

Mental Helse

Samfunnspolitisk program 2022–2024



Innhold

10 kjernesaker for 2022–2024	5
Barn og ungdom	6
Kvalitet og samhandling i helsetjenestene	8
Brukermedvirkning og forskning	10
Selvmondsforebygging	12
Kropp, psyke og et helhetlig helsetilbud	14
Medisinfritt behandlingstilbud	16
Tvang og rettigheter	18
Eldre og psykisk helse	20
Forebygging, lavterskel og frivillighet	22
Arbeid, økonomi og bolig	24
Familie og pårørende	26
Minoriteter, urbefolkning og LHBTQ+ (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, queer)	28
Rus og psykisk helse	30



Vårt formål:

Mental Helse er en medlemsorganisasjon for alle mennesker med psykiske helseproblemer, pårørende og andre interesserte.

Mental Helse arbeider for at alle kan leve et meningsfylt liv og oppleve egenverd og mestring.

Våre verdier:

LIKEVERD

fordi alle mennesker har like stor verdi og skal ha like muligheter og rettigheter.

ÅPENHET

fordi åpenhet sammen med kunnskap bidrar til å få bort myter og hindre stigmatisering.

RESPEKT

fordi vi ønsker et samfunn som anerkjenner det enkelte menneskes ressurser og muligheter.

INKLUDERING

fordi alle mennesker skal oppleve at de er betydningsfulle for fellesskapet.

Psykisk helse er noe alle har, gjennom hele livet. Mental Helse vet at god psykisk helse er avgjørende for den totale helsetilstanden vår. Fysisk og psykisk helse er tett forbundet, og påvirker hverandre gjensidig. Vi må derfor se hele mennesket.

Statistisk sett vil halvparten av oss oppleve psykiske helseutfordringer eller lidelser i løpet av livet. Ettersom psykiske helseutfordringer kan redusere levetid med 20 år og by på store utfordringer for den enkelte, må vi gjøre mer for at flere skal kunne leve gode liv. Mental Helse mener at det er en grunnleggende rettighet å få god hjelp med psykiske helseproblemer gjennom hele livet.

I følge FHI koster psykisk uhelse samfunnet over 300 milliarder i året. Det er mer enn all kreftsykdom til sammen. Samtidig vet vi at det er svært mye som kan gjøres for å forebygge mot psykisk uhelse. Derfor er det viktig at samfunnet legger til rette for at alle kan leve fullverdige liv, med mestring, glede og mening.

Mental Helse har vært en pådriver for å styrke rettighetene og behandlingene for personer med psykiske helseutfordringer i 45 år. Våre svartjenester tar imot 350.000 henvendelser hvert år fra hele landet. Gjennom våre prosjekter har Mental Helse møtt over 200 000 barn og unge for å styrke kunnskapen om deres egen og andres psykiske helse. I tillegg har vi lokallag i alle fylker som sikrer gode møteplasser.

Mental Helse mener at psykisk helse må sees i alle situasjoner og omfang av livet. Det er vårt samfunnsoppdrag å sørge for at alle kan leve gode liv. Vårt samfunnspolitiske program har en ambisjon om å bidra til det.

10 kjernesaker for 2022–2024

Mental Helse vil at:

1. Helse- og skolemyndigheter samarbeider om at all skoleungdom skal gjennomføre psykisk helsefremmende undervisningsprogram og kurs som YAM og Venn1 gjennom Mental Helse.
2. Alle skoler skal ha tilgjengelig helsepersonell med kompetanse på psykisk helse og gjerne tilknytning til BUP.
3. Det gjennomføres en kvalitetsreform med behandlingsgaranti for psykiske helsetjenester.
4. Døgnkapasiteten økes med 1000 døgnplasser i løpet av de neste 10 årene, hvor brukerstyrte senger utgjør en betydelig andel av dette.
5. Det skal være en bedre balanse mellom bruker- og tjenestenivå i arbeidsgrupper, og det må bli et krav om at brukerorganisasjoner alltid inviteres.
6. Regjeringen nedsetter et ekspertutvalg som gransker de psykiske helsetjenestene og selvmordsproblematikk.
7. Utgifter for tann- og munnhelse skal dekkes av folketrygden.
8. Det skal være et landsdekkende ambulansetilbud som har kompetanse på psykisk helse, og som har uttrykingspersonell som ikke er uniformert.
9. Det bevilges øremerkede midler til psykisk helsearbeid og til å styrke livskvaliteten til ulike minoriteter.
10. Det etableres tverrfaglig samhandling innen rus, psykiatri, somatikk og kommunale hjelpetjenester for brukere med sammensatte utfordringer.

Barn og ungdom

Å gi barn og ungdom en trygg oppvekst er en av samfunnets viktigste oppgaver. Det handler om vår plikt til å beskytte barn. God hjelp til utsatte barn og unge har også store samfunnsøkonomiske gevinster.

Forskere mener at det er en klar sammenheng mellom ensomhet og psykisk uhelse og viser til at ungdom står overfor mange nye utfordringer i dag.

Bare de siste årene har ventetiden for behandling i Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) doblet seg og er nå omtrent 50–70 dager. Det er langt over helsemyndighetenes mål på 35 dager, noe Mental Helse mener er uakseptabelt. Går det for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden forverres og utsiktene til å bli frisk forringes. Barn og unge skal aldri behøve å stå i kø for behandling.

Forebygging av psykiske helseutfordringer må derfor starte tidlig. Det er viktig at barn og unge får tilstrekkelig kunnskap om psykisk helse og lærer om utfordringer de kan støte på gjennom livet. Det vil gjøre dem bedre egnet til å kunne håndtere utfordringer også senere i livet. Barn og unge trenger redskap og verktøy til å håndtere stress, kriser og vanskelige livsutfordringer.

