

Samfunnspolitisk program 2024-2028



MENTAL HELSE

Innhold

Innledning	s. 4
Politiske kjernesaker	s. 5
Forebygging av psykiske helseutfordringer	s. 7
Behandling av psykiske helseutfordringer	s. 10
Selvmordsforebygging	s. 15
Psykisk helse, tvang og menneskerettigheter	s. 18
Brukermedvirkning	s. 22
Forskning på psykisk helse	s. 25
Samhandling og kvalitet	s. 28
Internasjonalt samarbeid	s. 32
Psykisk helse blant urfolk, minoriteter og LHBTQ+ befolkingen	s. 35
Arbeid og psykisk helse	s. 39
Økonomi og bolig	s. 42
Rus og psykisk helse	s. 47
Familie og pårørende	s. 50

Våre verdier:

Likeverd

(substantiv)

like mye verdt; det å være eller bli betraktet som likeverdig.

Åpenhet

(substantiv)

det å være åpen; mottagelighet | jf. reseptivitet, lydhørhet.

Respekt

(substantiv)

aktelse; ærbødighet; spesiell, ydmyk oppmerksomhet

Inkludering

(verbalsubstantiv)

ta med som del av noe; medregne; iberegne.

Innledning

Mental Helse arbeider for økt åpenhet, forebygging av psykiske helseutfordringer og et bedre psykisk helsetilbud. God psykisk helse er avgjørende for den totale helsetilstanden vår.

Statistisk sett vil halvparten av oss oppleve psykiske helseutfordringer eller sykdommer i løpet av livet. Ettersom psykiske helseutfordringer kan redusere levetid med opptil 20 år, 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 helseutfordringer gjennom hele livet.

Ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) koster psykiske helseutfordringer samfunnet nesten 400 milliarder kroner i året. Det er mer enn all kreftsykdom til sammen. Samtidig vet vi at det er svært mye som kan gjøres for å forebygge psykiske helseutfordringer. Derfor er det viktig at hele samfunnet er bygget slik at det 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 over 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 og inkluderende møteplasser.

Det er Mental Helses samfunnsoppdrag å jobbe for at alle mennesker skal ha rett til et meningsfullt liv med en opplevelse av egenverd og mestring. Vårt samfunnspolitiske program skal bidra til det.

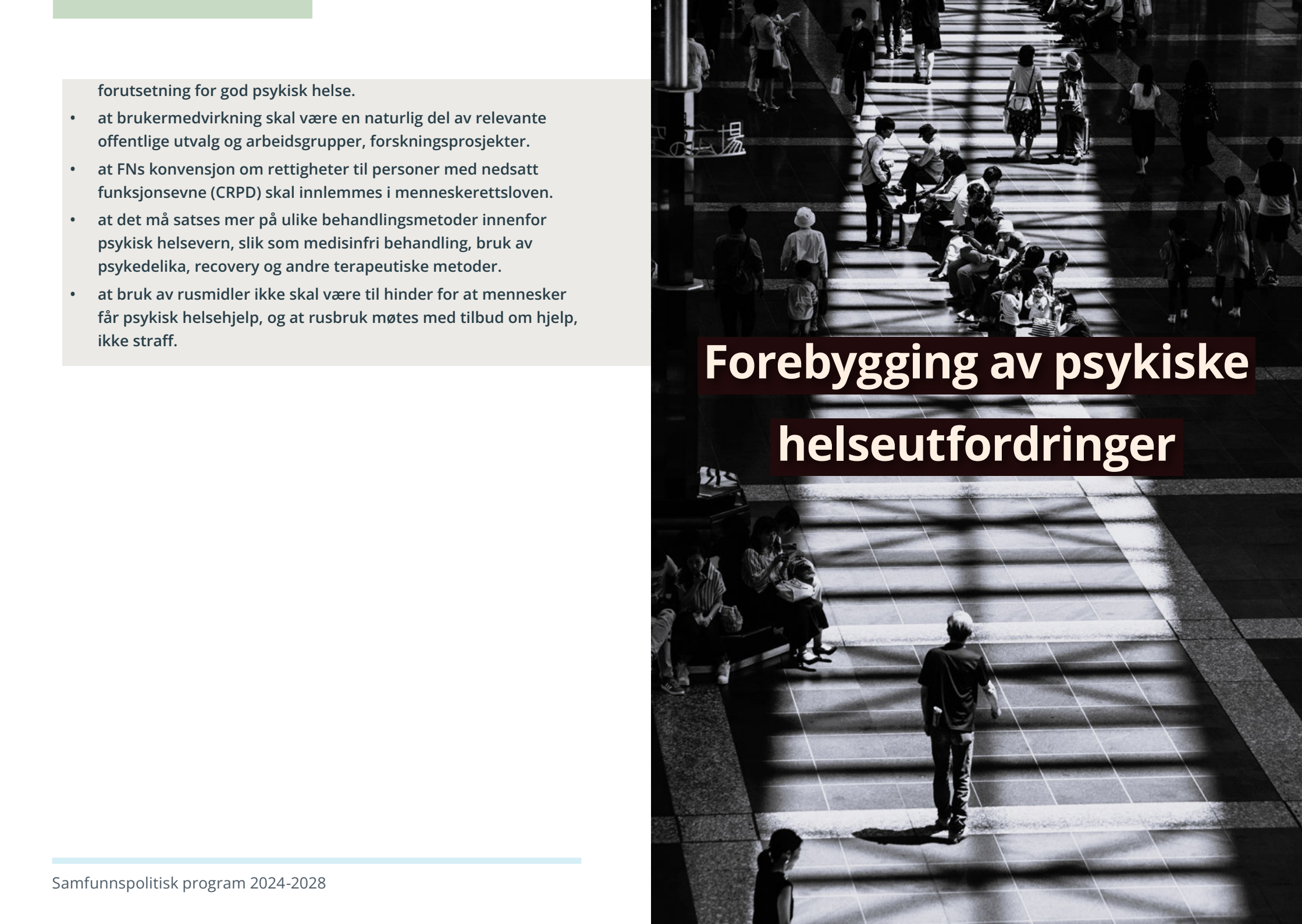
Politiske kjernesaker

Mental Helse mener:

- at forebygging av psykiske helseutfordringer er en investering i mennesker, samfunn og fremtiden.
- at det må etableres flere behandlingsplasser slik at folk får behandling tidlig nok og ikke minst at de får tilstrekkelig og tilpasset behandling over tid.
- at handlingsplanen for selvmordsforebygging får bevilget 100 millioner kroner årlig over statsbudsjettet og at tiltak som faktisk virker bør prioriteres.
- at Tvangsbegrensningsloven, med anbefalingene fra Tvangsbegrensningsutvalget, innføres. For å forebygge tvangsbruk må beslutningsstøtte innføres.
- at den tverrfaglige tilnærmingen til psykiske og fysiske helseutfordringer må styrkes, og at velferds- og helsetjenestene organiseres slik at det lønner seg å samhandle til det beste for brukeren.
- at Mental Helse skal styrke sitt internasjonale arbeid for å jobbe sammen med andre organisasjoner og miljøer innenfor forskning og utvikling på tvers av landegrenser for bedre psykisk helse.
- at det må forskes mer på psykiske helseutfordringer.
- at det må bevilges øremerkede midler til psykisk helsearbeid blant urbefolkning, nasjonale minoriteter, minoriteter og LHBTQ+ personer i hele landet.
- at psykisk helsehjelp må kombineres med arbeidsrettede tiltak.
- at en stabil inntekt, forutsigbar økonomi og en trygg bolig er en

forutsetning for god psykisk helse.

- at brukarmedvirkning skal være en naturlig del av relevante offentlige utvalg og arbeidsgrupper, forskningsprosjekter.
- at FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal innlemmes i menneskerettsloven.
- at det må satses mer på ulike behandlingsmetoder innenfor psykisk helsevern, slik som medisinfri behandling, bruk av psykedelika, recovery og andre terapeutiske metoder.
- at bruk av rusmidler ikke skal være til hinder for at mennesker får psykisk helsehjelp, og at rusbruk møtes med tilbud om hjelp, ikke straff.



Forebygging av psykiske helseutfordringer

Mental Helse mener at forebygging av psykiske helseutfordringer er en grunnleggende forutsetning for et godt og inkluderende samfunn. Forebygging handler om å skape trygge og stimulerende oppvekstvilkår, fremme livskvalitet og trivsel, styrke sosiale nettverk og fellesskap og redusere risikofaktorer som kan føre til psykiske helseutfordringer. Forebygging handler også om å gjøre det lettere å søke hjelp tidlig, slik at problemene ikke blir for store eller varige.

Mental Helse mener at skolen og barnehagen spiller en nøkkelrolle i forebygging av psykiske helseutfordringer. Skolen og barnehagen skal være arenaer for læring, lek, utvikling og sosialisering, samt bidra til å identifisere og støtte de barna som trenger ekstra oppfølging. Mental Helse ønsker at psykisk helse skal være en integrert del av læreplanen, og at alle elever og ansatte skal få opplæring og veiledning i psykisk helse. Skoler og barnehager må få tilført nok ressurser til å følge opp og gjennomføre tiltakene. Mental Helse vil også at skolen og barnehagen skal styrke samarbeidet med foreldre, helsestasjon, PPT og andre relevante instanser, slik at det blir en mer helhetlig og koordinert innsats for barn og unges psykiske helse.

Mental Helse anerkjenner at psykisk helse er påvirket av mange faktorer gjennom hele livsløpet, og at forebygging må tilpasses ulike aldersgrupper og livssituasjoner. Mental Helse vil derfor jobbe og få styrket forebyggingsarbeidet på alle nivåer, fra det universelle til det spesifikke, og fra det individuelle til det strukturelle. Mental Helse er overbevist om at forebygging av psykiske helseutfordringer er en investering i mennesker, samfunn og fremtiden. Ved å satse på forebygging kan vi bidra til å skape et tryggere, sunnere og mer inkluderende samfunn. Alle mennesker har rett til et meningsfullt liv med en opplevelse av egenverd og mestring.

Mental Helse vil:

- at det satses på tiltak som fremmer god psykisk helse hos gravide og småbarnsforeldre, som barselgrupper, foreldreveiledning, hjemmebesøk og psykologisk oppfølging.
- jobbe for at alle skoler får mulighet til å gjennomføre helsefremmende undervisningsprogram for å forebygge psykiske helseutfordringer.
- jobbe for at alle ungdommer får tilgang til lavterskeltilbud utenfor skolen hvor de kan gå uten henvisning for å få de rette verktøyene for å kunne møte og håndtere livets opp- og nedturer.
- påvirke politikere og myndigheter til å prioritere psykisk helse i folkehelsearbeidet, og sikre at det finnes tilstrekkelig med ressurser og kompetanse for å drive forebyggende arbeid i kommunene.
- oppfordre arbeidslivet til å legge til rette for et godt psykososialt arbeidsmiljø, hvor ansatte får anerkjennelse, medbestemmelse, tilbakemelding og støtte, samt mulighet for balanse mellom arbeid og fritid.
- drive informasjons- og holdningsskapende arbeid i samfunnet for å øke kunnskapen og redusere stigma knyttet til psykisk helse, og oppmuntre folk til å ta vare på seg selv og hverandre.
- at det skal jobbes for å utvikle verktøy for å forebygge mobbing og hets på skoler, arbeidsplasser, på nett og i sosiale medier.
- samarbeide med frivillige organisasjoner, brukerorganisasjoner, fagmiljøer, offentlige etater og forskningsinstitusjoner for å utvikle, evaluere og spre gode metoder og verktøy for forebygging av psykiske helseutfordringer.
- jobbe for å bevare eksisterende lavterskeltilbud og at det blir lovpålagt for kommunene.



Behandling av psykiske helseutfordringer

I 2023 var den gjennomsnittlige ventetiden på 54,1 dager på nasjonalt nivå. Det er en økning på 3,7 dager sammenlignet med 2022. Det har vært en økning i gjennomsnittlig ventetid i hele landet, og ventetidene varierer mellom 48,6 til 67,2 dager. Ingen ønsker å vente lenge for å få behandling, men det er ingen tvil om at det er ekstra utfordrende for mennesker med psykiske helseutfordringer. Det finnes ingen smertelindring som kan fjerne eller redusere den psykiske smerten mens man venter på å få nødvendig behandling.

