



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 23

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

Innhold

1	Innledning	6			
1.1	Resultatmål	7			
1.2	Prioritering og gjennomføring	7			
1.3	Bakgrunn	8	3.2.2	Kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus	42
1.4	Innspill til planen	11			
1.5	Pågående og kommende arbeider	12	3.2.3	Tilgjengelig allmennlegetjeneste	47
1.6	Tilstrekkelig personell og kompetanse	12	3.2.4	Tilbud i spesialisthelsetjenesten	48
1.6.1	Utdanning	14	3.3	Videreutvikle digitale tilbud og tjenester	52
1.6.2	Beholde og rekruttere helsepersonell	16	3.4	Styrke tilbudet til barn og unge ...	56
			3.4.1	Samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og kommunene	56
			3.4.2	Programfinansiering i kommunene	58
2	Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid	19	3.4.3	Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser	59
2.1	Bakgrunn for innsatsområdet	19	3.5	Arbeid og aktivitet som del av behandling	60
2.1.1	Tverrsektorielt eierskap til psykisk helse og livskvalitet	21	3.6	Forebygge vold og overgrep og hjelp og støtte til volds- og traumeutsatte	62
2.2	Styrke befolkningens psykiske helse gjennom livsløpet	22	3.6.1	Vold og overgrep	62
2.2.1	Redusere forekomsten av psykiske plager blant barn og unge	22	3.6.2	Grupper med erfaringer fra krigshendelser	64
2.2.2	Familiens betydning for psykisk helse	22	3.6.3	Psykososial beredskap og oppfølging ved kriser og katastrofer	64
2.2.3	Barnehagen som psykisk helsefremmende arena	25	3.7	Forebygge selvmord og selvskading	65
2.2.4	Psykisk helse i skolen	25	3.8	God kvalitet i tjenestene	67
2.2.5	Psykisk helsefremmende fritids- og kulturarenaer	27	3.8.1	Bruker- og pårørende-medvirkning	67
2.2.6	Sosiale medier og psykisk helse ...	28	3.8.2	Likeverdige tjenester og tilpasset hjelp	70
2.2.7	Psykisk helse og livskvalitet hos studenter	30	3.8.3	Ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet ...	72
2.2.8	Styrke den psykiske helsen hos eldre	31	3.8.4	Forskning og innovasjon	73
2.3	Flere i arbeid, aktivitet og utdanning	32	3.8.5	Kunnskapsbaserte tjenester	74
2.4	Gode boforhold	33			
2.5	Økt kunnskap om psykisk helse i hele befolkningen	35	4	Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov	78
2.6	Forebygge og redusere ensomhet i befolkningen	36	4.1	Bakgrunn for innsatsområdet	78
2.7	Benytte samfunnspsykologisk kunnskap i kommunene	36	4.2	Økt levealder	80
			4.3	Sammenhengende tjenester og forløp	82
3	Gode tjenester der folk bor	38	4.3.1	Gode pasientforløp	82
3.1	Bakgrunn for innsatsområdet	38	4.3.2	Integrerte tjenester og oppsøkende og utadrettede tilbud	83
3.2	God tilgjengelighet og kapasitet ...	41			
3.2.1	Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	41			

4.4	Bedre tjenester til barn og unge med langvarige og sammensatte behov	85	4.5.2	Forebygging av tvang i psykisk helsevern	90
4.4.1	Barnekoordinator	85	4.5.3	Bo- og tjenestetilbud	91
4.4.2	Barn og unge i barnevernet	86	4.6	Riktig bruk av legemidler	93
4.4.3	Barn og unge under straffegjennomføring	87	4.7	Gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren	94
4.4.4	Barn og unge med utviklingsforstyrrelser og samtidige lidelser	88	4.7.1	Dom til tvungen behandling	94
4.4.5	Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer	88	4.7.2	Dom til tvungen omsorg	95
4.5	Bedre tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov	89	4.7.3	Innsatte i fengsel	97
4.5.1	Samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblem	89	4.7.4	Ansvar ved transport av personer med psykiske lidelser	98
			5	Økonomiske og administrative konsekvenser og resultatoppfølging	99
				Litteraturliste	102



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 23

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 9. juni 2023,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*



Figur 1.1

1 Innledning

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Det overordnede målet med opptrappingsplanen er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp.

I denne planen peker regjeringen ut en retning for utviklingen av politikken innen psykisk helsefeltet. Det trengs en sterkere innsats for å forebygge psykiske plager og lidelser. Terskelen for å få hjelp må bli lavere. Samtidig må de med alvorlige psykiske lidelser få mer helhetlig behandling og oppfølging. Vi må ta større hensyn til personellressursene framover. Hvordan oppgaver fordeles og tjenestene organiseres, påvirker bruken av personell. Tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer skal være gode arbeidsplasser med mulighet for faglig utvikling. Pasient- og brukermedvirkning i tjenestene må også styrkes.

Opptappingsplanen er en helhetlig plan for å bedre den psykiske helsen i Norge og utvikle det samlede tjenestetilbudet de neste årene. Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til psykisk helse med 3 mrd. kroner i perioden 2023–2033. Som et ledd i satsingen har regjeringen for budsjettåret 2023 foreslått 150 mill. kroner til tiltak knyttet til opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det ble også øremerket 150 mill. kroner til styrket døgnbehandling innen psykisk helsevern for

barn, unge og voksne av den økte grunnfinansieringen for sykehusene.

Opptappingsplanen innebærer at regjeringen prioriterer psykisk helse og at innsatsen innen psykisk helsefeltet skal trappes opp gjennom en planperiode på ti år. Tidlig i planperioden vil regjeringen prioritere tverrsektoriell forebyggende innsats og tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene for å i større grad å forebygge at psykiske helseplager utvikler seg til å bli psykiske lidelser. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må styrkes for å gi bedre hjelp til de med størst behov. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget i de årlige budsjettene med oppdaterte vurderinger, prioriteringer og forslag til konkrete tiltak. Det betyr at regjeringens opptrappingsplan er et dynamisk dokument, styrt av de overordnede målene for planen, men bygget på den til enhver tid mest oppdaterte og tilgjengelige kunnskapen.

Regjeringen har valgt tre innsatsområder for opptrappingsplanen

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Under hvert innsatsområde er det utvalgte tematiske områder med tilhørende tiltak. De tre innsatsområdene må ses i sammenheng. For eksempel vil bedre og mer tilgjengelige tjenester i kommunene, på sikt kunne bidra til å redusere beho-

vet for langvarig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Noen av pasientene som i dag får helsehjelp i psykisk helsevern, vil heller få tilpasset, tilgjengelig, god og effektiv helsehjelp i kommunene.

1.1 Resultatmål

Tiltakene i opptrappingsplanen skal bidra til bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen, og at det finnes god og lett tilgjengelig hjelp for personer med psykiske helseutfordringer. For å kunne følge utviklingen og måloppnåelsen gjennom planperioden, har regjeringen formulert åtte resultatmål. Resultatmålene dekker alle de tre innsatsområdene i planen.

- Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent
- Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert
- Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus
- Barn og unge som henvises til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)
- Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert
- Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling

Det skal i hovedsak benyttes eksisterende datakilder for å følge med på utviklingen. For enkelte av målene må det imidlertid utvikles nye indikatorer. Se kapittel 5 for nærmere beskrivelse av resultatoppfølging.

1.2 Prioritering og gjennomføring

I starten av planperioden, står tverrsektorielle helsefremmende og forebyggende innsatser sentralt. Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet legges gjennom hele livet og på mange arenaer. Tiltakene må derfor utvikles og iverksettes i flere sektorer. Regjeringen vil videre prioritere å styrke tilgangen til lavterskeltjenester i kommunene som ikke krever henvisning eller diagnose. Resultatmålet om tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud vil operasjonaliseres gjennom videre utredningsarbeid. Regjeringen vil følge med på utviklingen og implementeringen av slike tilbud, blant annet for å sikre at utviklingen av lavterskeltilbud ikke får utilsiktede vridningseffekter for personelltilgang, eksisterende tjenestetilbud eller kommunenes fleksibilitet til lokal tilpassing av sine tjenester og tilbud.

Målet med å rette innsatsen mot helsefremmende og forebyggende tiltak, samt nære og tilgjengelige tjenester i både kommune og spesialisthelsetjenesten, er å bidra til å redusere forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen. Det vil også bidra til at ressursene ikke brukes til å behandle plager og lidelser som kunne vært forebygget eller avhjulpet tidligere. Regjeringen vil rette særlig oppmerksomhet mot helse-, utdannings- og arbeidssektoren – og samarbeidet mellom disse sektorene – blant annet med sikte på å redusere andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser.

Samtidig vil regjeringen jobbe for at de som har behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten, skal få det, og at ventetiden for psykisk helsevern skal reduseres. I tillegg skal barn og unge som henvises til psykisk helsevern, få tilbud om en vurderingssamtale. Regjeringen ønsker også tidlig i planperioden å følge opp funnene i framskrivningene fra de regionale helseforetakene (RHF) om behov for å styrke kapasiteten for mennesker med alvorlig psykisk lidelse og for barn og unge. Tidlig i planperioden ønsker regjeringen også å styrke innsatsen for å bedre livskvalitet og livslengde for dem med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det er også en hovedprioritet for regjeringen at helse- og omsorgstjenestene skal være attraktive arbeidsssteder, og at pasienter og pårørende får medvirke både i hjelpen som gis og i tjenesteutviklingen, og at de mottar god støtte og oppfølging.

Denne planen peker ut en retning for å skape mer bærekraftige og framtidsrettede tjenester til personer med psykiske helseutfordringer. Flere av tiltakene som foreslås i planen krever ytterli-

gere utredning og vil ta tid å gjennomføre. Disse vil regjeringen komme tilbake til senere i planperioden. Eksempler er tiltak for mer tematisk organisering innen psykisk helsevern og tiltak innenfor sikkerhetspsykiatri. Tiltak i helse- og omsorgstjenestene kan ikke utelukkende basere seg på økt tilgang til personell, men må også handle om nye arbeidsformer og endret organisering. Alle tiltak skal vurderes opp mot personellsituasjonen vi nå står i.

1.3 Bakgrunn

De aller fleste i Norge vurderer sin egen helse som god¹, og livskvaliteten er i gjennomsnitt høy i Norge. Likevel er livskvaliteten skjevfordelt, og noen grupper opplever betydelige helseutfordringer. Opplevd livskvalitet følger i stor grad de tradisjonelle sosioøkonomiske skillelinjene. Mennesker med stabil jobb, trygg inntekt, god helse og givende sosiale relasjoner skårer høyere på indikatorer for subjektiv livskvalitet.² Et samfunn med små forskjeller, trygghet og like muligheter er en investering i god psykisk helse for alle.

Samtidig kan alle utvikle psykiske plager og lidelser over korte eller lengre perioder av livet. Det er godt dokumentert at psykiske plager og lidelser kan medføre utenforskap, og at det er en viktig risikofaktor for somatisk sykdom. Det er ingen sykdomsgruppe som gir større helsetap eller medfører større kostnader knyttet til uføretrygd enn psykiske lidelser.³ Derfor må vi gjøre mer for at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god, tilrettelagt og lett tilgjengelig hjelp.

For å fremme god helse og livskvalitet i befolkningen er det behov for et systematisk samarbeid mellom det offentlige, sivilsamfunnet, og privat sektor. Det må dannes bærekraftige strukturer og tjenester som bidrar til å forebygge psykiske plager, lidelser og rusmiddelproblemer, og som sikrer gode tjenester i tiden framover. Løsningene må være kunnskapsbaserte, og være tilpasset brukernes behov, samtidig som de må være bærekraftige. Vi kan ikke planlegge med en bruk av helsepersonell som ikke er realistisk. Helsepersonellkommisjonen mener at det er et stort potensial i å intensivere det strukturerte arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering av arbei-

¹ SSB, 2020b.

² Støren og Rønning, 2021.

³ Folkehelseinstituttet, 2017.

Boks 1.1 Sentrale begreper

Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Tiltak på feltet omfatter hele bredden fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering.

God psykisk helse betoner trivsel og opplevelse av god livskvalitet, mening med tilværelsen og evne til å mestre hverdagens utfordringer, samt fravær av alvorlige psykiske plager og lidelser.

Livskvalitet kan variere fra god til dårlig. God livskvalitet handler om å oppleve å ha det godt og fungere godt – som å oppleve glede, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, interesse, mestring, mening, engasjement og autonomi.

Psykiske plager beskriver plager som kan være belastende, men som kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse.

Psykiske lidelser brukes når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt.