Mental Helse kan bidra til å utvikle kjerneelementet folkehelse og livsmestring gjennom programmene YAM og Venn1. I tillegg etablerer vi førkommunale lavterskeltjenester som Headspace i flere kommuner.

Mental Helse krever en særlig opprusting av psykiske helse- og forebyggende tilbud for barn og unge.

Mental Helse vil at:

- det blir et mål om maksimalt 14 dagers ventetid på behandling i BUP og i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år.
- helse- og skolemyndigheter samarbeider om at all skoleungdom skal gjennomføre psykisk helsefremmende undervisningsprogram som YAM og Venn1 igjennom Mental Helse.
- alle skoler skal ha tilgjengelig helsepersonell med kompetanse innen psykisk helsearbeid, og samhandling med BUP må styrkes
- alle elever i grunnskole og videregående skole skal ha tilbud om minst fire samtaler med kvalifisert helsepersonell i løpet av hvert skoleår.
- alle kommuner ved hjelp av interkommunalt samarbeid – eller på eget initiativ – skal etablere tilbudene FACT-ung og Rask Psykisk Helsehjelp, også for unge.
- Mental Helses Studenttelefon må styrkes med 5 millioner kroner årlig.
- alle kommuner etablerer forebyggende kontaktsøkende tjenester, eksempelvis Utekontakten / Ungdomskontakten, som er til stede hvor barn og unge møtes, som på skolen, fritidsaktiviteter, idretten og arrangementer.

Kvalitet og samhandling i helsetjenestene

Mennesker med psykiske helseutfordringer har ofte behov for langvarige tjenester fra flere instanser og på flere nivåer. Det er en utfordring at tjenestene ikke er organisert slik at det lønner seg å samhandle til det beste for brukeren. Dette gjelder både nivådeling i helsevesenet, samt manglende samordning mellom helse-, sosial- og velferdstjenester. Behandlingen skal se hele mennesket, være fleksible og ivareta den enkeltes individuelle behov.

Organiseringen av helse- og velferdssystemet har store mangler, som fører til at mange ikke blir ivaretatt. Tjenestene må bli bedre koordinert slik at samarbeidet fungerer til beste for den enkelte brukeren.

Økonomi, rapportering på vedtatte kvalitetsindikatorer og et nivå- og sektordelt helse- og velferdssystem bidrar til at tjenestene styres inn mot det som gir best økonomisk uttelling, og at det prioriteres ut ifra de parameterne pasientene blir målt på.

Kvaliteten på psykiske helsetjenester kan ofte være vanskelig å definere og måle. Den er vanskelig å definere fordi de som har behov for tjenestene ofte har forskjellige behov, og har ulik oppfatning av hva som er god hjelp. Det er vanskelig å måle fordi det vanligvis gjennomføres kvantitative målinger, og ikke kvalitative, som kan si oss mer om opplevd kvalitet.

Riksrevisjonen har vært tydelig på at forskjellene mellom psykiske helsetjenester er for store i landet og at adressen avgjør hvilken helsehjelp du kan få. Mental Helse forlanger god kvalitet i tjenester og forutsigbar behandling uansett hvor man bor.

Mental Helse vil at:

- det gjennomføres en kvalitetsreform i psykiske helsetjenester hvor kvalitet og kapasitet heves.
- opplevd kvalitet skal være en del av kvalitetsmåling i tjenestene.
- alle kommuner skal ha koordinatorene for brukere og pasienter innen psykisk helse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene styrkes innenfor psykisk helse, og at avtalene må følges opp.
- det må sikres en god oppfølging etter endt behandling for å forebygge tilbakefall og selvmord.
- det skal være en minstandard for psykiske helsetjenester i kommuner, hvor Rask Psykisk Helsehjelp og lavterskeltjenester på psykisk helseforebygging er et minimum.
- det må legges til rette for interkommunale samarbeid for å oppnå minstandard for psykiske helsetjenester i alle kommuner.
- det legges frem en ambisiøs opptrapping av de offentlige psykiske helsetilbudene.
- døgnkapasiteten må økes med 1000 døgnplasser de neste 10 årene hvor brukerstyrte senger utgjør en betydelig andel av dette.
- nedgangen i antall liggedøgn må reverseres slik at det ikke går på bekostning av diagnostisering og behandling.
- den polikliniske kapasiteten må styrkes slik at behandlere kan gi bedre og tettere oppfølging.
- maksimal ventetid må reduseres fra 35 til 25 dager.
- det skal innføres et landsdekkende ambulansetilbud som har kompetanse på psykisk helse, og som har utrykkingspersonell som ikke er uniformert.
- det innføres tiltak og øremerkede midler over tid for å styrke utdanning og rekruttering av psykologer, sykepleiere og leger, samt ansatte i kommunal sektor som jobber med psykisk helse.

Brukermedvirkning og forskning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. I en rekke veiledere er det gitt eksempler på hvordan brukermedvirkning kan bli ivaretatt, både for å påvirke egen behandling gjennom individuell brukermedvirkning, og for å benytte tjenestemottakernes erfaringer til å utforme kvalitetsmessig bedre systemer og tjenestetilbud.

For at brukermedvirkning skal gi reell innflytelse, forutsetter det at tjenestens utøver har kunnskap om og har forstått og erkjent at brukererfaringer vil bidra til bedre tjenester. Det krever at kunnskap om brukermedvirkning både blir bygd opp som et vedvarende opplæringstilbud i tjenestene, og at Mental Helse får mulighet til å gjennomføre god og systematisk opplæring av brukermedvirkere.