Omorganisering av helsetjenestene bidrar til at personer som trenger behandling ikke får den hjelpen de har behov for i tide. De siste 20 årene har vi mistet 3000 døgnplasser i psykisk helsevern, en reduksjon på omtrent 50 prosent. Dreiningen fra døgnbehandling til poliklinisk behandling løser ikke problemene for de som trenger døgnbehandling og tett oppfølging over tid. Nåløyet for å få poliklinisk behandling er også trangt og løsningen på økte ventetider er ofte e-behandling og selvhjelpsapper. Disse kan være gode verktøy for mange, men da i tillegg til ordinær behandling og som forebyggende tiltak. Digitale hjelpemidler kan aldri erstatte helt det du får i møte med en behandler.

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

Det kan være mange og sammensatte årsaker til ulike helseutfordringer. Traumer kan bidra til økt fysisk og psykisk belastning. Hvis dette ikke blir kartlagt grundig, bekjemper man bare symptomene, ikke selve årsaken. 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 helseutfordringer. Pasienter til behandling i psykisk helsevern skal også ha tilgang til somatisk behandling.

Dårlig tannhelse over tid kan føre til utvikling av psykiske helseutfordringer, 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 skader på tennene. Derfor vil Mental Helse at regjeringen innlemmer munnhelse som en del av folketrygden.

Mental Helse mener at:

- opptrappingsplanen for psykisk helse må følges opp med økte faste midler over statsbudsjettet. Planen har gode målsettinger, men det er ikke nok med 3 milliarder over 10 år.
- vi må reversere nedbyggingen av antall døgnplasser i psykisk helsevern. Det må etableres flere behandlingsplasser slik at folk får behandling tidlig nok, og ikke minst at de får tilstrekkelig og tilpasset behandling over tid.
- det etableres lik og nødvendig mulighet for traumebehandling over hele landet.
- munnhelse bør bli en del av folketrygden.
- det må satses på mer kvalitet innenfor digitalisering av behandling og forebygging. Digitale tjenester er ikke for alle. Vi må ha på plass gode digitale løsninger som er sikre nok, og som kan trygge brukerne. Ikke minst må tjenestene tilpasses den enkelte pasient.
- det må satses mer på ulike behandlingsmetoder innenfor psykisk helsevern, slik som medisinfri behandling, bruk av psykedelika, recovery og andre terapeutiske metoder. Norge har ført en svært konservativ linje på dette området, og vi bør åpne opp for innhenting av mer kunnskap, klinisk testing, og ikke minst forskning.
- behandler plikter å informere pasienter og pårørende om ulike behandlingsmetoder.
- det skal være en minstestandard for psykiske helsetjenester i kommuner, hvor Rask Psykisk helsehjelp og lavterskeltjenester på psykisk helseforebygging er et minimum.
- opplevd kvalitet skal være en del av kvalitetsmåling i tjenestene.

- det må innføres tiltak og øremerkede midler over tid for å styrke utdanning og rekruttering av psykologer, psykiatere og sykepleiere, samt ansatte i kommunal sektor som jobber med psykisk helse.
- helsepersonell plikter å informere om hva slags tilbud som finnes utenfor det offentlige; frivillige organisasjoner, møteplasser, selvhjelpsgrupper, samtalegrupper osv. hvor de kan få muligheter til å få hjelp i en tilfriskningsprosess.
- behandler plikter å informere om pasientens lovfestede rett til medbestemmelse i egen behandling.
- brukerstyrte senger fortsatt skal være et sentralt tilbud.

Selvmondsforebygging

Selv mord er et nasjonalt problem som rammer alle kjønn og folkegrupper – uavhengig av inntekt, bakgrunn og alder. I 2023 ble det registrert 707 selvmord i Norge – 97 flere enn året før ifølge Folkehelseinstituttet (FHI), det høyeste tallet registrert siden 1988. I tillegg øker alkohol- og narkotikautløste dødsfall. Selvmord er ikke kun et psykisk helseproblem, det er en av de største samfunnsutfordringene vi står ovenfor.

Årsakene til selvmord og selvmordsforsøk er sammensatte, og effektive forebyggingstiltak må settes inn, både i og utenfor helsevesenet. Økt gjeldsbyrde og økonomiske problemer henger sterkt sammen med redusert livskvalitet, psykiske helseutfordringer, og risiko for selvmord. Vi har en handlingsplan for forebygging av selvmord med 61 konkrete tiltak, men ingen av tiltakene handler om fattigdom, betalingsvansker eller gjeld.

Finanstilsynets inkassotall viser en bekymringsfull økning i økt inkassogjeld, spesielt blant unge forbrukere, i andre halvår 2023. I utgangen av 2023 var det en kraftig vekst i inkassogjeld hos aldergruppen 18 til 29 år. Blant annet har kredittkortgjelden økt med 14,5 prosent og usikret forbruksgjeld økte med 7,5 prosent.

Vi som samfunn må gjøre alt i vår makt for å forhindre at ett eneste liv går tapt i selvmord, og det må konkrete tiltak til for å støtte oppunder regjeringens nullvisjon for selvmord.

Bekymringer knyttet til egen økonomi er et gjentakende tema i henvendelsene til Mental Helse Hjelpetelefonen. Utfordringene samfunnet står ovenfor er ikke til å unngå, men desto viktigere er det at regjeringen gir lettelser til de som har minst, styrker frivilligheten og legger til rette for tiltak som faktisk virker.

Stadig økende ventetider og avslag i spesialisthelsetjenesten er ikke akseptabelt. Mental Helse krever en umiddelbar styrking av DPS og BUP, spesielt døgn, slik at flere ikke dør i påvente av, eller av mangelfull behandling.