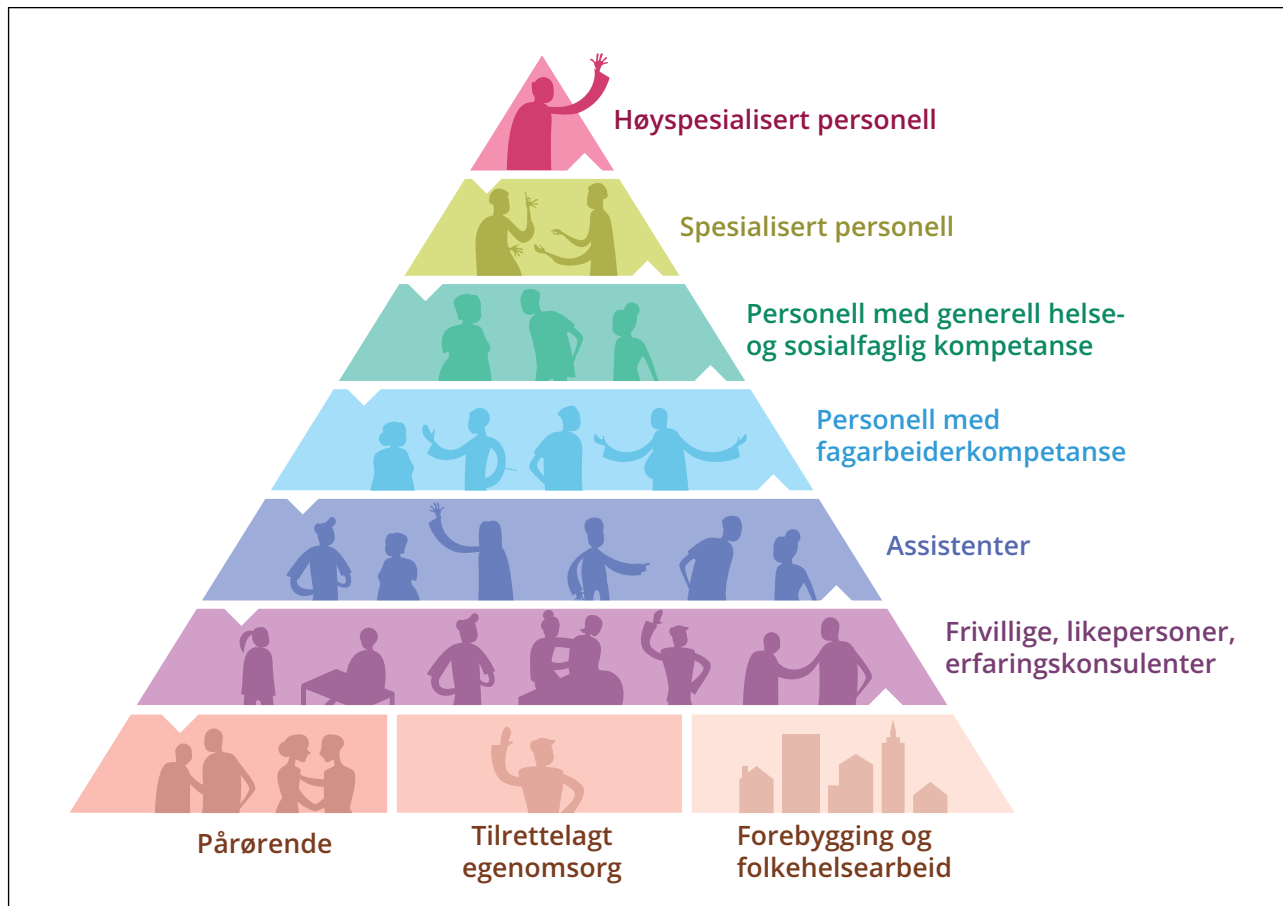
Psykisk helsevern er undersøkelse og behandling av psykiske lidelser som skjer i spesialisthelsetjenesten, det vil si på sykehus eller barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) / distriktpsikiatrisk senter (DPS).

Rusmiddelproblemer er en samlebetegnelse for all bruk av rusmidler som har negative konsekvenser for brukeren, uavhengig av diagnostisk nivå.

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2018.

det. Det vil kunne bidra til å opprettholde kvaliteten på tjenestene, redusere ressursbruken, øke effektiviteten, rette oppmerksomheten på kjerneoppgavene og øke motivasjonen og trivselen blant de ansatte. Se også figur 1.2. Det må rettes en sterkere innsats mot forebygging og helsefremming på tvers av flere sektorer, samtidig som vi utbedrer og styrker tjenestene, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er et stort behov for en helsefremmende innsats for å styrke den psykiske helsen og fore-



Figur 1.2 Skjematisk framstilling av oppgavedeling, bygget nedenfra

Kilde: NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

bygge psykiske plager og lidelser i befolkningen, særlig blant barn og unge, hvor økningen i selvrapporterte psykiske plager har vært stor. Omkring halvparten av psykiske lidelser debuterer i løpet av barne- og ungdomsalder.⁴ Det er derfor avgjørende å komme tidlig til og målrette innsatsen mot arenaer der man treffer barn og unge. Helsefremmende og forebyggende tiltak forutsetter ofte langsiktig, tverrsektoriell innsats. Det er nødvendig å øke den enkeltes kunnskap om hvordan man best kan ivareta og styrke egen psykiske helse for å styrke den psykiske folkehelsen.

Norge har en velutviklet helse- og omsorgstjeneste. Over mange år er utviklingen av polikliniske og ambulante tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling gitt høy prioritet, og det har samtidig vært satsset betydelig på å bygge ut de kommunale tilbudene innen psykisk helse- og rusområdet. Etter forrige *Opptrappingsplan for psykisk helse (1998–2008)* har omstillingen mot mer åpne og utadrettede tjenester blitt videreført i form av styrkede ambulante og polikliniske tjenes-

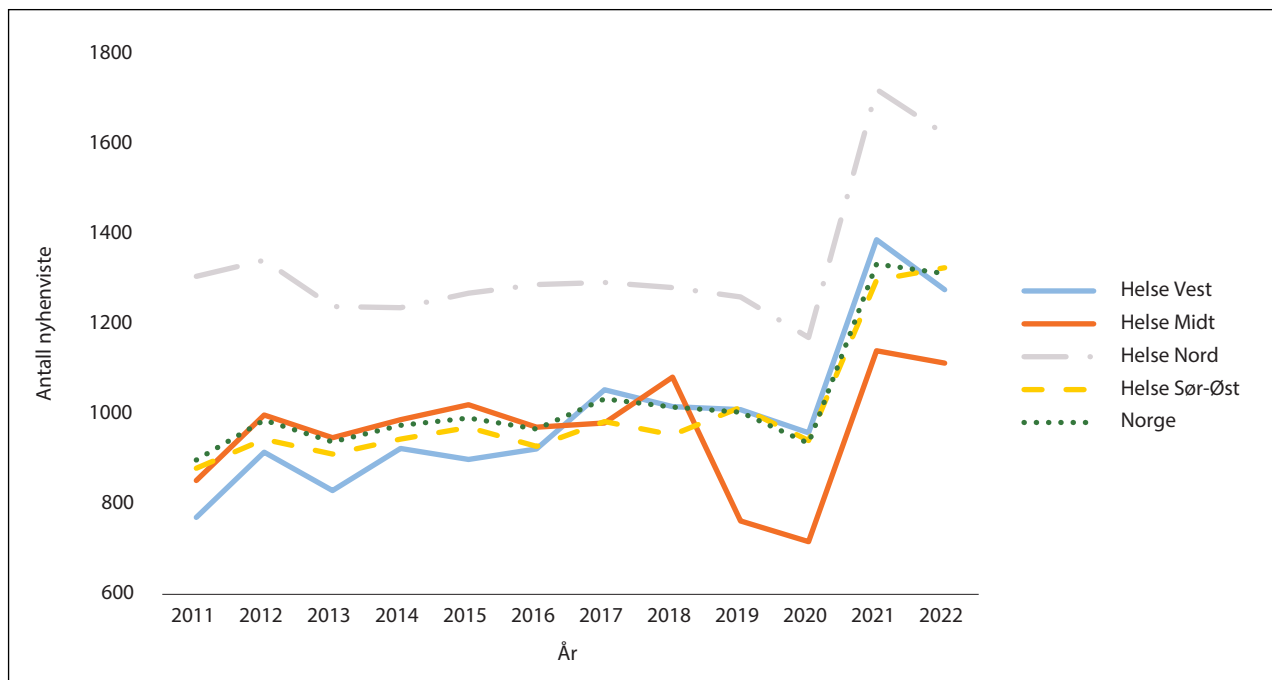
ter i distriktpsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Det har blitt flere årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid⁵, og samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste har blitt styrket gjennom nye samarbeidsløsninger.

Både i Norge og i andre land er det blitt mer vanlig å organisere tilbudet til mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk i tverrfaglige team. Eksempler på dette er ACT (Assertive Community Treatment)- og FACT (Flexible Assertive Community Treatment)-team, rehabiliteringsteam, tidlig intervensjonsteam, rusteam og habiliteringsteam. For å komme tidlig til ved kriser, er det etablert ambulante akutteam (kriseteam) ved DPS og innført brukerstyrte senger. Hensikten er å bidra til å gi tidlig hjelp og forebygging unødige innleggelser.

Samhandlingsreformen og *Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016)* la sentrale føringer for ønsket utvikling og prioritering i tjenestetilbudet rettet mot brukere med psykiske

⁴ Solmi m.fl., 2022.

⁵ Ose og Kaspersen, 2022.



Figur 1.3 Antall nyhenviste til BUP januar–mai per år per 100 000 innbyggere under 18 år over helseregioner

Kilde: Helse Sør-Øst, 2022

vansker. Et formål med *samhandlingsreformen*, utover forbedret samhandling og kontinuitet i og mellom tjenestene, var at mer helsearbeid og behandling skulle foregå i kommunene framfor i spesialisthelsetjenesten. Reformen vektla også behovet for økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon.

Ivaretagelse av menneskerettigheter har vært en grunnleggende drivkraft i utviklingen av lovgivning og tjenester til mennesker med psykiske plager og lidelser. Gjennom de fleste lands tilslutning til forpliktende overnasjonale strategier i regi av WHO og EU gis det klare føringer for landenes utvikling på feltet. Dette skal bidra til bedre rettigheter, mer ressurser til forebygging, behandling og rehabilitering og mer åpenhet og kunnskap.

Mer tilgjengelige behandlingstilbud har bidratt til at mange får god hjelp når de har behov for det. Samtidig viser undersøkelser at det fremdeles er ulik tilgang til tjenestene, og at befolkningen i noen helseregioner får mer behandling for psykiske plager og lidelser enn i andre.

Det har også de siste årene vært en økning i personer som ber om psykisk helsehjelp både fra kommuner og fra psykisk helsevern, særlig blant barn og unge. Korrigert for befolkningsveksten, er det en betydelig økning, om lag 15 prosent fra 2019 til 2021, i barn og unge som tas imot i spesialisthelsetjenesten. Veksten for voksne er på 3 pro-

sent, mens det i den eldste aldersgruppen (65 år og eldre) er en reduksjon på 6 prosent. Mange henvises med mer alvorlig tilstand enn tidligere.⁶ I 2022 meldte 38 prosent av kommunene om stor økning i henvendelser blant barn og unge, og 37 prosent om stor økning i henvendelser for voksne med psykiske helseproblemer.⁷ Figur 1.3 viser utviklingen i antall henviste til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker fra 2011 til 2022. Fra 2019 har det vært en betydelig økning i antall henviste.

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må styrkes for at man skal kunne gi bedre hjelp til dem med størst behov. Det må også prioriteres å utvikle tilgjengelige tilbud i kommunene hvor det er lav terskel for å oppsøke hjelp, slik at flere kan få tidlig hjelp på lavest effektive omsorgsnivå. Videre trengs en tydeligere arbeidsdeling og bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Det er også behov for bedre samhandling mellom helsesektoren og andre sektorer for å sikre gode og helhetlige pasientforløp, samt for å utvikle gode og tilpassede bo- og tjenestetilbud. Det er behov for å videreutvikle samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenesten ved vur-

⁶ Helse Sør-Øst, 2022.

⁷ Ose og Kaspersen, 2022.

deringssamtaler ved henvisning til BUP, og vurdere integrerte tjenester på ett nivå på sikt.

Det rapporteres om store rekrutteringsutfordringer og utskiftning av personell, særlig av spesialister i psykisk helsevern. Personellutfordringene vil tilta framover. Utfordringene må møtes med en helhetlig og strukturert tilnærming til kompetanse- og personellområdet, med mål om å tilby god behandling og bidra til å få tilstrekkelig med fagfolk med rett kompetanse. En slik strukturert tilnærming innebærer blant annet forsvarlig og riktig oppgavedeling og effektiv organisering, riktig bruk av personellbesparende teknologi og behandlingsmetoder, godt arbeidsmiljø og bedre bruk av forskningsbasert kunnskap.

Utfordringene tjenestene står overfor skaper behov for å tenke nytt om hvordan vi utvikler tjenestene og jobber sammen. Den enkelte kommune, det enkelte helseforetak og det enkelte helse- og sosialfaglige personell må ha tilstrekkelig frihet og tillit til å utvikle og tilpasse tilbud og tjenester i møte med hver enkelt bruker og pasient. Pasienter skal ha eierskap til egen behandling. Pasienter, brukere og pårørende skal ha gode muligheter for å medvirke i forsknings-, innovasjons- og utviklingsarbeid for å sikre at løsningene svarer til befolkningens behov. Fagmiljøer innenfor psykisk helse legger til rette for brukermedvirkning i utvikling av tjenestene, men det er fortsatt behov for mer systematisk involvering av brukere og pårørende både i utvikling og i gjennomføring av tjenestene. Videre må det sikres en bedre ivaretagelse og støtte til pårørende.