Reell innflytelse på systemnivå er vanskelig å oppnå ettersom brukersiden praktisk talt uten unntak deltar i mindretall, ofte kommer sent inn i arbeidsprosesser og som oftest bare deltar i arbeidet med rådgivende, ikke besluttende, fullmakter. Mental Helse mener dette er problematisk og at rollen som brukermedvirker styrkes. Dette gjelder særlig innen forskning og brukerundersøkelser hvor brukermedvirkerne ikke har reell innflytelse.



Foto: Emilie Gjengedal Vatnøy

Mental Helse vil at:

- Mental Helse skal være den foretrukne organisasjonen på brukermedvirkning innen psykisk helse og skal ha eierskap til å oppnevne egne brukerrepresentanter.
- det skal være en bedre balanse mellom bruker- og tjenestenivå i arbeidsgrupper, og det må bli et krav om at brukerorganisasjoner alltid inviteres.
- brukermedvirkning skal være en naturlig del i forskningsgrupper og prosjekter hvor involveringen kommer tidlig i prosessen.
- erfaringskonsulenter ikke skal erstatte brukermedvirkere fra organisasjonene i bruker- og forskningsutvalg.

Selvmondsforebygging

Selvmond er et nasjonalt problem som rammer alle kjønn og folkegrupper – uavhengig av inntekt, bakgrunn og alder. Årsakene til selvmord og selvmordsforsøk er sammensatte, og effektive forebyggingstiltak må settes inn, både i og utenfor helsevesenet.

Samfunnet må gjøre alt i sin makt for å forhindre at ett eneste liv går tapt i selvmord, og det må jobbes med konkrete tiltak for å støtte oppunder regjeringens nullvisjon for selvmord.

Ulike undersøkelser viser at mellom 50–90 prosent av dem som dør ved selvmord har vært i kontakt med helsevesenet i tiden før de tok livet sitt. Potensialet for forebygging i helsevesenets regi er dermed stort. Hjelpetelefoner og lavterskeltilbud må styrkes ytterligere, og hele befolkningen må regnes som målgruppe.

Oftest er det psykiske helseutfordringer som ligger bak et selvmord. Mental Helse mener at ved å styrke psykiske helsetjenester vil man redusere antall selvmord. Det er viktig å sette kommunene og spesialisthelsetjenestene i stand til å jobbe med en nullvisjon. Det kreves handling og ressurser for å kunne iverksette forebyggende tiltak over hele landet.

Gjennom våre møter med 200.000 ungdommer i satsingen psykisk helse i skolen, er svaret entydig: Unge trenger redskap og verktøy for å kunne håndtere stress, kriser og vanskelige livsutfordringer. Vi må derfor gi de unge bedre kunnskap om psykisk helse.

Lang ventetid og overdreven bruk av avslag i spesialisthelsetjenesten er ikke akseptabelt. Mental Helse krever en nødvendig styrking av BUP og DPS slik at ikke flere dør i påvente av, eller av mangelfull behandling.

Mental Helse vil at:

- handlingsplanen for selvmordsforebygging får bevilget 100 millioner årlig over statsbudsjettet og at tiltak som faktisk virker bør prioriteres.
- det avsettes øremerkede ressurser til forskning på årsak til selvmord blant menn og at kunnskapsbaserte forebyggende tiltak iverksettes for denne gruppen. Mental Helse skal oppnevne et utvalg som skal ha til oppgave å finne, løfte opp og utrede faktabasert kunnskap om menn og psykisk helse.
- regjeringen nedsetter et ekspertutvalg som gransker de psykiske helsetjenestene og selvmordsproblematikk, hvor også Mental Helse er representert.
- det utarbeides en ny nasjonal veileder som sikrer at de som ønsker og har behov for det, får et godt ettervern og tilbud om behandling i kommunal regi etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet går sammen med Kunnskapsdepartementet og finner en løsning for å fullfinansiere YAM slik at ungdoms- og videregående skoler kan gjennomføre selvmordsforebyggende kurs.
- Rask Psykisk Helsehjelp blir et landsdekkende tilbud som finnes i alle kommuner.
- Headspace, et førkommunalt lavterskeltilbud av Mental Helse, blir et landsdekkende tilbud.
- Mental Helse Hjelpetelefonen 116 123 styrkes med ytterligere 10 millioner årlig.
- kommunene må få tilført midler for å ha beredskapsteam 24 timer i døgnet.

Kropp, psyke og et helhetlig helsetilbud

Helsetjenestene er i hovedsak inndelt med et klart skille mellom somatiske og psykiske helsetjenester. Mental Helse mener dette er en utfordring siden mange helseproblemer kan ha gjensidig påvirkning på hverandre. Dette kan både være i forholdet mellom rus og psykiske helse, men gjelder særlig fysiske og psykiske helseproblemer.

Det kan være mange årsaker til ulike helseproblemer. Eksempelvis kan traumer bidra til økt fysisk og psykisk belastning. Hvis dette ikke blir kartlagt grundig, bekjemper man bare symptomene, ikke selve årsaken til helseproblemene. Tverrfaglig tilnærming er derfor svært viktig, og helsetjenestene må være bedre rustet til å se hele mennesket og få mer kunnskap om bakenforliggende årsaker til fysiske og psykiske helseproblemer.

Dårlig tannhelse over tid kan føre til utvikling av psykiske helseproblemer, i tillegg til somatiske og sosiale utfordringer. Å gå til tannlegen er kostbart, og derfor kan mange velge bort jevnlig sjekk av tannhelsen hvis økonomien ikke strekker til. Bruk av ulike typer psykofarmaka kan føre til munntørrehet, som igjen kan føre til skade på tennene. Derfor vil Mental Helse at regjeringen innlemmer munnhelse som en del av folketrygden.