Mental Helse vil at:

- handlingsplanen for selvmordsforebygging får bevilget 100 millioner kroner årlig over statsbudsjettet og at tiltak som faktisk virker bør prioriteres.
- det avsettes øremerkede midler til forskning på årsak til selvmord blant menn og at kunnskapsbaserte forebyggende tiltak iverksettes for denne gruppen.
- regjeringen nedsetter et ekspertutvalg som gransker de psykiske helsetjenestene og selvmordsproblematikk.
- 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 (RPH) blir et landsdekkende tilbud som finnes i alle kommuner og må inkludere økonomisk rådgivning og støtte.
- Headspace, et førkommunalt lavterskeltilbud driftet av Mental Helse, blir et landsdekkende tilbud.
- Mental Helse Hjelpetelefonen 116 123 styrkes med ytterligere 10 millioner kroner årlig over statsbudsjettet.
- kommunene må få tilført midler for å ha beredskapsteam 24 timer i døgnet.



Psykisk helse, tvang og menneskerettigheter

Norge er et av de land i verden som bruker mest tvang i psykisk helsevern målt mot befolkningsmengde og den er stadig økende. I 2020 var det på nasjonalt nivå 12,7 prosent flere tvangsinnleggelser enn i 2017. Tvangsrapporten (2021) viser at 8 prosent av pasientene beskrev livstruende skader av medikamentell tvangsbehandling, mens 9 prosent beskrev varige, fysiske skader etter mekaniske tvangsmidler. 57 prosent av pasientene beskrev mareritt, påtrengende minner, søvnvansker etter opplevd tvang. Hele 70 prosent sa de hadde opplevd skam, krenkelse og mindreverdighetsfølelse etter tvangsbruk.

Samtidig pågår det debatt i samfunnet om hvordan personer med alvorlige psykiske helseutfordringer ivaretas eller bør ivaretas i Norge.

Flere psykiatere og politikere har tatt til orde for at helsevesenet må kunne bruke mer tvang. Det er ikke Lov om samtykkekompetanse som har ført til situasjonen vi står ovenfor i dagens samfunn med hyppigere alvorlige hendelser og økt bruk av tvang. Det er dreiningen fra døgnbehandling til poliklinisk behandling, med nedleggelse av døgnplasser, kraftig redusert kapasitet og mindre tilgjengelige frivillige tilbud som fører til at tilbudet om hjelp ofte først kommer når man har blitt for syk til å ta imot frivillig behandling.

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

Mental Helse mener at CRPD må innlemmes i menneskerettsloven.

Hvordan tvangstiltak oppleves er subjektivt. Det én opplever som svært inngripende og traumatisk, kan en annen oppleve som omsorgsfullt. Arbeidet med redusert bruk av tvang må styrkes på overordnet og individnivå. Det er viktig at pasient får etter-samtaler etter tvangstiltak, med helsepersonell de kjenner seg trygge på. Slike samtaler er viktig for pasientens rett til å medvirke i egen behandling. Sammen bør man legge en plan for hvordan tilsvarende situasjoner kan håndteres bedre og hvilke tvangstiltak som er å foretrekke for pasienten dersom samme situasjon oppstår på et senere tidspunkt.

Medvirkning og medbestemmelse i egen behandling handler ikke bare om en rettighet, men om økt tillit til og eierskap til behandlingen. Det gir bedre behandling. Det er spesielt viktig at brukeren blir forsøkt hørt og gjort deltagende i egen behandling også når det kan være utfordrende for helsetjenestene, som ved tvungen psykisk helsehjelp eller når funksjonsfallet er stort.

Mental Helse mener beslutningsstøtte må innføres for pasienter i forbindelse med vurderinger av beslutningskompetanse, for å styrke personers evne til å ta beslutninger om egen helsehjelp. Personer med alvorlig psykisk lidelse kan ha behov for tilpasset informasjon og tid for å diskutere sin tilstand for å ta et informert valg. På den måten gis det støtte til å utøve selvbestemmelse. Gode ordninger for beslutningsstøtte kan bidra til avklaring der det er usikkert om personen mangler beslutningskompetanse,

ved å fremme forståelsen for valget vedkommende står overfor og konsekvensene av dette.

Mental Helse vil at:

- tvangsbegrensningsloven, med anbefalingene fra Tvangsbegrensningsutvalget, innføres.
- innføringen av tvangsbegrensningsloven følges opp med ressurser og styrking av vedtakskompetanse, slik at helsetjenestene kan omstilles til å følge det nye lovverket og forebygge situasjoner som krever tvangsbruk.
- alle behandlingsinstitusjoner hjemlet for tvang gjennomgår ny opplæring og kompetanseheving ved innføringen av ny Tvangsbegrensningslov.
- brukere som utsettes for tvang skal få god oversikt over sine rettigheter og klagemuligheter, samt behandles med respekt og omsorg.
- pasienter i friskere perioder, hvor tvangsvedtaket er opphørt, skal sammen med behandler evaluere de ulike tvangstiltakene, samt medvirke i hvilke tvangstiltak som eventuelt skal brukes i fremtiden og hvordan redusere mer inngripende tvangsbruk.
- Helsedirektoratet skal kvalitetssikre og forankre gjeldende kompetanse og egnethet hos medlemmer av kontrollkommisjonene med brukerorganisasjonene.
- FNs konvensjon for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) må innlemmes i menneskerettsloven.
- allmennpsykiatrien styrkes for å forebygge økende tvangsbruk.
- en ordning for beslutningsstøtte til pasienter i psykisk helsevern utformes og iverksettes.



Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. I en rekke veiledere er det gitt eksempler på hvordan brukermedvirkning kan bli ivarettatt, både for å medvirke i egen behandling og for å benytte brukernes erfaringer til å utforme bedre systemer og tjenestetilbud.

For at brukermedvirkningen skal gi reel innflytelse, forutsetter det at tjenesteutøver har kunnskap om, og har forstått og erkjent at brukererfaringer bidrar til bedre helsetjenester, både på individ- og tjenestenivå. Det krever at kunnskap om brukermedvirkning både blir bygd opp som et vedvarende opplæringstilbud i tjenestene på alle nivåer, og at Mental Helse får mulighet til å gjennomføre god og systematisk opplæring av egne brukerrepresentanter.

