholdbare. Det er en økende problematikk rundt spiseforstyrrelser, mistanke om ADHD, rus, selvskading, ensomhet og skolevegring. Mange kommuner rapporterte om en stor økning i løpet av covid-19-pandemien av henvendelser/henvisninger for psykiske helseproblemer både for barn og unge (28 prosent) og for voksne (27 prosent)⁸.

Nå er det helt nødvendig å dimensjonere hjelpeapparatet etter behovet. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå. Vi trenger mer, bedre og tidligere hjelp, effektiv forebygging og ekstra innsats inn mot risikogruppene. Det må gjøres strukturelle grep knyttet til utdanning, kompetanse og personell.

Videre etterspør vi en ettervernsmodell der forpliktelsen til oppfølging vedvarer. Vi mener man etter utskrivelse må sikres en oppfølging over tid, der man har ulike sjekkpunkter for oppfølging. Vi kan ikke akseptere at man blir skrevet ut til ingenting. Og dersom man får tilbakefall bør veien tilbake være enkel og effektiv. Dette er spesielt viktig for mennesker med selvmordsproblematikk.

⁷ [Situasjonen i helse- og omsorgstjenesten - Ukom](#)

⁸ [Mange kommuner prioriterer smittevern fremfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid - Helsedirektoratet](#)

Nesten halvparten av de som dør i selvmord i Norge har hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse og rus i løpet av siste leveår ([NSSF 2018](#)). Tiden etter utskrivelse er en høyrisikoperiode. Vi må sikre overgangene. Vi foreslår en forlengelse av time i hånda til «besøk i hånda», der neste ledd i behandlingsskjeden aktivt oppsøker brukeren hjemme.

Forslag løsning:

- Sikre en ettervernsmodell som blant annet innebærer å innføre besøk i hånda

Utfordring 3: Fattigdom, sosial ulikhet og økonomisk førstehjelp for bedre psykisk helse

De sosiale ulikhetene er betydelige, både generelt i samfunnet og i helse spesielt. Forutsetninger for utvikling av god helse og god helsehjelp er ikke rettferdig fordelt. Forhold som utdanning, inntekt, arbeidsliv, oppvekstvilkår og bomiljø er sentrale faktorer, men også hvilke muligheter den enkelte får gjennom livet. En motvekt til skjevfordeling vil være likeverdige helse- og omsorgstjenester, som er språklig og kulturelt tilgjengelig. I dag er helsetilbudet for fragmentert og tilfeldig, og det er for høy grad av uønsket variasjon knyttet til drivere som geografi og sosioøkonomisk status. For den samiske befolkningen er en slik utjevning og kulturtilpasning særlig viktig.

Vi vet at personer med lav sosioøkonomisk status har høyere risiko for psykiske lidelser. Psykisk helse utvikles i et samspill av flere faktorer, og kjennskap til disse faktorene er viktig for å forebygge at psykiske plager utvikler seg til alvorlige lidelser. Langvarig og jevnlig eksponering for stressende omgivelser henger tett sammen med psykiske og somatiske symptomer. Møteplasser og nabolag er levekårsfaktorer som har stor betydning for den psykiske helsa, og trangboddhet kan ha stor effekt på evne til avslapning og utfoldelse.

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 barnefattigdom i stadig større grad kan bidra til psykisk uhelse i Norge. Med forventet resesjon er det 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. En robust og rettferdig arbeidslinje kan demme opp for mange av problemene som ellers vil komme som en konsekvens av ulikheter og fattigdom. Det er tross alt foreldrenes arbeid som får barna ut av fattigdom.

I Japan blir mennesker med økonomiske vanskeligheter som fanges opp av tilsvarende NAV automatisk henvist til helsevesenet for å sikre helhetlig hjelp. Folk sikres dermed doble løp. Kan vi tenke i liknende baner, også andre veien? Vi må ta innover oss **økonomiens betydning for den psykiske helsa** og blant annet sikre gode gjeldsordninger. Det innebærer blant annet også flere med sosialfaglig kompetanse inn i det psykiske helsevesenet.

Videre mener vi at livsoppholdssatser må korrelere med kostnadsnivået der man bor. Formålet er å sikre livsgrunnlaget og at det skal være mulig å leve på de minimumssatsene som er etablert.

Kostnadsnivået varierer rundt omkring i landet, og det er eksempelvis store forskjeller på prisene på strøm og drivstoff. Dette bør ihensyntas for å sikre et verdig liv uavhengig av hvor man bor.

Forslag løsning:

- *Det bør være en rutine/fast spørsmål hos behandlere og fastlege knyttet til økonomi – og vi må utvikle systemer for å sikre økonomisk hjelp og kompetanseheving der den ikke er til stede.*

Med vennlig hilsen
Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen
generalsekretær