Det er forsket lite på psykiske helseproblemer sammenlignet med forskning på somatiske sykdommer. Mental Helse mener det er behov for at det forskes mer på enkelte områder som kan ha svært god effekt på psykiske helseproblemer og selvmordsforebygging. Alternative helsetjenester kan ha positiv innvirkning på psykisk helse. Innføring av moms på disse tjenestene må reverseres.



Foto: Colourbox

Mental Helse vil at:

- det innføres en større grad av tverrfaglig tilnærming til psykiske og fysiske helseproblemer.
- hele mennesket sees og at utredning av helseutfordringer gjøres bredere.
- helsepersonell får mer kunnskap om traumer så det enklere kan oppdages i utredning og behandling.
- tann- og munnhelse blir en del av folketrygden.
- det innvilges mer til forskningsprosjekter innen psykisk og tverrfaglig helse.
- innføringen av moms på alternative helsetjenester reverseres.

Medisinfritt behandlingstilbud

Medisinering har vært og er fortsatt en stor del av behandlingstilbudet for personer med psykiske helseproblemer. Så mange som 400.000 mennesker i Norge tar psykofarmaka i behandling av psykiske helseproblemer, og bruken øker hvert år. Antidepressiva er den typen medisiner som tallmessig har økt og fortsatt øker mest, fra totalt rundt 290.000 brukere på medisinering utenfor institusjon i 2004, til rundt 350.000 brukere på medisinering utenfor institusjon i 2017.

Mange av disse brukerne mottar kun hjelp i form av medisiner utskrevet på resept av lege, men får ikke videre oppfølging eller behandling. Det kan være grunnet kapasitetsproblemer i behandlingen eller fordi helseproblemene ikke er «store nok». I tillegg stilles det spørsmål blant fagmiljøene om den faktiske virkningen av ulike psykofarmaka. Samtidig er bivirkningene blant disse medisinene ofte svært belastende.

Utgangspunktet i en grunnbehandling skal være et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider, tilbud om aktiviteter, og mennesker å snakke med som bidrar til at den enkelte føler seg verdsatt og nyttig i hverdagen. En behandling skal derfor ikke ta utgangspunkt i medisinering, men i trygge rammer. Mental Helse mener at alle har krav på et medisinfritt behandlingstilbud og at dette både skal gjelde i og utenfor institusjoner. Oppfølging av personer som gjennomfører medisinfri behandling må styrkes, og må fortsette etter endt behandling.

Medisinfritt behandlingstilbud må gjøres kjent blant fagpersoner med behandleransvar og andre helsearbeidere. Det må også legges til rette for at flere medisinfrie behandlingstilbud etableres i tillegg til medisinbaserte behandlingsavdelinger, og at det ligger til grunn et helhetlig medisinfritt tjenestetilbud som er forskningsbasert.

Nedtrapping må bli en større del av behandlingen og spesialister må sikres nok ressurser til å gjennomføre en trygg og ansvarlig nedtrapping etter endt medisinerert behandling.

Mental Helse vil at:

- regjeringen nedsetter et utvalg som skal gjennomgå den stadig voksende utbredelsen av psykofarmaka og vurdere dens forsvarlighet.
- alle med psykiske helseproblemer skal ha krav på et medisinfritt behandlingstilbud.
- behandlende lege skal gjøre seg kjent med, og informere pasienten om kommunale tilbud, parallelt med utskrivelse av nye resepter på psykofarmaka.
- mennesker med alvorlig psykisk sykdom skal få god orientering om og frihet til å velge medisinfrie behandlingstilbud av helseforetakene.
- alle pasienter skal opplyses om medisinfritt behandlingstilbud.
- det må avsettes midler til flere ressurser til styrkning av tjenestetilbudet, slik at de som ønsker det kan få et medisinfritt behandlingstilbud.
- behandlere og behandlingssteder får mer kunnskap om medisinfrie alternativer.
- forskningsmidler til medisinfrie behandlingsmetoder må prioriteres.
- medisinfrie behandlingsplasser ikke går på bekostning av eksisterende plasser.
- helsepersonell og pasienter får mer kunnskap om forsvarlig nedtrapping av medisiner.

Tvang og rettigheter

Norge er et av de land i verden som bruker mest tvang i psykiatrien målt mot befolkningsmengde og den er stadig økende. I 2020 var det på nasjonalt nivå 12,7 prosent flere tvangsinnleggelses enn i 2017. Samtidig pågår det en debatt om hvordan personer med alvorlige psykiske helseutfordringer ivaretas i Norge.

Flere psykiatere, fagpersoner og politikere har tatt til orde for at helsevesenet skal kunne bruke mer tvang. Flere forenkler saken og hevder at lov om samtykkekompetanse har gjort det vanskeligere å bruke tvang. Mental Helse mener at utfordringene ligger i kompetanse, ressurser, samhandling og informasjonssdeling mellom ulike offentlige etater. Ikke mer utbredt bruk av tvang, slik flere foreslår.

I 2019 kom forslaget om en felles tvangsbegrensningslov som samler «Lov om spesialhelsetjenesten» og «Lov om pasientrettigheter», samt all tvangslovgivning innenfor helse- og sosialtjenesten, i en felles lov. Dette forslaget oppfyller mange av kravene som Mental Helse har fremmet, men arbeidet med tvangsbegrensningsloven ser ut til å ha stanset. Mental Helse krever at innføringen av tvangsbegrensningsloven fortsetter, og at helsetjenesten samtidig settes i stand til å forebygge tvangsbruk.

