**Rådet for psykisk helse**
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo
Tlf 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no www.psykiskhelse.no
Bank: 1609.08.79875 Org.nr. 971524499

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgiving om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, 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 Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet Oslo, mars 2023

# Innspill til statsbudsjettet 2024

Det er fremdeles ujevn fordeling av psykisk helsehjelp i Norge, og ulike forhold påvirker. Et av problemene er kapasitet – det finnes ikke tilstrekkelig antall plasser og ansatte – og et annet er finansieringsvilje: det koster penger å både forebygge og behandle mennesker med psykiske plager og lidelser. Videre er det en rekke sosiale forhold som avgjør hva slags tilbud du mottar som bruker eller pasient innen psykisk helse/psykisk helsevern. Både hvor du bor og hvem du er påvirker i praksis hva slags helsetilbud du får, og det er en veletablert og systematisk sammenheng i den sosiale helseulikheten. Vi må bremse denne sammenhengen slik at vi ikke får en situasjon der folk må velge mellom brød eller behandling.

Vi er inne i en resesjon med dyrtid i Norge, og frykter effektene dette vil ha på den psykiske helsa til voksne og barn. Manglende forutsigbarhet kombinert med lavere kjøpekraft og større bekymringer vil medføre belastninger som gir konsekvenser for folkehelsa og treffer et helseapparat som fremdeles sliter med å håndtere etterslep og langtidskonsekvenser etter pandemi og nedstengning. I dette innspillet vil vi konsentrere oss om fire kjerneområder vi mener bør få prioritert satsning i statsbudsjettet 2024:

1. **Effektive lavterskeltiltak for å øke livskvalitet og styrke folkehelsa med utgangspunkt i barns levekår**

Folkehelsearbeidet i kommunene skal fremme innbyggernes helse og livskvalitet. Psykisk helse-innsats er sentralt i dette arbeidet, og må integreres som en likeverdig del. Dette innebærer blant annet å se hvordan psykologiske, relasjonelle og sosiale faktorer kan hjelpe oss til å forstå sammenhengene mellom betingelser i miljøet og den totale livssituasjonen og menneskers psykiske helse og livskvalitet i kommunen. Vi vil trekke frem noen viktige styrkingsområder:

**Barnefattigdom**
Fattigdom rammer på mange plan. Den påvirker relasjoner, emosjoner og identitet. I tillegg påvirker den helsa di. Det er en uløselig binding mellom ressurssituasjon og risiko. Vi trenger midler for å jobbe langs flere akser for å bekjempe ulikheten og med den helserisikoen for barn i Norge. 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. Vi må styrke folkehelsetiltakene rettet inn mot disse barna, og vi må ha et livsløpsperspektiv i satsingen. Krenkede barn kan lett bli syke voksne.

**Tilgang på helsehjelp for barn i ressurssvake familier**
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, 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. 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. 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 inntektshierarkiet er sterk. De med dårligst råd har det verst uavhengig av alder.

**Utenforskap.** Vi må sikre mulighet for bedre sosial mobilitet for barn og unge for å forebygge for psykisk uhelse og lidelser. Dette kan blant annet gjøres ved støtte i utdanningsløpet og bistand til barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter. Mange barn i vedvarende lavinntekt vil oppleve mulighetsfattigdom som påvirker livskvaliteten negativt. Vi må 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. Alle barn må sikres mestringsarenaer.

**Barnehage og skole** kan fungere kompenserende 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. Vi trenger å styrke skolen slik at det finnes tid til å bygge den relasjonelle kontakten som må på plass for at disse ferdighetene skal kunne styrkes. Leksehjelp bør bli en rettighet for de som ønsker eller trenger det.

**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 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. Vold- og overgrepserfaringer er med deg livet ut og kan bidra til en rekke helseproblemer videre i livet, som blant annet sterkt forhøyet risiko for suicidalitet. Vi trenger et kompetanseløft på folkehelsetrusselen vold og overgrep, slik at flere får kunnskap og informasjon om konsekvenser, risiko og oppfølging og derved kommer i posisjon til å avdekke og forebygge.

**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. 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 risikogruppene. 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. Kommuner med høy barnefattigdom må også få et ekstra løft på lavterskeltiltak for psykisk helsehjelp for å møte problemer vi vet følger med situasjonen.