Reell innflytelse på systemnivå er vanskelig å oppnå ettersom brukersiden, praktisk talt uten unntak, deltar i mindretall. I tillegg blir brukeren ofte inkludert sent i prosessen og oftest kun i arbeidet med rådgivende og ikke besluttende fullmakter. Mental Helse mener dette er problematisk og at rollen som brukerrepresentant må styrkes. Dette gjelder særlig innen forskning og brukerundersøkelser hvor brukerrepresentanter ikke har reell innflytelse.

Reell brukermedvirkning krever at organisasjonene bygger opp strukturer som kan håndtere opplæring og god oppfølging av brukerrepresentantene. I tillegg må disse strukturene kunne systematisere og koordinere store mengder av informasjon, noe som også krever store ressurser. Hvis ikke disse strukturene bygges opp vil brukermedvirkning forbli svært fragmentert, tilfeldig og mye mindre hensiktsmessig enn ønskelig.

Brukerorganisasjonene må få mulighet til å bygge strukturer som kan ivareta en reell medvirkning. Kommunene kan for eksempel i samhandlingen søke midler til en felles sekretariatsfunksjon. Det

finnes ingen slike muligheter for brukerorganisasjonene. Reell brukermedvirkning krever stor innsats og tilskuddsordningene må utformes slik at de samsvarer med oppgavene som er lagt til brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene er den «3. partneren» for å utvikle gode tjenester, i tillegg til helseforetakene og kommunene.

Mental Helse vil at:

- Mental Helse bør være den foretrukne organisasjonen for brukermedvirkning innen psykisk helse og skal ha mandat til å oppnevne egne brukerrepresentanter.
- det skal være en bedre balanse mellom bruker- og tjenestenivå i utvalg, arbeidsgrupper og prosjekter, og det må bli et krav om at brukerorganisasjoner alltid inviteres.
- brukermedvirkningen må komme tidlig i prosessen og være en reell mulighet til medvirkning.
- erfaringskonsulenter ikke skal erstatte brukerrepresentanter fra organisasjonene i brukerutvalg, brukerråd, forskning m.m.
- tilskuddsordningene til brukerorganisasjonene må tilføres økte midler.
- tilskuddsordningene må utformes slik at de samsvarer med oppgavene som er lagt til brukerorganisasjonene.



**Forskning på
psykisk helse**

Det forskes for lite på psykisk helse, spesielt på hvilke tiltak og behandlinger som faktisk hjelper. Dette fører til at mange pasienter ikke får den hjelpen de trenger, og at ressurser blir brukt på ineffektive metoder. For å forbedre situasjonen er det nødvendig med økt finansiering og prioritering av forskning på psykisk helse, slik at vi kan utvikle evidensbaserte behandlinger som gir bedre resultater for pasientene.

Vi har drevet med ECT-behandling i over 50 år i Norge, men vi mangler fortsatt kunnskap om det er ECT eller narkose som gir effekt. Vi mangler kunnskap om langtidsbivirkninger på hukommelse etter ECT. Antipsykotika gis til en stor gruppe mennesker, ofte under tvangsvedtak. Likevel vet vi lite om hvilken effekt det har etter lang tids bruk, og hvordan det potensielt gir forandringer i hjernen. Det er et stort behov for at det nå lyttes til brukernes opplevde erfaring av inngripende behandling innen psykisk helse.

Mental Helse vil at:

- det satses mer på forskning innen psykisk helse.
- det forskes på nye og mindre inngripende behandlingsmetoder.
- det forskes på behandlingsmetoder som ikke har vært utprøvd i stor nok grad i Norge, slik som medisinfri behandling, bruk av psykedelika, recovery og andre terapeutiske metoder.
- det forskes på langtidsbivirkninger av ECT, på antipsykotika og hvordan dette påvirker hjernen over lengre tid.
- brukervedvirkning skal være en naturlig del av forskningsprosjekter, og brukervedvirkerne må involveres på et tidlig tidspunkt i prosessen.
- Mental Helse bør være den foretrukne partneren innen forskning på psykisk helse, og skal være pådriver for samarbeid med ulike utdannings- og forskningsinstitusjoner i Norge.



Samhandling og kvalitet

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 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.

Somatisk helse hos mennesker med psykiske helseutfordringer må ivaretas på en helt annen måte enn i dag. Pasienter med alvorlige psykiske sykdommer har i gjennomsnitt 5-15 år kortere levetid enn øvrig befolkning. I følge FHI skyldes forskjellen i levealder hovedsakelig somatiske sykdommer, ikke selvmord eller andre direkte konsekvenser av deres psykiske lidelse. Hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken. Til tross for at behandling av slike tilstander har forbedret overlevelse i den øvrige befolkningen, har ikke dette gapet i levealder blitt tilsvarende redusert for pasienter med psykiske sykdommer.

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 de 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. «Når det som er viktig å måle er vanskelig, blir det du måler viktig»: Behandlingen bør måles på oppnådde resultater, ikke på gjennomførte tiltak. Derfor er opplevd kvalitet viktig å måle for behandlingen som utføres.

Ved langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har du som pasient rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Individuell plan er et verktøy for å koordinere samarbeidende helse- og omsorgstjenester for pasienter med sammensatte behov.

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 mener at god kvalitet i tjenestene og forutsigbar behandling bør være mulig å få uansett hvor du bor.

Mental Helse mener at:

- velferds- og helsetjenestene må organiseres slik at det lønner seg å samhandle til det beste for brukeren. Dette gjelder de ulike nivåene i helsevesenet, samt samordning mellom helse-, sosial- og velferdstjenester.
- den tverrfaglige tilnærmingen til psykiske og fysiske helseutfordringer må styrkes, og at utredning av helseutfordringer tar utgangspunkt i hele mennesket. Blant annet bør tann- og munnhelse blir en del av folketrygden.
- alle kommuner skal ha koordinatorene for brukere og pasienter innen psykisk helse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- det må legges til rette for interkommunale samarbeid for å oppnå minstestandard for psykiske helsetjenester i alle kommuner.
- samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene styrkes innenfor psykisk helse, og avtalene må følges opp.
- opplevd kvalitet skal være en del av kvalitetsmåling i tjenestene.
- brukere som har behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester, skal få informasjon om at de har rett og krav til å få utformet en individuell plan (IP).