Det er en gruppe pasienter som er spesielt utsatt for å få mange gjentakende tvangsvedtak mot seg. Denne gruppen kaller helsevesenet «svingdørspasienter» i psykiatrien, pasienter med veldig svingende symptombilde og til tider krevende funksjonsnivå. De får gjerne mange vedtak i løpet av ett år, ved hver innleggelse i akuttavdeling og ved overgang til poliklinisk behandling. Dette er de som er kategorisert som mest alvorlig syke. De fleste har perioder der de er bedre, og er til dels fungerende, og tvangsvedtak opphører. Tvangstiltak oppleves veldig subjektivt. Der én opplever beltefiksering som et forferdelig overgrep, kan en annen oppleve det som omsorgsfullt. Det er viktig at pasientene i friskere perioder, hvor tvangsvedtaket er opphørt, sammen med behandlende lege / psykiater kan komme med innspill på hvordan de opplever de forskjellige tvangstiltakene. Og ikke minst være med på å påvirke hvilke tvangstiltak som skal brukes neste gang de eventuelt havner under tvangsvedtak.

Mental Helse mener at det er stigmatiserende og i strid med *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) å ha en psykisk helsevernlov med et eget lovverk knyttet til bestemte diagnoser, og med ulike bestemmelser for bruk av tvang avhengig av diagnose.

Mental Helse vil at:

- tvangsbegrensningsloven, med anbefalingene fra tvangsbegrensningsutvalget, innføres.
- innføring av tvangsbegrensningsloven følges opp med ressurser, slik at helsetjenestene kan omstilles til å følge det nye lovverket og forebygge situasjoner som krever tvangsbruk.
- alle behandlingsinstitusjoner som kan gjennomføre tvang, gjennomgår ny opplæring og kompetanseheving ved innføringen av ny tvangsbegrensningslov.
- brukere som skal eller kan utsettes for tvang skal ha fått god oversikt over sine rettigheter og klagemuligheter, samt behandles med respekt og omsorg.
- pasienter i friskere perioder, hvor tvangsvedtaket er opphørt, skal være med på å evaluere de ulike tvangsvedtakene, samt få mulighet til å påvirke hvilke tvangstiltak som eventuelt skal brukes i fremtiden.
- når tvang er nødvendig, må det gjennomføres på en så human og lite inngripende måte som mulig.
- ambulansetjenesten har personell som har kompetanse på psykisk helse, ressurser til å håndtere vanskelige saker, og som jobber forebyggende mot tvangsbruk i akuttpsykiatrien.
- Helse direktoratet skal kvalitetssikre gjeldende kompetanse hos medlemmer av kontrollkommisjonene.

Eldre og psykisk helse

Psykisk uhelse blant eldre er et økende folkehelseproblem, ikke bare fordi det blir flere og flere eldre, men også fordi de er mer ensomme enn resten av befolkningen. Mens 16 prosent av alle nordmenn plages av en følelse av ensomhet, er tallet så høyt som 30 prosent blant eldre over 75 år. Bruken av antidepressiva er om lag dobbelt så høy blant 75-åringene som hos 35-åringene.

Omtrent 100 eldre mennesker tar sitt eget liv hvert år i Norge, noe som utgjør den største andelen i aldersgruppene. Undersøkelser viser høy forekomst av psykiatrisk lidelse (62 prosent), spesielt depresjon (41 prosent), hos eldre som har begått selvmord.

De kommunale tilbudene er ofte svært mangelfulle, og kan blant annet innebære en uheldig blanding av personer med demens og pasienter med psykiske helseutfordringer. Eldre må sikres et forsvarlig helsetilbud av god kvalitet, og tilbudene må være basert på de eldres egne behov, som ofte kan være sammensatte.

Mental Helse tror at med en aldrende befolkning, særlig innenfor det høyere aldersspennet, vil samfunnet oppleve at flere eldre får det verre i tiden fremover. Derfor mener Mental Helse at vi må satse på de eldre nå, i form av forebygging og behandling av helseproblemer.

Det er også viktig med ivaretagelse av pårørende til eldre med helseutfordringer.

Mental Helse vil:

- øke kunnskapen og oppmerksomheten om psykisk sykdom hos eldre, særlig depresjon.
- at helsepersonell skal ha skjerpet oppmerksomhet om selvmordssignaler hos eldre mennesker med depresjon. I tillegg må man ha en tettere tverrfaglig tilnærming slik at eldre får et bredere helsetilbud for sine sammensatte behov.
- at medisinerings av eldre gjøres med forsiktighet for å unngå overmedisinering.
- at aktivitet, opplevelser, sosialt fellesskap og en meningsfylt hverdag vektlegges. Eldre må oppleve livskvalitet gjennom positive sosiale møteplasser og kulturelle tilbud.
- at hjemmetjenesten og sykehjem i kommunene må styrkes med flere ansatte, slik at det frigjøres mer tid til pleie og omsorg.
- at ansattes kompetanse på eldre og psykisk helse må styrkes.
- at det etableres forpliktende samarbeid mellom kommuner og frivillige aktører, slik som Senior Arena.
- Mental Helse vil at kommunene skal styrke støttekontaktilbudet, særlig med tanke på direkte arbeid mot ensomhet hos eldre.

Forebygging, lavterskel og frivillighet

På 8 år har samfunnskostnaden for psykiske helseproblemer gått fra 60–70 milliarder til 300 milliarder hvert år ifølge tall fra Folkehelseinstituttet (FHI). Psykiske helseproblemer utgjør dermed en av de største kostnadene for samfunnet. Allikevel gjøres det for lite for å forebygge mot psykiske helseproblemer. Mental Helse mener at å forebygge bedre vil spare samfunnet for enorme kostnader, både økonomiske og personlige.