**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. Barna må få planmessig oppfølging for å forebygge og motvirke generasjonsoverføring av problemer. Systemets møter med barn må dimensjoneres utfra graden av belastning og kvalitetssikres, og vi må få på plass mekanismer som fanger opp disse barna i de ulike systemene som møter dem. Voksne i krise kan ikke forventes å forvalte finanser de muligens verken har kompetanse eller overskudd til å styre på en måte som prioriterer barna i nødvendig grad.

**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 mandat til å bistå som tydeligere hjelpere i levekårsrelaterte problemstillinger.

**Migrasjon/flukt.** Barn kan påføres 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. Vi trenger spissede tiltak inn mot denne gruppen.

**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. 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.

**Digital utjevning.** Digitale løsninger ekskluderer en del mennesker i sårbare livssituasjoner, som eksempelvis mennesker med lav utdanning eller manglende språkferdigheter. Barn kan bli direkte skadelidende ved blant annet mangel på utstyr. Alle må bli satt i stand til å delta i den digitale utviklingen ta del i de digitale fellesskapene.

**Sosial utjevning** vil bidra til en bedre psykisk folkehelse. Barn skal ikke ha inntekt, men får for ofte sekundæreffekter av foreldrenes manglende inntektsgrunnlag. Her trenger vi et taktskifte i politikken. 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. Den treffsikre hjelpen for barna kommer der den er en del av en pakke som ser helhetlig på situasjonen. 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.

**Medisinen er flere folk i arbeid og stønader man kan leve hele liv med.** 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. 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 kan oppveksten i barnefattigdom bli vesentlig dårligere og risikofylt enn den kunne ha vært.

## 2. Dimensjonering av kapasitet etter behov

**Spesialisthelsetjenesten:** Alle er enige om at det psykiske helsefeltet slik det fremstår i dag har et stort forbedringspotensial. Vi er generelt 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. Utviklingen har over tid vært negativ på sentrale områder, og for å møte utfordringene må flere forutsetninger på plass for å heve kvaliteten på behandlingen.

Kompetansen i spesialisthelsetjenesten har varierende grad av treffsikkerhet, og enkelte steder er den fullstendig fraværende. Akuttpasienter i psykisk helsevern risikerer å møte ufaglærte vikarer i sine verste livskriser, mens det ikke er antydning til samme vilkårlighet i somatikken. Vi må ruste opp innholdet i det vi leverer, og vi må fjerne oss fra det diskriminerende sporet der det ikke er like nøye med de som er innlagt i psykisk helsevern. Det er langt flere som trenger hjelp i psykisk helsevern enn de som får det i dag. Samfunnet går glipp av store ressurser, og mange lider unødig.

Vi må dimensjonere tjenesteapparatet etter behovet og det haster å få på plass tiltak for å sikre at befolkningen får den psykiske helsehjelpen de trenger. Det er viktig og bra at dette arbeidet er i gang, og vi håper statsbudsjettet 2024 vil bevilge og øremerke midler til de viktigste tiltakene. Vi håper også på videreføring av eksisterende satsinger, som den tverretatlige og tverrfaglige styrkingen av tjenestene til unge som står i fare for å utvikle langvarige psykiske lidelser og et langvarig utenforskap fra skole og arbeidsliv. Vi ønsker videre en spissing av innsats inn mot risikogrupper samtidig som vi tar i bruk det vi har av virkemidler i samhandlingsverktøykassa og i eksisterende kunnskap. En del har behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fleksibel aktiv oppsøkende behandlingsteam (FACT) er en behandlingsmodell 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 innleggelser og liggedøgn. Vi må investere i ting vi vet virker, og FACT er en slik ting. For mye blir liggende ubrukt og på vent.

Alt kan ikke forebygges, og vi er helt avhengige av å ha en fungerende spesialisthelsetjeneste for å komme inn så tidlig som mulig med virksom hjelp. Med dagens ressurssituasjon der både kapasitet og kompetanse er i manko, er situasjonen langt fra optimal. Det har oppstått et etterslep og pågangen har vært større enn tilgangen over tid. Det er noe grunnleggende feil ved at folk må bli sykere for å bli friskere som viser et klart behov for et styrket psykisk helsevern.