Internasjonalt samarbeid

Det gjøres mye godt arbeid, samarbeid og forskning internasjonalt innenfor psykisk helse. Mange ser fordelen av å samarbeide på tvers av landegrenser for å løse helseutfordringer verdenssamfunnet står ovenfor. I sin største gjennomgang av psykisk helse siden århundreskiftet tar Verdens helseorganisasjon (WHO) til orde for en større global satsing på psykisk helse. Rapporten «World Mental Health Report - Transforming mental health for all», utgitt i 2022, gir eksempler på god praksis som bør iverksettes så raskt som mulig for både myndigheter, akademikere, helsepersonell og sivilsamfunn og andre med en ambisjon om å støtte et bedret helsetilbud. Rapporten fra WHO fremhever samtidig den viktige rollen psykisk helse spiller for positiv og bærekraftig utvikling, på alle nivåer.

Mental Helse, som en viktig del av sivilsamfunnet, bør delta aktivt på arenaer internasjonalt der det er hensiktsmessig, for å knytte nettverk, innhente gode erfaringer og ikke minst innhente kunnskap fra nyere forskning.

Mental Helse har bygget organisasjon i over 40 år, og den kompetansen og erfaringen er svært verdifull for organisasjoner i andre land som ikke har kommet like langt. Mental Helse kan bidra til organisasjonsbygging og utvikling for brukerorganisasjoner i land hvor brukermedvirkning ikke er en etablert praksis.

Jobben for et bedre psykisk helsevern og en bedret psykisk helse hos befolkningen gjøres ikke av hver enkelt organisasjon, eller hvert enkelt land. Det er et krafttak som må tas i felleskap på tvers av landegrenser.

Mental Helse vil:

- styrke sitt internasjonale arbeid for å jobbe sammen med andre organisasjoner og miljøer innenfor forskning og utvikling på tvers av landegrenser for bedre psykisk helse.
- ta initiativ til å samle brukerorganisasjoner innenfor psykisk helse i Norge for å søke midler til en internasjonal satsing.
- bruke kompetansen og erfaring fra organisasjonen til å utvikle et støtteprogram for organisasjoner i andre land.
- ta initiativ til å støtte og etablere søsterorganisasjoner i andre land, i hovedsak i Europa.



**Psykisk helse blant urfolk,
nasjonale minoriteter og
LHBTQ+ befolkningen**

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 egen legning eller identitet. 1 av 5 skeive har forsøkt å ta sitt eget liv. Dessverre er det tydelig at mange fortsatt opplever store utfordringer knyttet til det å være LHBTQ+-person (LHBTQ+ = lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, queer) i Norge i dag.

Rosa kompetanse driftes av Foreningen Fri og tilbyr faglig bistand og undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold til mange ulike sektorer. Flere burde ta dette i bruk slik at psykiske helseutfordringer blant LHBTQ+-befolkningen kan forebygges bedre.

Tall fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere viste at dobbelt så mange innvandrere rapporterte om psykiske helseutfordringer 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.

De nasjonale minoritetene: kvener/norskfinner, skogfinner, romanifolk/tatere, rom og jøder, har unike historiske og kulturelle bidrag til samfunnet, men opplever ofte diskriminering, utenforskap og utfordringer knyttet til språk og kultur. Psykiske helseutfordringer kan forsterkes av stigma, marginalisering og manglende forståelse for minoritetenes spesifikke behov i helsetjenestene. Det er viktig å styrke kunnskap om nasjonale

minoriteter i psykisk helsevern og i forebyggende arbeid, for å sikre at deres rettigheter ivaretas slik at det fremmer likestilling og god psykisk helse.

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 helsetjeneste, uavhengig av hvor de bor i landet. Dessverre viser det seg at helsetjenesten som regel har manglende kunnskap til samisk språk og kultur, og dette medfører at kvaliteten på tjenesten blir dårlige. Mangelfull kjennskap til urfolks rettigheter fører til at pasientene ikke alltid får den hjelpen de har rett på, som å motta behandling på eget språk eller tilbud om tolk.

Å være annerledes og alene kan være svært utfordrende og bidrar til utenforskap 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 et inkluderende samfunn.

Mental Helse mener det må gjøres mer for særlig 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 mener at:

- det må bevilges mer midler til forskning og at det forskes mer på psykiske helseutfordringer blant urbefolkning, nasjonale minoriteter, minoriteter og LHBTQ+ personer.
- det må bevilges øremerkede midler til psykisk helsearbeid blant urbefolkning, nasjonale minoriteter, minoriteter og LHBTQ+ personer i hele landet.
- organisasjonen må etablere tett samarbeid med relevante organisasjoner for å motvirke diskriminering, spesielt av dobbelte minoriteter.
- det må jobbes med å øke bevisstheten i skole og helsevesenet om de utfordringer som adopterte kan møte rundt psykisk helse.
- informasjon om psykiske helseutfordringer og behandlingstilbud må gjøres tilgjengelig på flere språk.
- 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.
- kompetanse om problemstillinger og utfordringer for minoriteter, flyktninger og innvandrere heves betraktelig innenfor offentlig sektor ved at helsepersonell blir kurset i kulturell kompetanse.
- nasjonale minoriteter skal få mulighet til behandling på eget språk og fra helsepersonell som har en god kulturforståelse.
- det må jobbes med å senke terskelen for å søke helsehjelp for samer i Norge.
- gode inkluderende møteplasser må etableres og styrkes for å forebygge ensomhet og utenforskap.
- flere med minoritetsbakgrunn skal utdannes og ansettes i psykiske helsetjenester.