Mental Helse mener at den beste forebyggingen er den som skjer tidlig. Barn og unge må få mer kunnskap og kompetanse om egen og andres psykiske helse. Studier bekrefter dette, og man ser en svært stor effekt i forebygging av kostnader og lidelser på kort tid. Kognitive undervisningsprogram i psykisk helse for skoleungdom gir 50 prosent lavere risiko for selvmord og 30 prosent lavere sannsynlighet for å utvikle angst eller depresjon. Kostnadene for undervisningen er innspart etter bare 2–3 år.

Hovedmålet er å få etablert et nasjonalt, enhetlig lavterskeltilbud som imøtekommer behovet for tidlig intervensjon i tråd med politikernes ønske om et tilbud som avlaster kommunene og som er det samme over hele landet. Dette vil være et førkommunalt lavterskeltilbud inspirert av den danske modellen Headspace.

Headspace oppfyller to viktige funksjoner:

- Unge som ikke er syke nok til å kunne behandles i helsevesenet må få hjelp her og nå. Et slikt tiltak vil kunne fange opp de unge lenge før kommunen gjør det. Denne gruppen går ofte under radaren.
- Unge som er syke vil ha større mulighet for å bli oppdaget tidlig, og bli veiledet videre til behandling

Forebygging har god effekt igjennom hele livsløpet. Tilgang på lavterskeltjenester og forebygging av helseproblemer i deler av livet bidrar til at flere ikke utvikler kortvarige eller vedvarende psykiske helseproblemer. Eksempelvis er det viktig at unge voksne får god hjelp i omstilling til arbeidsliv, foreldrerolle og med økonomien. Samtidig er det mange eldre som har god nytte av et forberedende kurs og støtte i forbindelse med pensjonstilværelsen.

Samtidig er det mange uføre eller pensjonerte som ønsker å være aktive, som frivillige eller medlem av organisasjoner. Mental Helse mener det er uheldig at frivilligheten straffes med lavt fribeløp på 0,4G og ber regjeringen øke fribeløpet til 1G.

Mental Helse har i 45 år vært en viktig bidragsyter til bedre psykisk helse blant befolkningen, både igjennom økt kunnskap, men særlig i våre programmer og prosjekter. Disse har dokumenterbar effekt og i samarbeid med frivillige vil man forebygge mot helseproblemer og økt pågang på helsetjenestene. Det er enklere å forebygge mot psykiske helseproblemer, enn å behandle dem.

Mental Helse vil at:

- YAM og Venn1 tilbys alle skoleelever over hele landet.
- Headspace og førkommunale helsetilbud finnes i alle kommuner.
- frivilligkoordinerte sentere for personer over 55, som SeniorArena, finnes over hele landet.
- Rask Psykisk Helsehjelp skal være et tilbud i alle kommuner.
- Mental Helse Foreldresupport styrkes med 3 millioner kroner årlig så flere kan benytte seg av tjenesten.
- dyreassistert terapi blir en del av behandlingstilbudet innenfor helse- og omsorgstjenestene.
- Mental Helses hjelpetelefon styrkes med 10 millioner årlig så vi kan forbli døgnåpne og svare alle som trenger noen å snakke med.
- Mental Helses Studenttelefon styrkes med 5 millioner årlig.
- frivillige som er uføre eller mottar trygdeytelser ikke skal straffes for å engasjere seg. Fribeløpet må økes fra 0,4G til 1G.
- man ser helhetlig på forebygging av psykiske helseproblemer i barnehage, skole, arbeidsplass, omsorgsboliger og eldrecentre og i fritidsaktiviteter.
- man får lettere tilgang på kurs innen mestring av psykiske helseproblemer, foreldrerollen og andre faser av livet som kan være krevende.

Arbeid, økonomi og bolig

De største helseutfordringene blant norske yrkesaktive, både når det gjelder omfang og kostnader i form av redusert helse, sykefravær og uførhet, er lettere psykiske sykdommer som angst og depresjon. Disse psykiske helseproblemene reduserer livet i gjennomsnitt med 10–20 år og er en enorm kostnadsbelastning for arbeidsgiver og for samfunnet. De har også en betydelig innvirkning på livskvaliteten til den enkelte.

Personer med psykiske helseproblemer utgjør 45 prosent av dem på arbeidsavklaringspenger (AAP) blant den generelle befolkningen. Mental Helse mener det er urovekkende at 70 prosent av unge under 30 år er på AAP som følge av psykiske helseproblemer, og andelen er fortsatt økende.

Mental Helse etterlyser derfor konkrete tiltak for å forebygge mot psykiske helseproblemer på arbeidsplasser og i arbeidslivet. Samtidig må det gjøres mer for de som er uføre som følge av psykisk uhelse og det må legges til rette for at man enklere skal kunne vende tilbake i meningsfylt arbeid ved endret sykdomsbilde.

Økonomi har en stor innvirkning på vår psykiske helse, og vedvarende trang økonomi kan gjøre en syk. Det samme kan mangel på bolig og gode sosialtjenester. Mental Helse understreker viktigheten av at alle har tilgang på en inntekt de kan leve av og at livskostnader holdes på et forsvarlig nivå. Siden 2021 har livskostnader innen bolig, mat, elektrisitet og transport blitt skyhøye for de aller fleste. Mange vil få økonomiske og helsemessige problemer dersom ikke disse reduseres til et normalt nivå.

Tilgang på bolig er avgjørende, uansett hvilken situasjon man er i. Derfor er det viktig at det gjøres mer for at folk flest kan skaffe seg egen bolig og at det gjøres mer for de som trenger bistand til bolig. En stabil inntekt, forutsigbar økonomi og trygg bolig er en forutsetning for god psykisk helse.