Nye tall fra Norsk pasientregister viser at over 12 000 personer ventet på behandling i psykisk helsevern ved utgangen av desember i fjor. Det er en økning på 32 prosent siden 2019. Nesten 65 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2021. For landet sett under ett var det en økning på 14 prosent sammenlignet med året før. Vi mangler både spesialister og døgnplasser i psykisk helsevern.

Vi trenger videreutvikling til tross for strammere tider, og det må alltid være nok kompetente og utdannede folk på jobb. Vi må sørge for nok senger og sikre en tydelig bemanningsnorm. Innholdet i tjenestene må speile behovet på avdelingen, og ved etablering av bemanningsnorm må det følge en oppgavefordeling blant personalet og tilbud om hele stillinger for å sikre kapasitet og kontinuitet. Dimensjonering av tilbudet er for dårlig på begge forvaltningsnivåene, og overgangsordninger må på plass nå som behandlingstilbud legges ned som følge av fritt behandlingsvalg.

Spesialisthelsetjenesten gjør seg selv en bjørnetjeneste ved å avvise for mange fordi de kommer sykere inn til slutt. Da tar tilfriskning mye lengre tid, er langt mer kostbar og ender ofte med et dårligere sluttresultat. Vi tror at for alle oss er status i psykisk helsevern og rusomsorgen en kilde til stor bekymring. Ventelistene er for lange, oppholdene for korte og samarbeidet med neste ledd i behandlingskjeden er langt fra optimalt. Vi kan sørge for en langt bedre livskvalitet og redde mange liv dersom vi løser disse problemene.

I tillegg dømmer domstolene stadig flere til tvunget psykisk helsevern som fører til at stadig flere døgnplasser beslaglegges og andre pasienter utskrives grunnet plassmangel. I dag er rundt 40 prosent av pasienter i de sikkerhetspsykiatriske avdelinger innlagt etter strafferettslig grunnlag. Dette er pasienter som må sikres god og langvarig hjelp. Sengetallet totalt sett må dimensjoneres slik at plassene finnes når mennesker dømmes til behandling uten at de som fremdeles er syke skrives ut prematurt, for da vil kommunene og pårørende fortsatt måtte ta en stor belastning med de mest alvorlig syke og sykehusene fortsetter med unødvendig mange svingdørspasienter.

Vi ber derfor om at det rettes særskilt innsats mot å dekke behandlingsgapet, styrke kapasiteten i psykisk helsevern og legge til rette for å kunne øke pasientbehandlingen. Økte bevilgninger hjelper bare så lenge det finnes tilgjengelig helsepersonell. Det er viktig at kapasiteten til utdanning og spesialisering øker i takt med aktiviteten. 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 for statsbudsjettet 2024.

## 3. Selvmordsforebygging

Til tross for økt innsats og oppmerksomhet går ikke selvmordstallene ned. Det haster nå å implementere og justere tiltakene i Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Vi er halvveis i perioden, og har så langt ikke så mange konkrete resultater å vise til. Handlingsplanen inneholder en rekke gode forslag og tiltak, men lider under manglende vilje til finansiering og prioritering. Det er svært uheldig om vi ikke nå får operasjonalisert planen slik at vi går fra visjon til virkelighet. Det må forplikte å sette seg en nullvisjon for selvmord. Vi vet mye om risiko og hva som virker, og vi ønsker å se tydelige spor av satsing på disse virkemidlene i statsbudsjettet 2024.

**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 psykisk helsevern i løpet av siste leveår (NSSF). 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.

Vi har allerede viktige samhandlingsverktøy som må tas i bruk. Både sikkerhetsplan og individuell plan må inn i styrings-/oppdragsdokumentet til sykehusene for å kunne bidra til å sikre overgangene og samhandlingen med neste ledd i behandlingskjeden.

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% per år.

I tillegg til sikkerhetsplan, må vi gi individuell plan til alle som trenger det, og ettervernet må inn før utskrivning 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.