**Arbeid og
psykisk helse**

Legemeldt sykefravær blant unge grunnet psykiske sykdommer fortsetter å øke, viser ferske tall fra Nav. For unge voksne i alderen 25–29 år skyldes nå 30 prosent av fraværet psykiske sykdommer. En rapport fra Riksrevisjonen viser en dobling av unge uføre fra 10 000 i 2010 til 20 000 til 2023, hvor flertallet er blitt uføre på grunn av psykiske sykdommer. Utgiftene er årlig i milliardklassen. Det er et tap for bedriftene, samfunnet og den enkelte – en bekymringsfull utvikling vi må snu.

Noen er for syke for å jobbe. Men en del blir også sykere av å ikke jobbe. Forskning viser at arbeid på sitt beste og for de fleste er helsefremmende. Å jobbe gir tilhørighet og fellesskap, relasjoner og mening. Vi vet at dette kan være den beste medisin for mange som har psykiske sykdommer.

Det trengs et løft for å inkludere flere mennesker med helseutfordringer i arbeidslivet og få dem tilbake når de faller ut. Det å være i jobb – lite eller mye – må i større grad sees på som en mulighet til å få bedre psykisk helse.

Mental Helse mener at:

- psykisk helsehjelp må kombineres med arbeidsrettede tiltak. For mennesker med psykiske helseutfordringer må det gis et tverrfaglig tilbud der helsevesenet, arbeidsgivere og Nav samarbeider for å gi folk mulighet til å få jobbe eller drive med annen meningsfull aktivitet.
- bevilgningene til Arbeidslivstelefonen bør økes til 3 millioner kroner årlig.
- uføre må få mulighet og bistand til å komme tilbake i arbeid på eget initiativ og kapasitet.
- det må satses på ordninger hvor personer som i dag er uføre grunnet psykiske helseutfordringer får tilgang til en jobb på deres egne premisser. Mål og virkemiddel om økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne må tilbake i IA-avtalen, og denne må forlenges.
- særlig unge uføre må få tilbud om tilpasset arbeid og/eller utdanning.
- kommunene må pålegges å tilsette jobbspesialister for å hjelpe brukere og pasienter med tilrettelagt arbeid som en naturlig del, underveis i og etter behandling.
- det må stilles større krav til arbeidsgivere om psykisk helsefremmende arbeidsplasser, trygt arbeidsmiljø og tiltak mot mobbing og diskriminering.
- offentlige tjenester som Nav, helsetjenester og skoler må samhandle bedre så det blir enklere å forbli i arbeid uten å måtte streve med byråkrati.
- Nav sin praksis for utprøving og arbeidsavklaring må følge rettfærdige og klare retningslinjer på nasjonalt nivå.
- fribeløpet for kombinasjon av arbeidsinntekt og uføretrygd må økes fra 0,4G til 1G.

A grayscale photograph of a person's hands counting a large stack of banknotes on a table. In the background, a kitchen sink and a basket of cutlery are visible. A dark red rectangular box with white text is overlaid on the left side of the image.

Økonomi og bolig

Økonomi har en stor innvirkning på vår psykiske helse, og vedvarende trang økonomi kan føre til psykiske helseutfordringer. Det samme kan mangel på bolig og gode velferdstjenester. Mental Helse understreker viktigheten av at alle har tilgang på en stabil inntekt de kan leve av og at livskostnader holdes på et forsvarlig nivå. Siden 2022 har kostnadene for bolig, mat, elektrisitet og transport økt drastisk for de aller fleste.

Tilgang på en trygg og stabil 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 en trygg bolig er en forutsetning for god psykisk helse.

Mental helse ser med bekymring på at fattige voksne/lavtlønnede ikke tar imot tildelt nødvendig helsehjelp. Egenandeler og utgifter i forbindelse med reise og opphold er ikke tilstrekkelig dekket av det offentlige. Mental Helse skal jobbe for å redusere egenandeler i helsesektoren og jobbe for gode økonomiske støtteordninger, slik at lavtlønnede og fattige kan ta imot nødvendig tildelt helsehjelp.

Gjeldsbyrden i befolkningen har økt betraktelig de siste årene. Derfor er det viktig at skolen og Nav kan tilby økonomisk opplæring og dermed øke forståelsen av personlig økonomi. Dette kan bidra til å øke innsikten i hva som kan føre til for stor gjeld.

Kommunene har en plikt til å gi individuelt tilpasset bistand til vanskeligstilte på boligmarkedet. Denne plikten omfatter også bistand til å skaffe boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonsnedsettelse eller andre årsaker. Til tross for denne plikten om å skaffe boliger til innbyggere med behov, vedtar stadig flere kommuner å ikke kjøpe egnet botilbud til personer

som er utskrivningsklare fra sykehus. Dette medfører at mange blir boende på sykehus i opp til, og over ett år, etter de er ferdig behandlet.

Psykiske helseutfordringer kan forebygges om mennesker føler at de har egenverd og god livskvalitet. Det å ha en bolig kan også bidra til å redusere kriminalitet og fattigdom. Å ha en bolig bør bli anerkjent som en menneskerett og som del av måloppnåelse av FNs bærekrafts mål om sosial ulikhet.

Trygg økonomi og trygg bolig er avgjørende for å kunne bli friskere og unngå tilbakefall. Likevel forskjellsbehandles pasienter økonomisk. Ved langvarige innleggelser grunnet psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer reduseres utbetaling av uføretrygd med opptil 86 prosent dersom man er innlagt på sykehus i over fire måneder. Dette gjøres ikke dersom du er langtidsinnlagt grunnet somatisk sykdom. Dette er en urett som må endres for de pasientene det gjelder.