Mental Helse vil at:

- bevilgningene til Arbeidslivstefonen øker til 3 millioner kroner årlig.
- uføre får mulighet til å komme tilbake i arbeid på eget initiativ og kapasitet.
- det satses på ordninger hvor personer som i dag er uføre grunnet psykiske helseproblemer får tilgang til en jobb på deres egne premisser. Mål og virkemiddel om økt sysselsetning av personer med nedsatt funksjonsevne må tilbake i IA-avtalen, og denne må forlenges.
- særlig unge uføre får tilbud om tilpasset arbeid og/eller utdanning.
- kommunene pålegges å tilsette jobbspesialister for å hjelpe brukere og pasienter med tilrettelagt arbeid som en naturlig del etter behandling.
- det stilles større krav til arbeidsgivere om psykisk helsefremmende arbeidsplasser, trygt arbeidsmiljø og tiltak mot mobbing og diskriminering.
- Myndighetene skal i krevende tider sørge for at stabil inntekt opprettholdes og at det innføres tiltak mot ekstreme kostnadssvingninger.
- inkassoordningen gjennomgås og at renter og salær permanent reduseres tilsvarende halvingen i 2020.
- kommunene tilbyr tilrettelagte boliger med helsefremmende egenskaper til personer med psykisk helse- og rusutfordringer.
- alle kommuner skal ha et botilbud innen «leie til eie» og at det kommer nye løsninger på utfordringer i boligmarkedet så flere får tilgang på egen bolig.
- leien på kommunale boliger generelt reduseres slik at leien står i forhold til husstandens økonomi.
- bostøtten heves til et nivå som står i sammenheng med økte bostøtter i samfunnet.
- den midlertidige økningen av bostøtten blir permanent og forutsigbar for mottaker.
- offentlige tjenester som NAV, helsetjenester og skoler må samhandle bedre så det blir enklere å forbli i arbeid uten å måtte streve med byråkrati.



Foto: Colourbox

Familie og pårørende

Familie og nettverk er det viktigste vi har rundt oss, med svært gode helsefremmende egenskaper både når det gjelder forebygging og behandling av psykisk uheld. Familien er et avgjørende støtteapparat for mange. Mental Helse mener at det gjøres for lite for å støtte familier med særlige utfordringer. I tillegg er oppfølgingen etter fødsel for dårlig, noe som kan gi store konsekvenser for både foreldre og barn allerede i starten av livet. Vi vet at fødselsdepresjoner kan ramme både kvinner og menn, derfor er det viktig at det finnes forebyggende tilbud til begge foreldre.

Pårørende påtar seg ofte et stort ansvar, og de kan utgjøre personens sosiale nettverk så vel som å være deres nærmeste, praktiske støttespiller. Verdien av de pårørendes kjennskap og tilknytning til brukeren kan også være en stor ressurs i behandling av psykiske helseproblemer.

Mental Helse erfarer at pårørende sjelden blir fulgt opp og ivaretatt, selv om det er dokumentert at psykiske helseutfordringer og rusproblemer rammer hele familien. Særlig barn er utsatt, og hvis ikke barn som pårørende blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståelse, kan situasjonen påvirke deres hverdag negativt i barnehage og skole samt ha innvirkning på barnets egen utvikling.

Mental Helse vil at:

- fødeavdelinger styrkes, så foreldre med behov for oppfølging kan bli lenger på sykehuset for å forhindre fødselsdepresjon.
- innsatsen mot fødselsdepresjon styrkes igjennom bedre kompetanse blant helsepersonell og kunnskap til foreldre.
- foreldre med fødselsdepresjoner og/eller psykose skal ha en egen avdeling for langsiktig behandling med spesialisert helsepersonell hvor de har mulighet til å fortsatt være sammen med barnet.
- Mental Helses Foreldresupport styrkes med 3 millioner kroner ekstra hvert år.
- pårørende som blir en naturlig del av behandlingen innen psykisk helse og rus får tettere oppfølging og veiledning.
- det skal etableres et 1-års kunnskaps- og støtteprogram for pårørende.
- barn som pårørende skal ha særskilt oppfølging og tilrettelegging over tid.
- god samhandling mellom tjenestenivåene sikres, særlig i tilfeller hvor barn er pårørende.
- ved opprettelse av individuell plan må oppfølging av barnets familie inkluderes i planen.

Minoriteter, urbefolkning og LHBTQ+

(lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, queer)

Seksuell legning har betydning for mange personers livskvalitet. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at 1 av 3 skeive ikke er tilfreds med egen psykisk helse, som er vesentlig flere enn øvrig befolkning. Skeive skårer også dårligere på alle indikatorer på subjektiv livskvalitet (transpersoner var ikke inkludert i undersøkelsen). Samtidig er det en stor andel skeive som har eller har hatt selvmordstanker i tilknytning til deres legning eller identitet. 1 av 5 skeive har forsøkt å ta eget liv. Dessverre er det tydelig at mange fortsatt opplever store utfordringer knyttet til det å være LHBTQ+-person i Norge i dag.

Tall fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere viste at dobbelt så mange innvandrere rapporterte om psykiske helseproblemer sammenliknet med den øvrige befolkningen. Emosjonelle problemer, slik som angst og depressive symptomer, er mer utbredt blant barn og unge med innvandrerbakgrunn enn blant barn og unge i den øvrige befolkningen. I tillegg kommer de som har vært på flukt fra krig og konflikt. Mange av disse har ikke et godt nok støtteapparat å lene seg på.