**Selvmordsforebygging i skolen**
39 ungdommer under 19 år tok livet sitt i 2021. For å nå ungdommene må vi få på plass selvmordsforebyggende tiltak og ta i bruk metoder vi vet virker for å hjelpe de unge til å finne håp og mening i hverdagen og sette dem i stand til å håndtere livets vansker og vonde følelser. Rådet for psykisk helse sitter i Nasjonalt forum for forebygging av selvmord, som blant annet skal jobbe frem hvilke av de 61 tiltakene fra handlingsplanen for selvmordsforebygging som bør prioriteres. Etter ett års arbeid sendte forumet én krystallklar prioritering til Helsedepartementet; at tiltaket YAM (Youth Aware of Mental Health), som skal gi alle skoleelever i alderen 13-17 år bedre kunnskap om psykisk helse, rulles ut på alle skoler i Norge.

Skolen er det eneste stedet vi treffer alle, og et kunnskapsbasert program som YAM vil redde liv og øke sannsynligheten for at flere ber om hjelp. Programmet er skreddersydd for skoleelever og fremmer samtale og diskusjon, utvikler ferdigheter for å møte livets vanskeligheter samtidig som det øker kunnskap om psykisk helse. Gjennomføringen tar totalt fem timer, og forskning viser at YAM virker. YAM har vist seg å redusere frekvensen av selvmordstanker og selvmordshandlinger med hele 50% etter bare 12 måneder. Det reduserte i tillegg frekvensen av depressive tilstander og tanker med 30% sammenliknet med kontrollgruppen. Det haster å få på plass YAM i skolen og det å prioritere er sentralt for å lykkes.

Vi har ikke råd til å la være når vi vet det virker. Vi ber derfor om at det øremerkes midler over statsbudsjettet til gjennomføring av YAM på alle landets skoler så programmet sikres god etablering og utrulling.

## 4. Opptrappingsplanen for psykisk helse

Med den pågående krisen i psykisk helsevern er det helt avgjørende at opptrappingsplanen for psykisk helse fullføres og implementeres.

**Vi har innspill til hvilke områder opptrappingsplanen bør fokusere spesielt på:**

**Tvang.** Det er svært viktig at arbeidet med økt frivillighet i behandling og riktig bruk av tvang fortsetter, og et av de viktigste elementene i forebygging av tvang er gode kommunale helsetjenester. Det er derfor viktig for det tvangsforebyggende arbeidet at den planlagte opptrappingsplanen for psykisk helse knyttes tett til kommunale tjenester slik det foreløpig er skissert. Vi ser også fram til evalueringen av innføringen av samtykkekompetansebegrepet i lovgivningen foreligger.

**Brukermedvirkning.** Brukerne skal oppleve seg forstått, noe som krever at et terapeutisk perspektiv må inneholde en forståelse av den virkeligheten brukeren er del av. Eksempelvis bør vi sikre at forståelsen for digitale arenaer som sosiale medier og gaming finnes som en del av den terapeutiske kompetansen.

**Helsekompetanse** er et samspill mellom behandler og bruker. Det må legges en bredere forståelse til grunn som også rommer kultursensitivitet, eks knyttet til urbefolkning og innvandrere.

**Digitale løsninger**. Teknologien kommer for ofte i veien for mennesker som har uorganiserte liv, strukturelle eller språklige utfordringer for å nevne noe. Eksempelvis er det mange som går glipp av sentrale tjenester fordi de mangler BANK-ID. Systemer som er grunnleggende for å kunne nyttiggjøre seg velferdsgoder må forenkles og tilgjengeliggjøres bedre, eller så må alternativer på plass.

**Sektorer.** Det er systemet som er fragmentert, ikke menneskenes liv. Når vi nå har en nullvisjon for selvmord må denne bakes inn i sektorovergripende tiltak, og ikke behandles som et helseanliggende. Halvparten av selvmordene i Norge gjennomføres på første forsøk, og det er ikke gitt at personen i selvmordsfare er tilknyttet helsevesenet før det. Systemet for ettervern må forbedres.

**Diagnoser.** Ved uavklarte tilstander utløses ikke nødvendige ressurser til livsmestring i for eksempel skolen. Det er funksjonsnivået som bør legges til grunn når bistand og helsehjelp bestemmes, ikke diagnoser.

**Utenforskap.** Vi må få inn pårørendeperspektivet i sosial ulikhet og utenforskap. For å sikre mulighet for sosial mobilitet ved blant annet støtte i utdanningsløpet og bistand til fritidsaktiviteter må generasjonsoverføringsperspektivet belyses bedre, og vi må se på bindingene beskrevet i første punkt.