Mental Helse mener at:

- det er en menneskerett å ha tak over hodet og dermed en bolig.
- en stabil inntekt, forutsigbar økonomi og en trygg bolig er en forutsetning for god psykisk helse. Derfor må offentlige støtteordninger reguleres i takt med økte priser slik at alle mennesker kan leve verdige liv.
- myndighetene i krevende tider skal sørge for at stabil inntekt opprettholdes og at det innføres tiltak mot ekstreme kostnadssvingninger.
- skolen og Nav må tilby opplæring i personlig økonomi.
- egenandeler i helsektoren må reduseres.
- kommunene må tilby tilrettelagte boliger med helsefremmende egenskaper til personer med psykisk helse- og rusutfordringer.
- kommunene må gjøres ansvarlig for bosetting av egne innbyggere, slik at mennesker som er utskrevet fra behandling får et botilbud.
- kommuner må stilles til ansvar for sin plikt til å bidra til at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få bistand til å skaffe seg og beholde bolig.
- alle kommuner skal ha et botilbud innen «eie til leie» og at det må komme nye løsninger på utfordringer i boligmarkedet så flere får tilgang på egen bolig.
- leien på kommunale boliger generelt må reduseres slik at leien står i forhold til husstandens økonomi.
- bostøtten må heves til et nivå som justeres i tråd med økte bostøtgifter generelt.
- den midlertidige økningen av bostøtten blir permanent og forutsigbar for mottaker.
- inkassoordningen må gjennomgås og at renter og salær

permanent reduseres tilsvarende halveringen i 2020.

- det skal være likhet for loven for psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk ved langvarig innleggelse på behandlingsinstitusjon når det gjelder avkorting av offentlige ytelser.



Rus og psykisk helse

Alkohol er det rusmiddelet som påvirker folkehelsen mest og er den tredje viktigste årsaken til tapte friske leveår i Norge. Tall fra folkehelseinstituttet (FHI) viser at blant mennesker med alvorlige psykiske utfordringer er det betydelig flere med skadelig bruk av rusmidler enn hos resten av befolkningen. Majoriteten av pasienter i rusbehandling har også psykisk sykdom. Resultater fra norske studier viser at ni av ti ruspasienter hadde en eller flere psykiske sykdommer.

Ifølge 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, i tillegg til at mange bruker rusmidler som selvmedisinering, eller til å håndtere den psykiske belastningen i hverdagen.

Mental Helse mener at ved å nettopp forebygge psykiske helseutfordringer, vil man også forebygge skadelig rusmiddelbruk. Effekten av forebygging er høyest blant unge, hvor flertallet av rus- og psykiske helseutfordringer oppstår. Vi ønsker å avkriminalisere bruk av rusmidler, og at det gis tilbud om helsehjelp istedenfor straff, i tråd med den tidligere foreslåtte rusreformen.

Så mye som hver tredje pasient i somatiske helsetjenester er innlagt som følge av rusrelaterte utfordringer. Samtidig er det mange i og utenfor rusbehandling som har psykiske og/eller somatiske helseutfordringer. Utfordringen er at de kun får behandling for én sykdom om gangen. Mental Helse mener at helsetjenestene må organiseres slik at de i større grad jobber tverrfaglig og ser hele mennesket, også når det gjelder utfordringer med rus. Rusbruk må ikke være til hinder for å få tilbud om god psykisk helsehjelp. Rusbruk handler ofte om selvmedisinering eller

fungerer som en mestringsstrategi for å håndtere utfordringene man har. Dette kan ikke løses uten å samtidig få hjelp for sine psykiske helseutfordringer.

Mental Helse mener det er uheldig at svært få fullfører påbegynt rusbehandling. Tilbakemeldingene tilsier at manglende mulighet til å medvirke i egen behandling er den viktigste årsaken. Det må sikres at pasientene får oppfylt sin rett til å medvirke i egen behandling.

Mental Helse mener at:

- psykiske helseutfordringer skal forebygges, særlig blant yngre aldersgrupper, for samtidig å forebygge rusavhengighet.
- rusmiddelbruk møtes med helse- og velferdsrettende tiltak fremfor straff.
- antall døgnplasser må økes og at det sikres tilstrekkelig oppholdstid forankret i forskning.
- det skal være et nasjonalt krav om tverrfaglig tilnærming til personer med rusproblemer hvor somatiske og psykiske helseutfordringer blir kartlagt og behandlet.
- det etableres tverrfaglig samhandling innen rus, psykisk helsevern, somatikk og kommunale hjelpetjenester for brukere med sammensatte utfordringer.
- oppfølging etter endt rusbehandling må kvalitetssikres for å hindre tilbakefall.
- ruskonsulenter skal bli en lovpålagt tjeneste i kommunene.
- rusbruk skal ikke være til hinder for å få tilbud om god psykisk helsehjelp.
- Pasientreiseordningen må tilpasses pasienter innen psykisk helsevern og TSB.



Familie og pårørende

Familie og nettverk er det viktigste vi har rundt oss. Nettverket gir svært gode helsefremmende egenskaper, både når det gjelder forebygging og behandling av psykiske helseutfordringer. Familien er et betydningsfullt 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 støttespillere. Verdien av de pårørendes kjennskap og tilknytning til brukeren kan også være en stor ressurs i behandling av psykiske helseutfordringer.

Mental Helse erfarer at pårørende sjelden blir fulgt opp og ivaretatt, selv om det er dokumentert at psykiske helseutfordringer og rusproblemer rammer hele familien.

Barn som pårørende er en utsatt gruppe som lever i en særskilt sårbar og utfordrende livssituasjon.

Barn som pårørende må bli møtt med innsikt og forståelse slik at deres situasjon i en skole- og barnehagehverdag ikke blir ytterligere forverret.

Mental Helse mener at:

- fødeavdelinger må styrkes, så foreldre med behov for oppfølging kan bli lenger på sykehuset for å forhindre fødselsdepresjon.
- Helsestasjoner må styrkes, slik at foreldre med behov for oppfølging blir ivaretatt også etter utskrivning fra sykehus.
- innsatsen mot fødselsdepresjon må styrkes gjennom 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.
- familier ved samlivsbrudd får ekstra psykososial støtte utover dagens tilbud, slik at barnas rett til samvær med begge foreldre ivaretas.
- Mental Helses Foreldresupport må styrkes med 3 millioner kroner ekstra hvert år.
- pårørende blir en naturlig del av behandlingen innen psykisk helse og rus, og at de 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.
- helse- og omsorgstjenester må legge bedre til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner, om støtte til

pårørende.

- helsepersonell må informere pårørende om hva slags tilbud som finnes utenfor det offentlige; frivillige organisasjoner, møteplasser, selvhjelpsgrupper, samtalegrupper osv. hvor de kan få muligheter til å få hjelp og støtte.



mentalhelse.no