Samer i Norge er å betrakte som urfolk jf ILO – konvensjonen nr 169 og har med det rettigheter og skal anerkjennes som likeverdige i forhold til språk, kultur, og identitet. Samiske pasienter har rett til språklig og kulturelt tilrettelagt helse-tjeneste, avhengig av hvor de bor i landet, men det viser seg at helsetjenesten som regel har manglende kunnskap til samisk språk og kultur og dette medfører at kvaliteten på tjenesten blir dårlig. Mangelfull kjennskap til urfolks rettigheter medfører at man ikke alltid får den hjelpen man har rett på som tilbud om tolk, motta behandling på eget språk osv.

Å være annerledes og alene kan være svært utfordrende og bidrar til utenfor-skap og ensomhet, følelser sterkt knyttet til utvikling av angst og depresjon. God sosial støtte og sosial integrering er forbundet med god helse. Arbeidsplass, skole, kultur og fritid er sentralt for å bidra til inkluderende samfunn.

Mental Helse mener det må gjøres mer for særlige utsatte grupper, som trenger tettere oppfølging. Innsatsen må rettes mot holdningsskapende tiltak, samtidig må det forskes mer på hva som er årsaken til lavere livskvalitet blant disse gruppene. Helsetjenesten må inneha kompetanse og kapasitet til å yte ekstra helsehjelp for sårbare personer. Ingen skal utsettes for ytterligere belastning på grunn av hvem de elsker, identifiserer seg som eller hvor de kommer fra.

Mental Helse vil at:

- informasjonspakker om psykiske helseutfordringer og behandlingstilbud gjøres tilgjengelig på flere språk.
- det bevilges mer midler til forskning på psykiske helseutfordringer blant minoriteter og LHBTQ+ personer.
- konverteringsterapi forbyes.
- Rosa kompetanse må styrkes for å nå ut til flere skoler, helsetjenester og andre offentlige tjenestetilbud så de får mer kunnskap om hvordan imøtekomme LHBTQ+ personer.
- kompetansen om problemstillinger og utfordringer for minoriteter, flyktninger og innvandrere heves betraktelig innenfor offentlige sektor ved at helsepersonell blir kurset i kulturell kompetanse.
- det bevilges øremerkede midler til psykisk helsearbeid for minoriteter og LHBTQ+ befolkningen i hele landet.
- arbeide for likeverdighet i helsetjenesten ved å kreve at samer skal få behandling på eget språk og fra helsepersonell som har samisk språk og / eller kulturforståelse.
- terskelen for å søke helsehjelp blir lavere for samer i Norge.
- det sikres gode inkluderende møteplasser for å hindre ensomhet og utenforskap.
- flere med minoritetsbakgrunn utdannes og ansettes i psykiske helsetjenester.

Rus og psykisk helse

Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest og er den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår i Norge. Rusavhengighet kan føre til psykisk sykdom, og alvorlig psykisk sykdom er tett forbundet med alvorlig rusavhengighet hos svært mange. Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) viser at blant mennesker med alvorlige psykiske utfordringer er det betydelig flere som har skadelig bruk av rusmidler enn hos resten av befolkningen. Det er blant annet funnet at en høy andel av pasienter i rusbehandling også har en psykisk sykdom. Resultater fra norske studier viser at ni av ti ruspasienter hadde én eller flere psykiske sykdommer.

I følge FHI er det uklart om de psykiske helseutfordringene utvikler seg som en følge av rusmiddelbruk eller omvendt, eller om felles risikofaktorer fører til både psykiske utfordringer og rusmiddelbruk. Trolig er det en gjensidig påvirkning mellom rus og psykiske utfordringer.

Mental Helse mener at nettopp ved å forebygge psykiske helseproblemer, vil man også forebygge skadelig rusmiddelbruk. Effekten av forebygging er høyest blant unge, hvor flertallet av rus- og psykiske helseproblemer oppstår. Vi ønsker å avkriminalisere bruk av rusmidler, og at det gis helsehjelp istedenfor straff.

Så mye som hver tredje pasient i somatisk helsetjeneste er innlagt som følge av rusrelaterte problemer. Samtidig er det mange i og utenfor rusbehandling som har psykiske og/eller somatiske helseproblemer. Utfordringen er at de kun får behandling for en av sine sykdommer om gangen. Mental Helse mener at helsetjenestene må organiseres så de i større grad jobber tverrfaglig og ser hele mennesket, også når det gjelder utfordringer med rus.

Mental Helse mener det er uheldig at svært få fullfører påbegynt rusbehandling. Tilbakemeldingene tilsier at manglende mulighet til å påvirke egen behandling er den viktigste årsaken. Derfor må det legges bedre til rette for økt medvirkning til egen behandling.

Mental Helse vil at:

- psykiske helseproblemer skal forebygges, særlig blant yngre aldersgrupper, for samtidig å forebygge rusavhengighet.
- kapasiteten økes så det blir flere plasser for rusbehandling og ventetidene reduseres.
- det skal være et nasjonalt krav om tverrfaglig tilnærming til personer med rusproblemer hvor somatiske og psykiske helseproblemer blir kartlagt og behandlet (FACT og ACT).
- det etableres tverrfaglig samhandling innen rus, psykiatri, somatikk og kommunale hjelpetjenester for brukere med sammensatte utfordringer.
- oppfølging etter endt rusbehandling kvalitetssikres for å hindre tilbakefall.
- en kvalitetsreform og opptrappingsplan innen psykisk helsefeltet må inkludere rusproblematikk.
- rusmiddelbruk møtes med helse- og velferdsrettede tiltak fremfor straffetiltak.
- ruskonsulenter skal bli en lovpålagt tjeneste i kommunene.