Det er viktig at helse- og sosialfaglig personell, brukere og pårørende utnytter mulighetene teknologien gir. Digitale tilbud og tjenester som er lette å bruke, tilgjengelige og tilpasset digital kompetanse i befolkningen, kan gi både bedre kvalitet og tilgjengelighet.

Regjeringen vil skape en sterk offentlig helse-tjeneste som er tilgjengelig for alle. Det er viktig at den offentlige helsetjenesten ivaretar en befolkning med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter for å sikre en godt tilpasset helsetjeneste for alle. Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen, og tjenestetilbudet skal tilpasses den enkelte, slik at tilgangen til og kvaliteten på tjenestene blir like god uavhengig av brukernes norskkunnskaper, funksjonsevne, kulturelle tilhørighet, helsekompetanse og sosioøkonomiske bakgrunn. Alle grupper i samfunnet skal ivaretas i de ordinære tjenestene. Dette fordrer at helsepersonell har nødvendig kompetanse for å møte den mangfoldige befolkningen.

Planen er rettet inn både mot befolkningen som helhet og mot personer som står i fare for å utvikle eller har utviklet psykiske problemer eller lidelser, samt deres pårørende. Det legges til grunn at tilbud og tiltak skal rettes mot alle brukere og pasienter uavhengig av alder, bakgrunn, kjønn, kjønnsidentitet, seksuell orientering, funksjonsevne og kulturell tilhørighet.

1.4 Innspill til planen

I arbeidet med opptappingsplanen har regjeringen lagt til rette for en bred innspillprosess. Det er gjennomført flere nasjonale innspillmøter med barne- og ungdomsorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner, bruker- og pårørendeorganisasjoner og studentorganisasjoner. Det er også gjennomført regionale innspillmøter. Det har vært mulig å gi skriftlige innspill til opptappingsplanen. Relevant og omfattende kunnskap til arbeidet med opptappingsplanen har vært innhentet fra Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene og kompetansesentrene på psykisk helse, rus- og voldsfeltet.

Det er lagt til rette for tilpassede muligheter for medvirkning for barn og unge. Et utvalg barn og unge har blitt involvert via et nasjonalt innspillmøte mellom helse- og omsorgsministeren, statsministeren og inviterte barne- og ungdomsorganisasjoner. I tillegg har politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet hatt egne møter med ungdommer fra lokale ungdomsråd i forbindelse med de regionale innspillmøtene. I innspillene har barn og unge vært særlig opptatt av tilgjengelige voksne der unge er, som på skolen. Det handler både om miljøarbeidere/-terapeuter som er tilgjengelige i miljøet, og om flere og mer tilgjengelige helsesykepleiere eller annet helsepersonell. De beskriver et behov for mer kunnskap om psykisk helse. Barn og unge er også opptatt av tilgjengelig og trygg hjelp når de trenger det, kontinuitet i hjelpen, nok informasjon og at tjenestene har kompetanse om kommunikasjon med barn. Flere er opptatt av at psykisk og somatisk helse må ses mer i sammenheng. Behov for gode fritidstilbud, lavterskel møteplasser og spesielt fritidsklubber er også synliggjort i flere av innspillene.

Innspill som ofte går igjen fra andre grupper, er tilgjengelighet til lavterskeltilbud i kommunene og bedre muligheter for å motta hjelp uten henvisning. Flere påpeker mangler i samhandling innad i helsesektoren og på tvers med andre sektorer. Mange ønsker en prioritering av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. I tillegg trekker flere

fram rekrutteringsutfordringer til tjenestene og behovet for å styrke allmennlegetjenesten for en mer helhetlig og godt fungerende helse- og omsorgstjeneste.

1.5 Pågående og kommende arbeider

Regjeringen har satt i gang flere arbeider som vil påvirke psykisk helse-feltet i planperioden.

De mest sentrale arbeidene for denne opptappingsplanen er:

Regjeringens tillitsreform har mål om å øke handlingsrommet til førstelinjen i staten og kommunesektoren og gi den mer faglig frihet, slik at offentlig sektor kan gi mer velferd og bedre tjenester til innbyggerne til rett tid.

Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar som ble lagt fram for Stortinget våren 2023. Meldingen bygger på premissene om at hel-

sefremmende arbeid og forebygging må skje på alle samfunnsområder.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal etter planen legges fram for Stortinget høsten 2023. Meldingen skal dekke både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester, digitalisering og helsepersonell vil være noen sentrale temaer som er særlig relevante for psykisk helse-feltet.

Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet skal etter planen legges fram som en stortingsmelding i 2024. Formålet med reformen er å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk, og bruk av vanedannende legemidler og dopingmidler, for enkeltpersoner og for samfunnet. Gjennom reformen skal regjeringen forebygge rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk bedre og komme tidligere inn med god hjelp og oppfølging.

Stortingsmeldingen om «Bo trygt hjemme»-reformen skal legges fram for Stortinget i 2023 og

Boks 1.2 Planarbeid i Norden

Danmark publiserte i 2022 en 10-års plan innen psykisk helse, *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. Planen har fem prioriterte innsatsområder:

1. Oppbygging av et lett tilgjengelig tilbud i kommunene til barn og unge med psykisk «mistrivsel» og symptomer på psykiske lidelser.
2. Styrke innsatsen for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.
3. Avstigmatisering av psykiske lidelser
4. Styrkede tverrfaglige og evidensbaserte miljø
5. Forskning og utvikling

Innsatsen prioriteres der behovet anses som størst. Dette gjøres gjennom å opprette et lett tilgjengelig tilbud i kommunene for barn og unge, og styrke innsatsen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser / behov for omfattende hjelp. Samtidig skal det skapes bedre rammer i både primær- og spesialisthelsetjenesten ved blant annet å prioritere kvalitet, utvikling og forskning – både for å kunne tilby mennesker med psykiske lidelser den mest nyttige behandlingen, og for å rekruttere og beholde personell.

I Finland har de nylig lansert nasjonal psykisk helsestrategi og program for selvmordsforebygging 2020–2030. Strategien anerkjenner viktigheten av psykisk helse i en verden i endring.

Strategien bygger på langsiktige forberedelser og bredt anlagt samarbeid, og har fem satsningsområder:

1. psykisk helse som kapital
2. psykisk helse for barn og unge
3. psykisk helse som rettighet
4. tilpassede, brede psykiske helse-tjenester
5. psykisk helse – ledelse/styring

Strategien skal først implementeres ved å øke tilgjengeligheten av forebyggende tjenester og terapier på grunnleggende nivå og ved å forbedre samarbeidsstrukturene som er nødvendige for å opprettholde disse tjenestene. Andre tiltak tar sikte på å bedre arbeidsrettede psykiske helsetjenester, heve nivået på psykisk helsekompetanse i kommunene og trappe opp selvmordsforebyggende innsats.

Kilde: Sunhedsstyrelsen, 2022; Ministry of Social Affairs and Health, 2020.

skal bidra til at eldre kan bo lenger i egen bolig, dersom de kan og vil. Løsninger som legger til rette for at flest mulig skal oppleve mestring og kunne leve gode og selvstendige liv, vil ha stor betydning for den psykiske helsen til eldre.

Opptreppingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner legges etter planen fram for stortinget høsten 2023. Planen skal styrke innsatsen for å forebygge og bekjempe vold og overgrep, og for å ta vare på de voldsutsatte. Tiltak for å forebygge vold og å hjelpe voldsutsatte vil kunne bidra til å forebygge psykiske helseplager.

Handlingsplan mot spilleproblemer (2022–2025) skal sikre at det blir jobbet langsiktig, systematisk og målrettet med å forebygge spilleproblemer i den norske befolkningen. Mange med spilleproblemer har ledsagende psykiske og somatiske helseplager samt store økonomiske belastninger.⁸ Det er derfor behov for oppmerksomhet på helsemessige utfordringer hos personer med penge- og dataspillproblemer, både når det gjelder forebygging, tidlig identifisering, behandling og oppfølging.

Regjeringens langtidspan for forskning og høyere utdanning (2023–2030) ble lagt fram av Kunnskapsdepartementet, men er utarbeidet av departementene i fellesskap. Helse er nå en av planens tematiske prioriteringer. Behovet for mer forskning om både forebygging og effektiv behandling innenfor psykisk helse er omtalt i planen. Med langtidspanen lanserte regjeringen et målrettet samfunnsoppdrag om å inkludere barn og unge i utdanning, arbeidsliv og samfunnsliv.

Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026) skal bidra til å øke livskvaliteten til skeive, sikre deres rettigheter og legge til rette for større aksept for kjønns- og seksualitetsmangfold.

Styrkingen av allmennlegetjenesten skal bidra til at flere leger velger å bli allmennlege og understøtte at fastlegen kan bruke mer av sin tid på å følge opp pasienter med store og sammensatte behov. Dette er viktig for mange pasienter med psykiske helseutfordringer og rusmiddelproblemer.

Nasjonal livskvalitetsstrategi, som regjeringen forankrer i folkehelsemeldinga, skal bidra til mer kunnskap om livskvaliteten i befolkningen, og til at det utvikles tiltak som skaper et mer helsefremmende og rettferdig samfunn og bidrar til å utjevne sosiale og geografiske forskjeller i livskva-

litet. Strategien skal etter planen legges fram i 2024.

1.6 Tilstrekkelig personell og kompetanse

Personellet er den viktigste ressursen for å gi trygge og gode tjenester til personer med psykiske helseutfordringer. Personell er et knapphetsgode og vil i enda større grad være det framover. For å ivareta personellbehovet og å sikre riktig bruk av kompetanse må det tas flere grep samtidig. En viktig del av kapasitetsoppbyggingen må blant annet skje gjennom bedre oppgavedeling og bruk av tilgjengelig personell. I tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer er det store rekrutteringsutfordringer og frafall av ansatte. Rekrutteringsutfordringene i spesialisthelsetjenesten gjelder særlig psykologspesialister og psykiatere. I kommunene rapporteres det om problemer med rekruttering av psykologer, sykepleiere, inkludert helsesykepleiere, vernepleiere og sosionomer.⁹ Mange går over til private tjenester og noen helt ut av tjenestene. Regjeringen ønsker at helsepersonell har nok tid til pasientene, men også tid til å engasjere og involvere seg i den faglige utviklingen av tjenestene. Det er derfor satt følgende resultatmål for opptreppingsplanen: Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling. Dette er også i tråd med tillitsreformen som blant annet har som mål å detaljstyre

Boks 1.3 Regjeringen vil

- Bidra til å sikre nok personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, herunder
 - Vurdere anbefalinger fra de regionale helseforetakene om tiltak for å beholde og rekruttere personell innen psykisk helsevern og TSB
 - Utrede en offentlig spesialistgodkjenningsordning for utvalgte grupper av kliniske psykologer
 - Vurdere tiltak for å bedre kjønnsbalansen i helsesykepleierutdanningen, herunder vurdere kjønnspoeng eller kvotering

⁸ Helsenorge, 2022; Kristensen m.fl., (2022).

⁹ Ose og Kaspersen, 2022.

mindre og å øke handlingsrommet for ansatte. Tiltak for å sikre tilstrekkelig personell og kompetanse vil videreutvikles gjennom planperioden samt i regjeringens kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Gode tjenester til personer med psykiske helseutfordringer i hele landet er grunnleggende for å kunne ivareta innbyggernes behov. Regjeringen vil ta aktive grep for å satse på et trygt og godt arbeidsliv for alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Gjennom *tillitsreformen* vil regjeringen bidra til myndiggjorte medarbeidere, som settes i stand til å tilrettelegge tjenester i dialog med brukeren og de pårørende. *Tillitsreformen* skal ligge til grunn for utviklingen av tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer, slik at tilnærmingen blir nedenfra og opp. Det handler om å støtte kommunene og helseforetakene med riktige virkemidler og verktøy, og samtidig gi de ansatte tid og tillit til å gi brukere og pasienter bedre tjenester.

Regjeringen ønsker at tjenestene i større grad skal jobbe helsefremmende og forebyggende generelt, og innenfor psykisk helse og rus spesielt. Det er behov for å tenke nytt om hvordan vi samarbeider og løser oppgavene, slik at rett kompetanse settes inn til rett tid, og bidrar til best mulig bruk av tilgjengelig personell.

Tall fra SSBs framskrivning av etterspørsel etter helsepersonell (HELSEMOD) viser at behovet for helse- og omsorgspersonell vil øke med 33 prosent på nasjonalt nivå, det vil si fra ca. 310.000 i 2017 til ca. 411.000 i 2035. Veksten vil være størst i hjemmetjenestene og i sykehjem.¹⁰ Som Helsepersonellkommisjonen beskriver, kan imidlertid ikke bemanningsutviklingen fortsette i takt med den demografiske veksten, siden personell i større grad vil bli et knapphetsgode framover. Det er behov for å finne fram til nye måter å løse oppgavene på, herunder riktig oppgavedeling, endrede arbeidsformer og personellbesparende teknologier.

1.6.1 Utdanning

Regjeringen er opptatt av kvalitet og kapasitet i utdanningene som retter seg mot helse- og omsorgstjenesten generelt og mot tjenestene til mennesker med psykiske helseutfordringer spesielt.