**Ressurser og kapasitet.** Når ressurser er kronisk mangelvare vil forventningene over tid dale. Det trengs flere folk. Vi mangler implementering av samhandlingsverktøy.

**Beredskap og fremtidens utfordringer.** Ulike risikofaktorer er på bakgrunn av langvarig nedstengning og krigen relativt permanente. Sannsynligheten for utvikling av lidelser senere øker betraktelig. Manglende beredskapsplan for psykisk helsevern for kriser over tid gir vedvarende permanente risikofaktorer over tid. Vi må beskrive utfordringsbildet bedre.

**Status vold.** I en undersøkelse ser vi at antallet barn som utsettes for voldslovbrudd har økt med 75% de siste ti årene. Seksuelle overgrep mot barn og unge har økt under nedstengningen av landet. Studier fra NKVTS kan tyde på en økning i seksuelle overgrep mot ungdommer fra 2,9 % i 2019 til 4,5 % i 2021.

**Ventetidene** er altfor lange. Vi må få på plass en ventelistegaranti som gir forutsigbarhet og sikrer bedre hjelp uten unødvendig funksjonstap.

**Dimensjonering uteblir.** Situasjonen for sikkerhetspasienter i klinikken er svært alvorlig. Ikke minst for de andre pasientene og ansatte som blir eksponert for potensielt farlige mennesker uten nødvendig kompetanse, bemanning og fysisk plass. Vi trenger flere sikkerhetsplasser og flere fagfolk.

**Barnevernet.** Opptrappingsplanen bør vise en tydeligere ambisjon for hvordan barnevernsbarns psykiske helse kan ivaretas mens de er under barnevernets omsorg i tråd med planlagt kvalitetsreform. Barnevernsutvalgets mandat er se hvordan rettssikkerheten til barn som akuttplasseres og barn i institusjon kan styrkes ut fra barnets behov for bla behandling. Videre skal de foreslå tiltak for å stimulere til kommunesamarbeid og igangsatte tiltak for å styrke samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenestene. Svært mange barn som mottar hjelp fra barnevernet sliter psykisk, og tilbudene og hjelpen uteblir. Med flere sårbarhetsfaktorer i samspill står mange barn i akutt risiko for negative livshendelser og psykisk uhelse. For å gi barna en reell sjanse til å leve gode liv må vi gi dem utviklingsstøtte både i form av lavterskeltilbud og enkelt tilgjengelig spesialisert psykisk helsehjelp.

**Kommunal innsats.** Kommunene må på overordnet plan finansielt settes i stand til å utvikle psykisk helsetilbud i primærhelsetjenesten. Økte bevilgninger til psykisk helsevern hjelper bare så lenge det finnes tilgjengelig kvalifisert og kompetent helsepersonell. Det er viktig at kapasiteten til utdanning og spesialisering øker i takt med aktiviteten og ny kunnskap, og det må gjenspeiles i finansieringen.

**Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse** har potensial til å bli viktigere enn noen gang hvis virkemidlene tas i bruk og finansieres, og hvis man utvider virkemiddelapparatet. Vi ser et sterkt behov for målrettede finansielle tiltak, både på et forebyggingsplan og med tanke på behandlingen av barn og unges psykiske lidelser. Det er stor geografisk variasjon og manglende behandlingstilbud i kommunene. Én av ti kommuner tilbyr ikke noen behandling av barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over den behandlingen fastlegene tilbyr (Riksrevisjonen 2021). Det er flere barn og unge til behandling i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) enn noen gang, og tendensen er klar: barna er sykere og yngre enn før, symptombildene er komplekse og kapasitetsutfordringene er merkbare med blant annet lange ventetider og høy avvisningsprosent. Hvis vi ikke ruster opp nå risikerer vi at barn ikke får hjelp før funksjonsnivået er nådd bunnen. Da vil tilfriskningen ta mye lengre tid, belastningen på familien og nettverket være større og behandlingsbehovet vare ved i lengre tid. Generelt vet vi at jo tidligere hjelpen kommer, jo større sjanse har man til å bli frisk fort. Det er et stort inngrep i en barndom å tilbringe tid på sykehus.

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 kan bli 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.

Rådet for psykisk helse

Tove Gundersen

Tove Gundersen
generalsekretær