Profesjonsutdanningene er viktig for at velferdsstatens tjenester skal ha god tilgang på kom-

petent arbeidskraft. Utdanningene må ha riktig innhold slik at studentene får oppdatert og relevant kunnskap. Det er også viktig at utdanningene er inkluderende, ettersom det bidrar til økt representativitet i arbeidslivet. Kompetanse som kan møte en mangfoldig befolkning, er også viktig for å nå målet om likeverdige tjenester for mennesker med psykiske helseutfordringer. Våren 2024 vil regjeringen legge fram en melding til Stortinget om profesjonsutdanningene. Meldingen vil ha hovedvekt på helse- og sosial-, lærer-, og ingeniørutdanningene.

Myndighetene og de høyere utdanningsinstitusjonene har et samlet ansvar for å dimensjonere tilbudet av utdanning. De sentrale myndighetene har et ansvar for den samlede utdanningskapasiteten, blant annet gjennom å tildele nye studieplasser. Universitetene og høyskolene har ansvar for å dimensjonere sin studieportefølje i tråd med studie-søking og arbeidsmarkedsbehov. Utdanningsinstitusjonene skal sørge for å utdanne kandidater i tråd med samfunnets behov for kompetanse.

Helse- og sosialfag er et område som prioriteres høyt ved tildeling av nye studieplasser, og som det er god søking til. Myndighetene har tildelt midler til over 1 500 nye studieplasser innen helse- og sosialfag siden 2015, og omtrent halvparten av studieplassene har gått til bachelor i sykepleie.

I Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehov i Norge* ser regjeringen nærmere på hva som vil bli de viktigste kompetansebehovene fremover. For å håndtere den demografiske utviklingen og økningen i antall eldre og for å kunne ha gode velferdstjenester i hele landet vil det bli behov for mer arbeidskraft med helse- og omsorgskompetanse. I meldingen redegjør regjeringen for en forventning om at universiteter og høyskoler innenfor sin portefølje skal prioritere ressurser til helsefag, IT og områder som er viktig for det grønne skiftet. Her vil det være aktuelt å prioritere studieretninger som kan bidra til å styrke psykisk helse.

Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger utvikles gjennom det nasjonale systemet for retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS). Formålet er at utdanningene er tilpasset behovet til pasienter, brukere og tjenestene. Målsettingen med RETHOS er at utdanningene skal være framtidsrettet, og at både tjenestene og brukerne får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene.

Grunnutdanning i psykologi inngår i RETHOS. Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning ble vedtatt i 2020. Det er også vedtatt to

¹⁰ Hjemås m.fl., 2019.

Boks 1.4 Helsepersonellkommisjonens vurdering av framtidig behov for personell i helse- og omsorgstjenesten

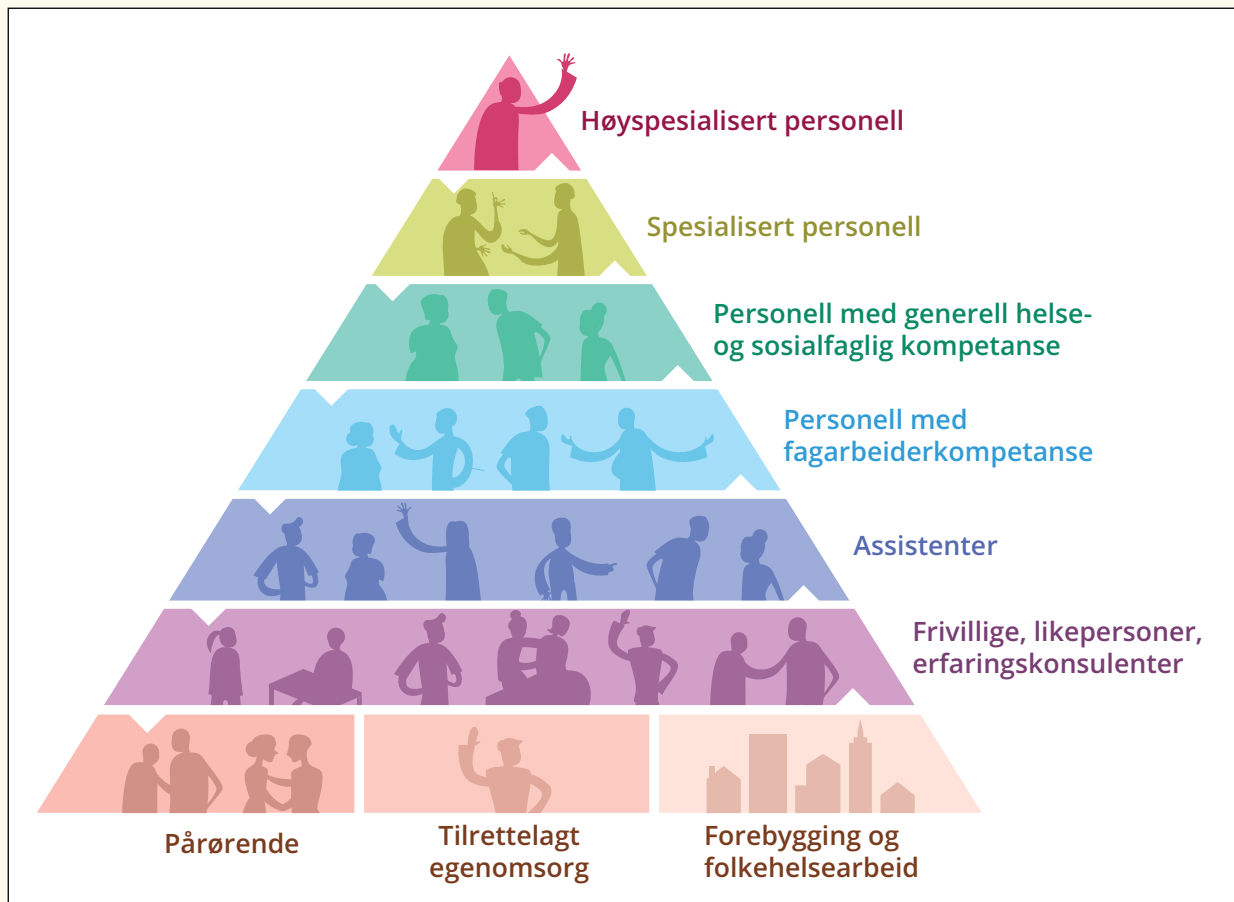
Helsepersonellkommisjonen la i 2023 fram rapporten *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023: 4).

Veksten i befolkningen i yrkesaktiv alder vil om kort tid stoppe opp, og antallet i aldersgruppen 16–66 år vil falle om få år. Samtidig vil antallet personer over 80 år nær dobles over de neste 20 årene. Utviklingen går også mot større etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Kommisjonen gir uttrykk for at personellbehovene i kommunene vil øke, særlig i omsorgstjenestene, og at innsatsen framover derfor må styres mot kommunal omsorg for å klare å håndtere det økende antallet eldre. Kommisjonen konkluderer med at det blir færre ansatte per pasient i årene framover.

Helsepersonellkommisjonen mener at hovedprioriteten for helsepolitikere bør være å utvikle tiltak og investere i løsninger som gir lavest mulig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som befolkningen over hele

landet skal få gode helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet.

For å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som kan tilby gode tjenester i årene fremover foreslår Helsepersonellkommisjonen tiltak innen sju tiltaksområder: oppgavedeling, organisering og samhandling, arbeidsforhold og arbeidstid, utdanning og kompetanseutvikling, prioritering og reduksjon av overbehandling, og digitalisering og teknologisk utvikling. Kommisjonen vurderer at samlede tiltak vil kunne bidra til en reduksjon i tilbud av og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Det vil også kunne gi en bedre og mer effektiv bruk av personellet som samtidig gir høyere trivsel og kompetanseutvikling for den enkelte. Det pekes spesielt på en styrking av karrieremulighetene for fagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene som kan gi økt søkning til yrkesfaglige utdanningsprogram i hele landet.



Figur 1.4 Skjematisert framstilling av oppgavedeling, bygget nedenfra

(Boks forts.)

Helsepersonellkommisjonen mener at det ligger store muligheter i å intensivere det strukturerte arbeidet med riktig oppgavedeling og god organisering av arbeidet. Det vil kunne bidra til å opprettholde kvaliteten på tjenestene, redusere ressursbruken, øke effektiviteten, øke oppmerksomheten på kjerneoppgavene og øke motivasjonen og trivselen blant de ansatte. Med knapphet på helsepersonell er det viktig å være bevisst på hva personellet skal gjøre og ivareta i løpet av en arbeidsdag. Forsvarlighetskravet skal alltid legges til grunn for arbeidet med rik-

tig oppgavedeling. Det innebærer også å fordele oppgaver til annet personell der helsefaglig kompetanse ikke er nødvendig for oppgaveutførelsen.

Helsepersonellkommisjonens utredning var på høring til 2. mai 2023 og vil danne et kunnskapsgrunnlag blant annet for Nasjonal helse- og samhandlingsplan som planlegges lagt fram mot slutten av 2023.

Kilde: NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*; Jia, Z. m.fl., 2023.

nye nasjonale retningslinjer (forskrifter) for videreutdanning innen psykisk helse og rus. Dette er masterutdanning i sykepleie innen psykisk helse, rus og avhengighet (2022) og tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid (2022). Mange fagskoler har utdanningstilbud innen psykisk helse for fagarbeidere.

Utdanning av psykiatere skjer i tjenesten i egne stillinger for leger i spesialisering (LIS 3), med utdanningsløp i henhold til en plan for den enkelte lege. Helsedirektoratet har ansvar for å fastsette læringsmål og anbefalinger om tilhørende læringsaktiviteter. Helseforetakene har ansvar for å legge til rette for at læringsmålene oppnås for den enkelte LIS. Offentlig spesialistgodkjenning som psykiater gis når læringsmålene er oppfylt. For å styrke rekrutteringen til spesialitetene i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri blir 31 LIS1-stillinger høsten 2023 koblet til videre spesialisering i disse spesialitetene.

Spesialistutdanningen for psykologer ivaretas i dag av Norsk psykologforening, og psykologspesialister oppnår ikke offentlig spesialistgodkjenning siden læringsmålene i spesialiseringen ikke er myndighetsfastsatte. Regjeringen vil utrede en offentlig spesialistgodkjenningsordning for utvalgte grupper av kliniske psykologer. Bedre tilrettelagt utdanning for psykologspesialister kan gi bedre rekruttering og karriereutvikling. Det er særlig viktig for rekruttering i distriktene å kunne tilby spesialisering lokalt. Utredningen av en ordning må skje i samarbeid med relevante aktører, herunder Psykologforeningen og de psykologiske fagmiljøene. Departementet mener utredningen bør ta utgangspunkt i legenes spesialistutdanning, men i en tilpasset og enklere form.

1.6.2 Beholde og rekruttere helsepersonell

For å bidra til utvikling av mer tilgjengelige og tilrettelagte tjenester for personer med psykiske helseutfordringer vil regjeringen bistå kommuner og helseforetak i å sikre nok personell med riktig kompetanse. I tillegg til konkrete rekrutteringstiltak, kan tiltak knyttet til ledelse, arbeids- og fagmiljø og kompetanseheving ha en positiv innvirkning på rekrutteringen og på å beholde personell i tjenestene. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å jobbe videre med tiltak for å beholde, rekruttere og utvikle personell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes. De regionale helseforetakene vil levere anbefalinger på omstillingstiltak september 2023, og behov for nasjonale tiltak vil konkretiseres senere i planperioden og i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det er brukernes og deres pårørendes helhetlige behov som er utgangspunktet for utviklingen av tjenestetilbudet. Deres behov vil variere. Derfor bør det oppfordres til å rekruttere bredere enn de tradisjonelle utdanningsgruppene innenfor psykisk helse. Økt vektlegging av helsefremmende tiltak betyr at det er behov for større faglig bredde og tverrfaglig samarbeid. Det kan også bety at det er behov for kompetanse om psykisk helse i andre tjenester, særlig i barnevernet.

Det rapporteres om rekrutteringsutfordringer, særlig av psykologspesialister og psykiatere, i spesialisthelsetjenesten. Det er stor utskifting blant psykologene, som både går ut av den offentlige tjenesten og over i private tjenester, og helt ut av helse-tjenestene. Riksrevisjonen finner i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester at over 60 prosent av poli-

klirikker i psykisk helsevern har ubesatte stillinger pga. rekrutteringsutfordringer, og mange har ikke spesialister.¹¹ Utfordringene er størst i Nord-Norge. Samtidig rapporteres det om betydelig personellmangel i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde personell.¹² Økende vansker med å rekruttere og beholde fagpersoner kan føre til at faglige fellesskap forvitrer. En tjeneste som legger til rette for faglig utvikling av den enkelte ansatte og ivaretar et aktivt fagmiljø, er også en attraktiv arbeidsplass.

Det kommer fram av KS' arbeidsgivermonitor for 2021 at nesten alle kommuner har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og at de fleste også har utfordringer med å rekruttere leger, psykologer, vernepleiere, helsefagarbeidere, og andre relevante fagarbeidergrupper. Nærmere halvparten av landets kommuner har utfordringer med å rekruttere fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer og barne- og ungdomsarbeidere. Det er mange faktorer som påvirker rekruttering og rekrutteringsutfordringene har sammensatte årsaker. Mangel på heltidsstillinger og manglende muligheter for faglig utvikling grunnet små fagmiljøer er noen viktige forklaringer. Når det gjelder leger, er det også flere årsaker, blant annet økende arbeidsbelastning generelt. I små kommuner er det stor legevaktbelastning.¹³ Når det gjelder rekruttering av psykologer i kommunen ble gode fagmiljøer, veiledning og mulighet for spesialisering i kommunene trukket fram som viktig i evalueringen av tilskudd til psykologer i kommunen.¹⁴

Vold og trusler mot ansatte er en utfordring innenfor helse- og sosialsektoren i kommunene¹⁵ og i spesialisthelsetjenesten. En kartlegging fra Helsedirektoratet i 2017 viser at det var en økning i antall rapporterte tilfeller av vold og trusler i helseforetakene i perioden 2012–2016.¹⁶ Mye tyder på at økningen har fortsatt etter 2016.¹⁷ Trusler om vold er en faktor som også må tas hensyn til i rekruttering til noen fagområder, som akutt- og sikkerhetspsykiatri. En annen utfordring er rasisme, diskriminering og trakassering på arbeidsplassen. Forskning har vist at mange helse- og omsorgsarbeidere med innvandrerbak-

Boks 1.5 Kompetansebroen

Kompetansebroen er en nettportal for kompetansedeling og samhandling i helsetjenesten. Her kan helsepersonell finne informasjon og nyttige læringsressurser. Formålet med Kompetansebroen er gjensidig og effektiv informasjons- og kompetansedeling mellom utdanningsinstitusjoner, kommuner/bydeler og sykehus.

Kilde: Kompetansebroen, 2023.

grunn opplever rasisme, diskriminering og trakassering når de utfører sitt arbeid. Regjeringen skal legge fram en ny handlingsplan mot rasisme og diskriminering.

I Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester kommer det fram at 70 prosent av behandlerne innen psykisk helse ikke har nok tid til faglig utvikling og at hver fjerde har vansker med å skaffe oppdatert kunnskap om effekten av behandlingsmetoder. Med tanke på å iverksette virksom behandling, men også å rekruttere og beholde personell, er det viktig å ivareta fagutvikling og kompetansehevning som del av den daglige driften. Systemer for å sikre at fagfolkene får tilgang til forskning, kunnskap og nye behandlingsformer blir viktig framover.

Mange fagpersoner rapporterer om tidspress og lite tid til kjerneoppgavene. Det pekes blant annet på rapporteringskrav som hindre for å utføre kjerneoppgavene. Det er et mål å redusere og effektivisere rapportering i psykisk helsevern. Dette er også i tråd med tillitsreformen, som blant annet har som mål at det skal være mindre detaljstyring, og at de som jobber i tjenestene, skal få økt handlingsrom.¹⁸ De regionale helseforetakene har i 2023 fått i oppdrag å gjennomgå rapporteringskrav i psykisk helsevern og TSB og foreslå endringer og tiltak. Helsedirektoratet jobber samtidig med å videreutvikle og forenkle de nasjonale pasientforløpene, og vil se på hvilke rapporteringskrav som per i dag ikke benyttes til nasjonale kvalitetsindikatorer og dermed kan vurderes tatt ut. Helsedirektoratet vil også følge med på hvilke endringer og tiltak de regionale helseforetakene vil anbefale i sitt oppdrag, samt hvilke forløpsdata de nye nasjonale kvalitetsregistre for psykisk

¹¹ Riksrevisjonen, 2021.

¹² Ose og Kaspersen, 2022.

¹³ Helsedirektoratet, 2021c.

¹⁴ Kaspersen m.fl., 2018.

¹⁵ Hagen og Svalund, 2019.

¹⁶ Helsedirektoratet, 2017b.

¹⁷ Tømmerbakke, 2020.

¹⁸ Regjeringen, u.å.

helsevern voksne og for barn og unge planlegger å benytte. De reviderte pasientforløpene vil sendes på høring høsten 2023 og være klare for implementering i tjenestene i 2024.

De fleste helsepersonellgrupper har kompetanse innen psykisk helse. For eksempel ivaretar allmennlegene, helsefagarbeiderne og sykepleierne også denne delen av pasientenes helse som del av sitt arbeid i hele helse- og omsorgstjenesten. Helsefagarbeidere og aktivtører med spesialutdanning innen psykisk helse er viktige i arbeidet med å bygge det grunnleggende tjenestetilbudet i kommunene. Fagutdanningene tilbys som videregående opplæring over hele landet, og det er et stort og urealisert potensial for bedre bruk og utvikling av fagarbeideres kompetanse gjennom hele yrkeslivet. For å sikre bedre bruk av tilgjengelig personell foreslår Helsepersonellkommisjonen å etablere et prinsipp der bemanningen av tjenestene starter nedenfra (se figur 1.4), slik at personellens kompetanse og kapasitet utnyttes best mulig. Ett konkret eksempel er å utvide bruken av helsefagarbeidere, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Den største personellgruppen i psykisk helsevern er sykepleiere. Det er utviklet en ny masterutdanning for spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus.¹⁹ Vernepleiere og sosionomer er også store personellgrupper som arbeider i psykisk helsevern. Leger/psykiatere og psykologer/psykologspesialister er de gruppene det rapporteres å være størst mangel på, og mest krevende å rekruttere.

En strukturert tilnærming til riktig oppgavedeling mellom personellgruppene vil være viktig for å benytte personellressursene bedre og frigjøre tid til mer pasientkontakt. Oppgavedeling mellom personellgrupper, og i teamsamarbeid innad i og på tvers av spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, kan også bidra til en lettere arbeidssituasjon, samtidig som man bygger faglige fellesskap. Andre faggrupper som sosionomer har en viktig rolle for å ivareta blant annet

psykososiale problemstillinger i helse- og sosialtjenestene og i skolen.

Kjønnsbalanse blant personell

Fra 2016 til 2020 har det vært en jevn økning i sysselsatte menn i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig utgjorde menn fortsatt bare 15,2 prosent av alle sysselsatte i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2020.²⁰ Få menn i tjenestene er utfordrende av flere grunner. For eksempel er det utfordrende når brukere og pasienter ønsker å møte en mannlig ansatt. Få menn i tjenestene vil også kunne ha en betydning for de ansattes arbeidsmiljø.

Regjeringen ønsker å øke andelen menn som jobber i helse- og omsorgstjenesten. For eksempel finnes det svært få menn som utdannes til å bli helsesykepleiere. Dette er en utfordring for de som kan ha behov for å møte en mannlig helsesykepleier på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten. Regjeringen vil vurdere tiltak for å bedre kjønnsbalansen i helsesykepleierutdanningen, herunder vurdere kjønnspoeng eller kvotering. Se også kapittel 3.2.2 om helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Boks 1.6 Menn i helse

Menn i helse er et rekrutteringstiltak, som har som mål å øke andelen menn i tjenesten gjennom et komprimert utdanningsforløp mot fagbrev som helsefagarbeider. Tiltaket retter seg mot arbeidssøkende menn mellom 25 og 55 år. I tillegg til økt rekruttering til helse- og omsorgssektoren bidrar Menn i helse til økt mangfold blant de ansatte i tjenesten og tilbakeføring til arbeidslivet, som igjen kan ha stor betydning for god psykisk helse.

¹⁹ Utdanning.no, u.å.

²⁰ Helsedirektoratet, 2021c.



Figur 2.1

2 Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid

Grunnlaget for god psykisk helse og livskvalitet legges gjennom hele livet og på mange arenaer: i familien, i barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner, i arbeidslivet, i lokalmiljøet, blant venner og gjennom deltakelse i fritids- og kulturaktiviteter. Innsatsen må derfor rettes mot disse arenaene, der mulighetene for å drive effektiv forebygging og psykisk helsefremming er store. Gjennom denne opptappingsplanen vil regjeringen løfte fram ulike helsefremmende og forebyggende tiltak som kan bidra til økt livskvalitet og bedre helse gjennom hele livsløpet. Det er særlig et mål å redusere psykiske plager hos barn og unge og å redusere andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser. Regjeringen vil også jobbe for å øke kunnskapen om psykisk helse og iverksette tiltak for å forebygge ensomhet.

2.1 Bakgrunn for innsatsområdet

Det psykisk *helsefremmende* arbeidet kjennetegnes ved en styrking av den psykiske helsen gjennom tiltak som øker livskvalitet, mestring, selvbilde, kunnskap om gode valg for egen helse og evne til å håndtere motgang og belastninger i livet. Hensikten med det *forebyggende* arbeidet er å redusere kjente risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet kan rette seg mot hele befolkningen, mot grupper og mot individer.

Psykiske lidelser bidrar i stor grad til den samlede sykdomsbyrden i Norge. Sykdomsbyrden som skyldes helsetap (målt i YLD – Years lived with disability) er i betydelig grad preget av psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer.¹ De fleste aldersgrupper rammes av disse tilstandene, men psykiske lidelser utgjør en spesielt stor andel av helsetapet blant unge og de i arbeidsfør alder samt i deler av innvandrerbefolkningen. Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap allerede fra tiårsalderen.²

Mens forekomsten av psykiske lidelser blant voksne er relativt stabil over tid, har andelen barn og unge som er registrert med diagnosekoder i primærhelsetjenesten økt. Det har også vært en økning i andelen unge jenter som blir behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten. Det har videre vært en betydelig økning i selvrapporterte psykiske plager blant barn og unge, og særlig blant jenter. Folkehelseinstituttet framhever at de viktigste mulige faktorene som kan ha bidratt til økningen er bruk av sosiale medier og skjermbruk, opplevd stress og press, og søvn og søvnproblemer.³

Forskning viser at psykiske lidelser er sosialt skjevfordelt.⁴ Psykiske lidelser er 3–4 ganger mer utbredt hos barn av foreldre med lav inntekt.

¹ Tesli m. fl., 2023.

² Tollånes m. fl., 2018.

³ Folkehelseinstituttet, 2023a.

⁴ Kinge m.fl., 2021; Evensen m.fl., 2021.

Boks 2.1 Regjeringen vil

- Styrke befolkningens psykiske helse gjennom hele livsløpet, blant annet ved å
 - Redusere forekomsten av psykiske plager blant barn og unge, herunder
 - Vurdere forebyggende tiltak i tråd med resultatene fra analysene om utviklingen i Ungdata og SHoT
 - Bidra til mer systematisk og kunnskapsbasert foreldrestøtte, herunder
 - Vurdere tiltak for foreldrestøtte under og etter svangerskap
 - Utrede behov for tiltak for å forebygge og behandle svangerskaps- eller fødselsdepresjon
 - Vurdere tiltak for å styrke barnehagen som psykisk helsefremmende arena. Tiltakene skal være basert på et bredt kunnskapsgrunnlag om kvalitet i barnehagen.
 - Målrette og styrke skolens arbeid med psykisk helse, herunder
 - Legge til rette for at midlene til tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen» i større grad bidrar til å støtte skolens arbeid med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring, herunder psykisk helse, gjennom:
 - kompetansepakke om folkehelse og livsmestring hvor psykisk helse inngår
 - tilskudd til undervisningsressurser
 - forskning og evaluering av arbeid med psykisk helse i skolen
 - Gjennomgå eksisterende nasjonale tiltak og vurdere hvilke kompetansebehov skolene har for å bygge inkluderende, trygge og gode skolemiljø
 - Støtte opp om psykisk helsefremmende fritids- og kulturarenaer
 - Øke oppmerksomheten om sammenhenger mellom bruk av sosiale medier og psykisk helse, herunder
 - Opprette et utvalg som skal se på barn og unges skjermbruk
 - Legge frem en stortingsmelding om trygg digital oppvekst
 - Bidra til å bedre helse og livskvalitet blant studenter, herunder
 - Gjennomføre analyser basert på tilgjengelig datamateriale (inkl. SHoT) for å avdekke mulige årsaker til psykiske plager, ensomhet og selvmordstanker blant studenter
- Videreføre og målrette tilskuddsordningen «Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk»
 - Bidra til å bedre den psykiske helsen og forebygge psykiske plager og ensomhet blant eldre, blant annet ved å
 - Kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten blant eldre
 - Gjennomføre «Bo trygt hjemme»-reformen
 - Vurdere innretning av folkehelsekampanjen ABC for å få økt oppmerksomhet om eldre
- Få flere i arbeid, aktivitet og utdanning, blant annet ved å
 - Innføre en ungdomsgaranti for at unge under 30 år som trenger hjelp fra NAV for å komme i arbeid skal få en fast kontaktperson, og tidlig, tett og individuelt tilpasset oppfølging så lenge som nødvendig
 - Videreutvikle samarbeidet mellom Arbeids- og velferdssetaten, helsetjenestene og utdanningssektoren
 - Styrke kunnskapsgrunnlaget om hvilke tiltak og virkemidler som har effekt for overgang til arbeid for ulike grupper, samt om samhandling og bruk av virkemidler på tvers av sektorer
 - Videreutvikle og iverksette samfunnsopdrag om å inkludere flere unge i utdanning, arbeids- og samfunnsliv
 - Videreføre strategien for fagfeltet arbeid og helse
- Bidra til gode boforhold, blant annet ved å
 - Legge fram en stortingsmelding om en helhetlig boligpolitikk
- Øke kunnskapen om psykisk helse i befolkningen, blant annet ved å
 - Vurdere hvordan en nasjonal folkehelsekampanje basert på ABC kan gjennomføres på befolkningsnivå og for ulike grupper i samfunnet
- Forebygge og redusere ensomhet i befolkningen, blant annet ved å
 - Vurdere ensomhet inn i folkehelseloven når den revideres
 - Utarbeide en veileder mot ensomhet
 - Vurdere en handlingsplan mot ensomhet

(boks forts.)

- Bidra til at samfunnspsykologisk kunnskap benyttes i kommunene, blant annet ved å
 - Vurdere hvordan kommunene best kan utnytte samfunnspsykologisk kunnskap for å fremme helse og livskvalitet i hele

befolkningen gjennom lokale samfunnsbaserte tiltak og tiltak på systemnivå. Dette skal vurderes når folkehelseloven revideres.

Disse forskjellene vedvarer over livsløpet og gjenfinnes også når barna blir voksne.

Det pekes ofte på at tilbudet i helse- og omsorgstjenestene må økes for å løse utfordringene med økte psykiske plager. Det er usikkert hvor mange av dem som rapporterer om psykiske plager, som trenger helsehjelp, og hvor mange som kanskje gir uttrykk for mer alminnelige og forbigående psykiske plager. Dette er plager som kan være forbundet med å mestre hverdagen, og som igjen kan skyldes eller forsterkes av blant annet søvnproblemer, økt bruk av sosiale medier eller skolestress. Årsakene til utviklingstrendene i selvrapporterte psykiske plager og kontakt med helsetjenestene må ses i sammenheng med hverandre. Opplevde alvorlige psykiske plager påvirker hjelpesøkende atferd, som igjen utløser helse-tjenestebruk. Folkehelseinstituttet har etablert et nasjonalt faglig nettverk for forskning på psykisk helse hos barn og unge og videreutvikler samarbeidet med fagmiljøene i Norge. Det skal gjennomføres analyser av årsaker til og konsekvenser av økningen i psykiske helseplager hos barn og unge som grunnlag for å vurdere aktuelle tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Tilsvarende faglig nettverk og samarbeid med fagmiljøene skal bygges opp rundt psykisk helse hos voksne.

2.1.1 Tverrsektorielt eierskap til psykisk helse og livskvalitet

God psykisk helse og livskvalitet skapes i hovedsak utenfor helse- og omsorgstjenestene. Et tverrsektorielt eierskap er avgjørende for å styrke befolkningens psykiske helse og forebygge psykiske plager. For å lykkes må alle departementer og sektorer som har virkemidler til å fremme god psykisk helse og livskvalitet delta i dette arbeidet. Dette gjelder ikke minst i arbeidet rettet mot barn og unge. Innsatsen må rettes mot arenaer der mulighetene for å drive effektiv forebygging og psykisk helsefremmende innsats er store, som

Boks 2.2 SLT-modellen

SLT-modellen er et hjelpemiddel for å samordne rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge. I en kommune er det mange enkeltpersoner og offentlige instanser som legger ned en stor innsats for å gi barn og unge bedre oppvekstvilkår. SLT handler om å gjøre denne innsatsen mer effektiv, ved å samordne de gode kreftene i hver kommune. Modellen bidrar til å koordinere informasjon, kunnskap og ressurser mellom kommunale aktører og politi, samt næringsliv og frivillige organisasjoner når dette er naturlig. SLT benyttes i rundt 190 kommuner.

Konfliktrådet, u.å.

i familien, i barnehager, på skoler, på arbeidsplassen og på ulike fritidsarenaer. Dette er viktige arenaer fordi man her treffer de fleste barn, unge og unge voksne, og fordi det er avgjørende å komme tidlig til: Omkring halvparten av psykiske lidelser debutterer i løpet av barne- og ungdomsalder.⁵

Det er viktig med et godt samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor for å utvikle helsefremmende tiltak. For barn og unge med psykiske helseutfordringer er også et godt samarbeid mellom tjenester i ulike sektorer viktig. Barne- og familiedepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har etablert en kjernegruppe for samarbeid om barn og unge. Kjernegruppen skal blant annet bidra til at sektorpolitiske mål, aktiviteter og ressurser blir sett i sammenheng og initiere felles innsatser som kan gi bedre måloppnåelse på tvers av sektorer.

⁵ Solmi m.fl., 2022.

Gjennom flere år har kommunene rapportert at psykisk helse er en av deres største folkehelseutfordringer. Dette kommer fram både i Riksrevisjonens gjennomgang av det offentlige folkehelsearbeidet⁶ og i Helsedirektoratets sektorrappport for 2021,⁷ hvor over 60 prosent av kommunene peker på psykisk helse og livskvalitet som en av de store folkehelseutfordringene. Det er behov for bedre systematikk og metoder for å vurdere hvordan ulike tiltak påvirker psykisk helse i befolkningen, med hensyn til for eksempel sosiale og geografiske ulikheter.

2.2 Styrke befolkningens psykiske helse gjennom livsløpet

Regjeringen vil iverksette tiltak på de arenane hvor psykisk helse og livskvalitet kan fremmes for hele befolkningen og særlig blant barn og unge. Det er et mål å redusere selvrapporterte psykiske plager hos barn og unge. Helsefremmende og forebyggende tiltak kan være krevende å prioritere og forutsetter ofte langsiktig, tverrsektoriell innsats og et samarbeid mellom offentlige og frivillige aktører. Regjeringen vil arbeide for en trygg og god barndom for alle barn og unge, bidra til økt psykisk helsekompetanse i befolkningen og til at eldre har god psykisk helse. Det handler om å iverksette tiltak i hele livsløpet, herunder mer systematisk og kunnskapsbasert foreldrestøtte, målrettet innsats i barnehage, skole og på ulike fritidsarenaer og stimulere til deltakelse i utdanning, arbeid og aktivitet. Dette kan bidra til å hindre frafall i skolen og redusere risiko for å utvikle psykiske plager og lidelser. Regjeringen ønsker å styrke innsatsen for å få flere, særlig unge, i arbeid og aktivitet, og har som mål å redusere andelen unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser i løpet av planperioden. Regjeringen vil også styrke den psykiske helsen blant studenter og eldre gjennom målrettede tiltak.

2.2.1 Redusere forekomsten av psykiske plager blant barn og unge

De fleste barn og unge rapporterer om god livskvalitet og tilfredshet med livet. Likevel viser en rekke undersøkelser en betydelig økning over tid i selvrapporterte psykiske plager blant både barn, unge, og unge voksne. Økningen har skjedd grad-

vis siden 1990-tallet og særlig blant jenter. Bare siden 2011 har økningen i selvrapporterte psykiske plager i Ungdata vært på omkring 30 prosent. For jenter har økningen vært på 44 prosent, mens for gutter har den vært på 14 prosent.

Figur 2.2 og figur 2.3 viser utviklingen for henholdsvis jenter og gutter.

Selv om samtlige undersøkelser viser en økning i psykiske plager, og særlig blant jenter, er det forskjeller mellom de ulike undersøkelsene. Disse forskjellene skyldes mest sannsynlig variasjoner i definisjonen av psykiske plager som er benyttet. Ulike definisjoner mellom undersøkelsene er imidlertid ikke en forklaring på den økningen som vises innenfor hver enkelt undersøkelse.

Forekomsten av psykiske plager er høyere i familier med færre sosioøkonomiske ressurser, enn i familier med mange sosioøkonomiske ressurser. Det er foreløpig usikkert om psykiske helseplager er mer utbredt blant barn og unge med innvandrerbakgrunn enn i den øvrige befolkningen. Ulike studier gir noe ulike resultater.⁸

Regjeringen ønsker at forekomsten av psykiske plager skal reduseres med omkring 25 prosent i løpet av planperioden. For å få mer kunnskap om økningen i psykiske plager vil regjeringen gjennomgå utviklingen både i Ungdata og i Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) fra de startet opp i 2010, til i dag, for å undersøke om endringer i eksempelvis bruk av sosiale medier, skole, nærmiljø, fritid eller vold og trakassering kan bidra til å forklare økningen i psykiske plager. Folkehelseinstituttet skal levere resultater fra de første analysene på data fra Ungdata og SHoT i løpet av 2023. På bakgrunn av slik ny kunnskap kan mer målrettede tiltak settes inn.

2.2.2 Familiens betydning for psykisk helse

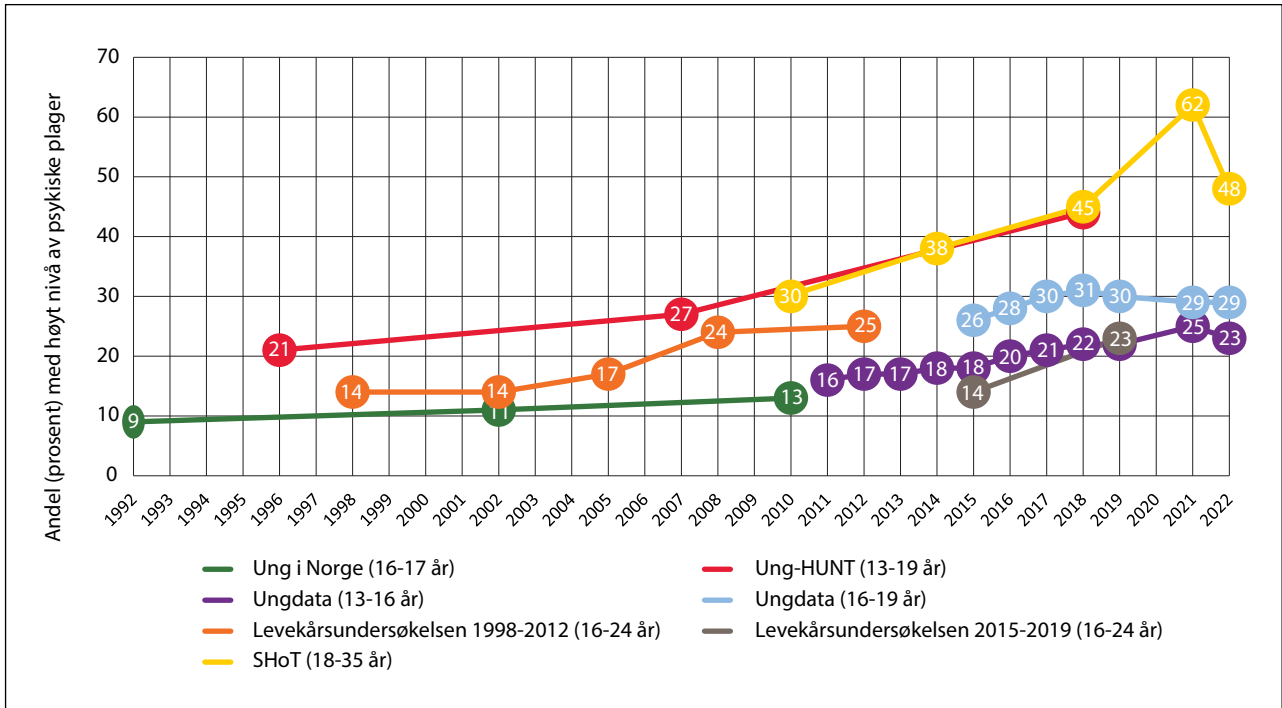
Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier. Familien er en viktig faktor for å fremme god psykisk helse hos barn. Der legges grunnlaget for tillit, trygghet, samhold og mestring. Regjeringen vil vurdere tiltak for foreldrestøtte under og etter svangerskap, og utrede tiltak for å forebygge og behandle svangerskaps- og fødselsdepresjon.

Betegnelsen «1000 dager» brukes på den viktige perioden fra barns unnfangelse til to år, og omfatter blant annet psykisk helse under svangerskapet og det første året etter fødsel. Arbeidet for

⁶ Riksrevisjonen, 2015.

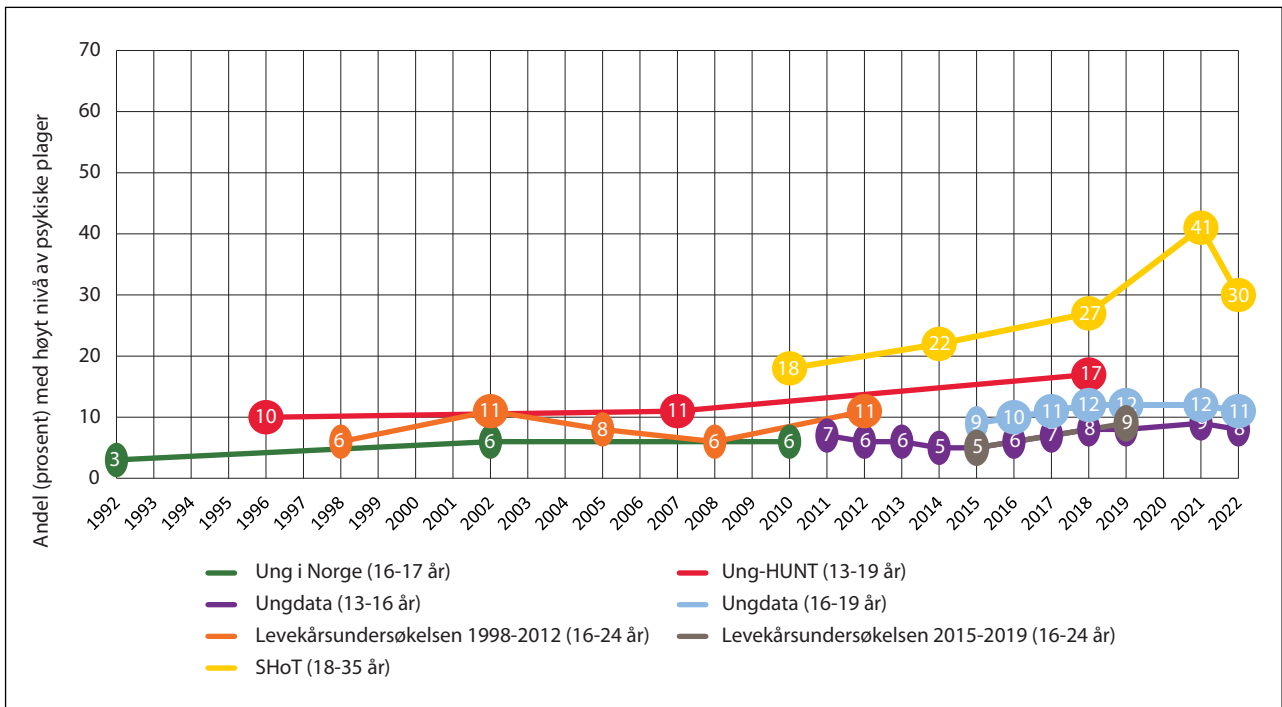
⁷ Helsedirektoratet, 2021f.

⁸ Kumar m.fl., 2023.



Figur 2.2 Utviklingen av selvrapporterte psykiske plager hos jenter i ulike undersøkelser i tidsrommet 1992-2018.

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2023.



Figur 2.3 Utviklingen av selvrapporterte psykiske plager hos gutter i ulike undersøkelser i tidsrommet 1992-2019

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2023.

Boks 2.3 Oslohjelpa

Oslohjelpa er et gratis lavterskeltilbud som skal legge til rette for at barn, unge og deres familier får rask og riktig hjelp når de har behov for det. Alle kan selv ta kontakt og man trenger ikke henvisning. I Oslohjelpa møter man ansatte med ulike fagbakgrunn som samarbeider godt med andre tjenester i bydelen. De jobber tverrfaglig og hjelper med å finne frem til andre relevante tjenester ved behov.

Kilde: Oslo kommune

barns helse og livskvalitet må starte allerede fra unnfangelsen.

Regjeringen har derfor begynt arbeidet for å se på hvordan det kan legges til rette for en best mulig start i livet for alle barn gjennom god ivaretagelse av både kommende og nybakte foreldre og deres barn. Tematikken «1000 dager» inngår i *Folkehelsemeldingen* som ble lansert i mars 2023. Den vil også omtales i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og i den kommende stortingsmeldingen om sosial mobilitet og utjevning som til sammen vil vise regjeringens helhetlige arbeid på området.

Det er sammenhenger mellom lav inntekt og psykiske vansker hos barn og unge. Økonomisk stress kan føre til mer psykiske vansker hos omsorgspersonene, som igjen kan påvirke oppdragerstrategier og gi negative konsekvenser for barns psykiske helse.⁹ Universelle ordninger som helsetjenestetilbud før, gjennom og etter svangerskap, barnehagetilbudet, og økonomiske støtteordninger til barnefamilier, er alle elementer i å sørge for at alle barn får mulighet til en god start på livet. Fastleger og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er særlig viktige helsetjenester i svangerskapsoppfølgingen, i barselperioden, og i barne- og ungdomsårene. I nasjonal faglig veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefales det at familien bør tilbys ekstra oppfølging hvis foresatte viser tegn på lett depresjon eller andre psykiske vansker eller lidelser, ved bekymring/utfordringer knyttet til for eksempel amming, kosthold, søvn, vekt, trivsel og samspill og til familier som av ulike årsaker har behov for ekstra støtte eller veiledning.

Regjeringens styrking av allmennlegetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er også en styrking av tilbudet til denne målgruppen. Familievern, krisesenter og barnevern er andre aktører som kan bistå sårbare familier som trenger ekstra oppfølging.

Foreldrestøtte varierer i form og innhold, fra støtte fra egen familie og uformelle nettverk til råd, veiledning og kunnskapsbaserte programmer i offentlig, frivillig og privat regi. Foreldrestøtte tilbys både til foreldre flest og til foreldre som av ulike årsaker har særlige utfordringer. Kommunen har det overordnede ansvaret for at det finnes tilgjengelige foreldrestøttetiltak på alle forebyggingsnivåer. Det er et mål at kunnskapsbasert foreldrestøtte er tilgjengelig i alle kommuner. Tilskuddsordningen til foreldrestøttende arbeid i kommunene som forvaltes av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir), har som mål å styrke foreldre i foreldrerollen, bidra til at foreldre blir gode omsorgspersoner, og forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt. Det fremgår av tilskuddsordningen at tiltakene skal være kunnskapsbaserte og faglig etablerte. Gjennom tilskuddsordningen og gjennom Bufdirs digitale fagstøtte for ansatte og ledere i kommuner, legges det til rette for kunnskapsbasert arbeid med foreldrestøtte i kommunene. Ordningen skal støtte opp om barnevernsreformen, inkludert å styrke forebygging og tidlig innsats, og nå ut til alle samfunnsgrupper. Bufdir har videre en nettressurs som gir faglig støtte for ansatte og ledere i kommuner som ønsker å styrke det foreldrestøttende arbeidet i ulike tjenester. Hensikten med nettsiden er å gjøre det enklere å velge rett tiltak.

Foreldrehverdag.no er en statlig nettressurs driftet av Bufdir som skal gi alle foreldre lett tilgang til god rådgiving, hjelp og støtte i foreldreskapet. Bufdir forvalter også et spesialisert program særlig rettet mot førstegangsgravide. Sammen på vei – Nurse Family Partnership, (tidligere navn Familie for første gang), er et spesialisert tilbud for sårbare familier i en vanskelig livssituasjon. Programmet er under utprøving fram til 2027, og målet er blant annet å bedre helsen og utviklingen til barnet, styrke omsorgsevnen til foreldrene og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og bidra til økt tillit til og kontakt med hjelpetjenester.

Det er igangsatt flere studier som kan bidra med ny kunnskap om foreldreskap og ivaretagelse av foreldres psykiske helse. Ved Universitetet i Sørøst-Norge forskes det på barn og familiers helse, med spesielt fokus på forebygging av skjevutvikling hos barn og unge og familier i risiko.

⁹ Bøe, u.å.

FamilieForSK-studien ved Folkehelseinstituttet er en studie om samhold og konflikter i familier i Norge. En kunnskapsoppsummering fra Sverige har gjennomgått 45 studier og sett på sammenhenger mellom psykisk helse og fødselspermisjon.¹⁰ Norge inngår også i datamaterialet. Konklusjonen er at foreldrepermisjon kan forebygge dårlig psykisk helse hos både mødre og fedre.

2.2.3 Barnehagen som psykisk helsefremmende arena

Ved utgangen av 2021 var omkring 93 prosent av alle barn i alderen 1–5 år i barnehage.¹¹ Barnehagen er derfor en av de viktigste arenaene for å fremme god psykisk helse og mestring for alle barn. Barnehagen skal ivareta barns behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning i samarbeid og forståelse med hjemmet.

Barn trenger stabile relasjoner til kompetente, støttende og omsorgsfulle ansatte som ser barnas behov og gir respons på barnas signaler. Det er derfor viktig også å ha god relasjonell kompetanse i barnehagene. En rapport fra Folkehelseinstituttet¹² basert på funn fra studien MoBaKinder viser at det for barn flest er en sammenheng mellom positive og negative relasjoner til de voksne i barnehagen og i skolen, og skoleferdigheter og psykisk helse hos barna når de kommer i skolealder. Tidligere funn har vist at relasjonen til de voksne i barnehagen henger sammen med barnas psykiske helse mens de fortsatt går i barnehagen. Det er viktig at barnehageansatte har kunnskap om ulike typer risiko og barns ulikhet fordi dette kan ha betydning for hvordan barnehagen påvirker barnets psykiske helse og utvikling. Ansatte med rett pedagogisk og relasjonell kompetanse er derfor avgjørende for at barn skal utvikle seg til trygge barn.

I tillegg til kompetanse, er tilstrekkelig antall ansatte i barnehagen avgjørende. Rundt halvparten av alle barnehager oppgir å ha full bemanning i 4–5 timer per dag, mens bare 13 prosent oppgir at de har full bemanning i seks timer eller mer.¹³ Det er derfor nødvendig å styrke både bemanningen og kompetansen. Bedre bemanning med relevant kompetanse kan både forebygge psykiske plager og bidra til sosial utjevning. Regjeringen har pekt på at et av de største problemene i det norske utdanningssystemet er at vi har minst

kompetanse rundt barna i den tiden som betyr mest for deres utvikling. Kunnskapsdepartementet har utarbeidet en ny nasjonal barnehagestrategi: *Barnehagen for en ny tid*.¹⁴ Strategien skal bidra til å styrke barnehagen som en psykisk helsefremmende arena og har planer for hvordan kompetansen i barnehagen skal styrkes. Strategien fastslår at 60 prosent av ansatte skal være barnehagelærere og minst 25 prosent skal være fagarbeidere innen 2030.

Et bedre kunnskapsgrunnlag om kvalitet i barnehagen er vesentlig for å utvikle tiltak for å styrke barnehagen som psykisk helsefremmende arena. Det pågår blant annet et forskningsprosjekt ved Fafo, på oppdrag fra Utdanningsdirektoratet, om gode måter å organisere barnehverdagen på. Prosjektet skal utvikle typologier for ulike organisering av barnehager og går frem til 2025. I MoBaKinder-prosjektet ved Folkehelseinstituttet undersøker forskerne hvilke nøkkelfaktorer relatert til kvalitet ved barnehagen som kan fremme god psykisk helse, livskvalitet og skoleprestasjoner hos barn. Målet er å styrke norske barnehager som helsefremmende og bidra til å redusere negative effekter knyttet til sosial ulikhet og andre sårbarheter. Prosjektet går ut 2025.

Regjeringen vil styrke barnehagen som psykisk helsefremmende arena, herunder fremme forslag til tiltak basert på et bredt kunnskapsgrunnlag om kvalitet i barnehagen.

2.2.4 Psykisk helse i skolen

Skolen har en sentral rolle i barn og unges liv. Barn og unge har rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse, trivsel og læring. Skolen har også et ansvar for at elevene utvikler kunnskap og kompetanse som fremmer god psykisk helse, både her og nå og i et livslangt perspektiv.

Skolemiljøet er viktig for elevenes psykiske helse. Et dårlig skolemiljø, hvor elevene for eksempel møter mobbing, stress eller utfrysing, kan i seg selv føre til psykiske helseutfordringer. Et godt skolemiljø hvor elevene trives, opplever mestring og utvikler seg kan virke helsefremmende og forebyggende.

Elevundersøkelsen viser at elevene er fornøyde med læringsmiljøet. De aller fleste opplever høy trivsel og har gode relasjoner til lærerne. De får faglige utfordringer og opplever mestring. De fleste barn og unge i dag forteller at de har venner å være sammen med.¹⁵

¹⁰ Heshmati m.fl., 2023.

¹¹ Utdanningsdirektoratet, 2021.

¹² Helland m.fl., 2019.

¹³ Fagerholt m.fl., 2020.

¹⁴ Kunnskapsdepartementet, 2023.

¹⁵ Elevundersøkelsen, 2022.

Samtidig er det tegn til at flere enn før opplever et dårligere læringsmiljø. Tall fra Ungdata 2022 viser at det er stadig færre som trives på skolen. Det er også en økning i andelen som gruer seg til å gå på skolen, og som skulker skolen. Elevundersøkelsen viser en nedgang i trivsel og motivasjon på 7. trinn.

Mobbing er en betydelig risikofaktor for å utvikle psykiske plager og lidelser, og for å falle ut av skolen. Elevundersøkelsen fra 2022 viser en økning i mobbing på alle trinn. Skolene skal ha nulltoleranse mot krenkelser, jf. opplæringslovens § 9 A-3, som eksempelvis mobbing, vold, diskriminering og trakassering. Arbeidet med å skape inkluderende og trygge og gode skolemiljø og å forebygge, oppdage og stoppe mobbing har høy prioritet i skolene.

Regjeringen vil fortsette satsingen på elevenes skolemiljø. Kunnskapsdepartementet har gitt Utdanningsdirektoratet i oppdrag å gjennomgå eksisterende nasjonale tiltak som støtter barnehager og skolars arbeid med å bygge inkluderende, trygge og gode barnehage- og skolemiljø. Utdanningsdirektoratet skal også vurdere hvilke behov for kompetanse skolene nå trenger for å bli bedre til å bygge trygge og gode skolemiljø. Det er satt i gang et arbeid for å undersøke om det er systematikk i hvor bruddene på opplæringslovens kapittel 9A er, for å undersøke om det er behov for kompetansetiltak spisset mot akkurat disse områdene.

En god del unge opplever skolearbeidet som stressende. Over halvparten av elevene svarte i Ungdata 2022 at de ofte eller svært ofte blir stresset av skolearbeidet. Prestasjonsrelatert stress i skolen ser ut til å ha blitt en viktigere risikofaktor for psykisk plager blant unge jenter over tid. I undersøkelser knytter også ungdommen selv symptomene på psykiske helseplager til skolestress.

En kunnskapsoppsummering fra Kunnskaps-senter for utdanning¹⁶ peker på fire områder som er viktige for å motvirke stress i skolen:

- Undervisningen må være engasjerende, elevene må føle seg utfordret, aktive, glade og kompetente
- Elevene må oppleve et sosialt og trygt læringsmiljø hvor de får arbeide utforskende
- Arbeidsbelastningen må være jevn og skolen må vise elevene hvordan de skal sortere og prioritere oppgaver
- Skoleleder og lærere kan bidra til å unngå at det utvikler seg en stresskultur ved å ha en

bevisst holdning til hvordan prestasjonsforventninger kommuniseres

I 2024 legges det fram en stortingsmelding om 5.–10. trinn. Målet med meldingen er å utvikle en skole som i større grad ivaretar og styrker elevenes motivasjon, mestring, læring og utvikling. Meldingen vil omhandle tema som er relevante for barn og unges psykiske helse.

Utvalgsundersøkelsen «Spørsmål til skole-Norge» våren 2022 viser at mange skoleeiere og skoleledere etterspør mer kompetanse om psykisk helse.¹⁷ Også elevene etterspør mer kunnskap om psykisk helse. Kunnskap om hva som er normale reaksjoner på stress, normale svingninger i humøret og hvordan følelser påvirker tanker og atferd kan gjøre elever bedre rustet til å takle utfordringer. Kunnskap om hvordan for eksempel sosiale medier og levevaner påvirker den psykiske helsen kan være nyttig. På sikt kan bedre og mer kunnskap om psykisk helse bidra til å forebygge psykiske plager blant barn og unge.

Det nye læreplanverket (LK20/LK20S) som skolene tok i bruk fra 2020 er tydelig på at elevene skal utvikle kompetanse om psykisk helse i ulike fag og på ulike trinn. Folkehelse og livsmestring er prioritert som ett av tre tverrfaglige tema i læreplanverket. Folkehelse og livsmestring som tverrfaglig tema i skolen skal gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg.

Erfaring fra tidligere læreplanreformer viser at innføring av nytt læreplanverk tar tid. Innføringen av fagfornyelsen har i tillegg blitt forsinket på grunn av covid-19-pandemien. Det er viktig at skolene får tid og handlingsrom til å ta de nye læreplanene i bruk. De nye læreplanene evalueres fram til 2025.

Tilskuddsordningen «Psykisk helse i skolen» ble iverksatt som del av «Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008», men er i liten grad rettet inn mot det nye læreplanverket. Midlene i dagens tilskuddsordning bør i større grad bidra til å støtte skolens arbeid med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring og psykisk helse. Regjeringen vil støtte skolene i å ta det nye læreplanverket i bruk gjennom å utvikle en kompetansepakke om folkehelse og livsmestring, der psykisk helse inngår. Den kan eksempelvis utarbeides slik at den blant annet gir læreren og andre ansatte i skolen mer støtte og innblikk i en kunnskapsbasert tilnærming til psykisk helse, og hvor-

¹⁶ Lillejord m.fl., 2017.

¹⁷ Bergene m.fl., 2022.

dan en kan formidle dette, i tråd med læreplanverket.

Pakken skal bidra til refleksjon hos lærere og andre i støtteapparatet rundt elevene om hva arbeid med folkehelse og livsmestring i og på tvers av fag kan handle om i praksis, med utgangspunkt i læreplanverket. Ifølge overordnet del av læreplanverket skal folkehelse og livsmestring bidra til å gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og som gir muligheter til å ta ansvarlige livsvalg. Livsmestring dreier seg om å kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv. Temaet skal bidra til at elevene lærer å håndtere medgang og motgang, og personlige og praktiske utfordringer på en best mulig måte. Aktuelle områder er fysisk og psykisk helse, levevaner, seksualitet og kjønn, rusmidler, mediebruk, og forbruk og personlig økonomi. Verdivalg og betydningen av mening i livet, mellommenneskelige relasjoner, å kunne sette grenser og respektere andres, og å kunne håndtere tanker, følelser og relasjoner hører også hjemme under dette temaet. Regjeringen vil også stimulere til utvikling av undervisningsressurser om psykisk helse og sørge for forskning og evaluering om skolens arbeid med psykisk helse.

2.2.5 Psykisk helsefremmende fritids- og kulturarenaer

Fritids- og kulturarenaer som fritidsklubber, idrettsarenaer og kulturarrangementer er viktige for å fremme psykisk helse og livskvalitet i befolkningen generelt, og for barn og unge spesielt. Alle former for fritidsaktiviteter kan ha positiv innvirkning på barn og unges fysiske og psykiske helse, i tillegg til å forebygge utenforskap. Dette er arenaer som bidrar til sosial støtte og mestring, samt deltakelse og opplevelse av tilhørighet. Under covid-19-pandemien førte inngripende restriksjoner i form av blant annet sterkt reduserte fritidstilbud og mindre kontakt med venner og jevnaldrende til økte psykiske plager og redusert livskvalitet. Særlig begrensningene på sosial kontakt ble opplevd som belastende.¹⁸

Regjeringen signerte en fornyet *Fritidserklæring* høsten 2022, sammen med KS og frivilligheten. Fritidserklæringen slår fast at alle barn skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst én fritidsaktivitet sammen med andre. Erklæringen bygger på FNs konvensjon om barnets rettigheter, særlig artikkel 31. Artikkelen gjelder barns rett til hvile

og fritid, og til å delta i lek, fritidsaktiviteter, kulturliv og kunstnerisk aktivitet som passer barnets alder. Løsningene må finnes i fellesskap, og partene vil samarbeide nasjonalt og lokalt om at alle barn og unge skal få delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet sammen med andre.

Opplevelse av mestring og sosial støtte er med på å fremme psykisk helse og livskvalitet, og beskytter mot risikofaktorer som kan bidra til psykiske plager senere i livet.¹⁹ Både organiserte og uorganiserte fritidsaktiviteter kan derfor regnes som en del av det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet.²⁰ Gevinstene av slike tiltak er knyttet til bedre helse og livskvalitet, forebygging av utenforskap og psykiske helseutfordringer, samt samfunnsøkonomisk lønnsomhet i form av flere i arbeid og aktivitet.

En rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor viser at det er tydelige sosiale forskjeller i deltakelsen i fritidsaktiviteter.²¹ Ungdom som har mest ressurser i hjemmet, er også de som i høyest grad deltar i organiserte fritidsaktiviteter, og forskjellene er betydelige. Ungdom fra hjem med høyest sosioøkonomisk status har nesten dobbelt så høy sannsynlighet for å delta i organiserte fritidsaktiviteter sammenlignet med dem fra hjem med lavest sosioøkonomisk status.

Lokalmiljøet kan være en kilde til god psykisk helse og livskvalitet. Bibliotekene har blitt en viktig gratis møteplass i mange lokalmiljøer gjennom å arrangere blant annet foredrag, debatter, konserter og kurs. Mange har utvidede åpningstider og har tilbud for flere generasjoner.

Kulturinstitusjoner og kulturaktører med offentlig støtte har et særlig ansvar for å inkludere flere, slik at alle skal kunne oppleve kunst og kultur. Kulturdirektoratet er nasjonal koordinator for arbeidet med å fremme økt mangfold, inkludering og deltakelse i kultursektoren, og har satt i verk flere tiltak for å bygge ned barrierer for deltakelse, blant annet for minoriteter og mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Fritidsklubber som helsefremmende arena

Fritidsklubber er en av de største fritidsarenaene for barn og unge, og spiller derfor en viktig rolle for deres fritidstilbud.²² Klubbene er møteplasser hvor ungdommer kan være sammen med jevnal-

¹⁸ Ulset m. fl., 2021.

¹⁹ Helsedirektoratet, 2021a.

²⁰ Skogen m. fl., 2018.

²¹ Jacobsen, m. fl., 2021.

²² Seland og Andersen, 2020.

drende, og hvor de kan drive med ulike kultur- og fritidsaktiviteter under oppsyn av trygge voksne. Ofte er klubben et kontaktpunkt for politi, barnevern og rus- eller utekontakt.

Fritidsklubber er et lavterskel og rusfritt fritidstilbud, som ofte har et gratisprinsipp, og dermed er tilgjengelig for all ungdom, uansett sosioøkonomisk bakgrunn. Tall fra NOVA²³ tyder på at tilbudet i noen større grad treffer ungdom fra lavinntektsfamilier, og ungdom som hyppigere er involvert i vold, mobbing og regelbrudd. Forskning tyder også på at unge i familier med lav inntekt har lavere deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, sammenlignet med jevnaldrende.²⁴ NOVA's rapport Fritidsklubber i et folkehelseperspektiv viser at fritidsklubbene kan være egnet for å treffe ungdom det er aktuelt å nå, som ledd i folkehelsearbeidet. Fritidsklubbene er dermed et viktig folkehelseiltak for ungdommer som ikke føler seg hjemme i, eller er interessert i, organiserte eller prestasjonsorienterte fritidsaktiviteter.²⁵ Mange fritidsklubber inngår i kommunenes tilbud av åpne fritidstiltak for ungdom som ungdomshus og kultur, musikk- og danseverksteder.

Som oppfølging av samarbeidsstrategien for barn og ungdom i lavinntektsfamilier 2020–2023, *Like muligheter i oppveksten*, har Barne- og familiedepartementet lyst ut en utredning av åpne møteplasser, som fritidsklubber er et eksempel på. Regjeringen ønsker mer kunnskap om hvordan fritidsklubbene finansieres og reguleres, hvordan de er forankret i kommunene, samt hvilken kompetanse og arbeidsforhold de ansatte har. Formålet er å utvikle regjeringens kunnskapsgrunnlag om dagens situasjon, styrker og svakheter ved dagens organisering, og hvordan ulike tiltak kan påvirke tilbudet til ungdom.

Gode rammevilkår for helsefremmende frivillighet

Frivillighet bidrar til lokalt engasjement, fellesskap, integrering og kulturell og demokratisk bevissthet. At det er lagt til rette for at barn og unge kan delta på ulike fritidsarenaer i lokal-samfunnet, er av stor betydning for en god oppvekst. Det bidrar også til å forberede barn og unge til samfunnsdeltakelse på mer formelle arenaer senere i livet. Frivillige organisasjoner har også stor betydning for integrering og for innvandreres deltakelse og tilhørighet i samfunnet. Tiltak i regi av frivillige organisasjoner utgjør et vik-

tig supplement til myndighetenes integreringsarbeid. Frivillige organisasjoner tilbyr ulike aktiviteter og fungerer som møteplass mellom nye og gamle innbyggere. Frivilligheten utfører en rekke viktige samfunnsoppgaver og understøtter også det offentlige tjenestetilbudet. Dette kommer blant annet til uttrykk i folkehelseloven som pålegger kommunen å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Frivillige og ideelle organisasjoner har historisk vært viktige supplement til det offentlige tjenestetilbudet på psykisk helsefeltet og spiller fortsatt en sentral rolle så vel for brukere og pårørende som i forebyggende arbeid. Regjeringen anerkjenner frivillige organisasjoners viktige samfunnsrolle, og vil skape gode rammevilkår for å legge til rette for at frivilligheten oppleves som inkluderende, representativ og med like muligheter for deltakelse. Det er viktig at det offentlige er bevisste på og respekterer frivillighetens egenart og selvstendighet. Gode rammevilkår innebærer for eksempel forutsigbar og rettferdig finansiering, enkle regelverk og tilskuddsordninger og åpenhet om hvordan midlene fordeles.

Generelt er det viktig at kommunene og andre tjenestetilbydere har et bevisst og systematisk arbeid knyttet til samarbeid med frivilligheten. For å rekruttere, beholde og samarbeide godt med frivillige aktører må kommunene ha en aktiv frivillighetspolitikk og prioritere ressurser til systematisk og profesjonell oppfølging.

2.2.6 Sosiale medier og psykisk helse

90 prosent av norske 9–18-åringene bruker ett eller flere sosiale medier. Det er ikke nok kunnskap om hvordan bruk av skjerm og sosiale medier påvirker unges psykiske helse og trivsel.²⁶ Regjeringen vil derfor ha økt oppmerksomhet om sosiale medier og psykisk helse, og blant annet nedsette et utvalg som skal oppsummere kunnskapsgrunnlaget og foreslå tiltak knyttet til barn og unges skjermbruk, søvn, psykisk helse og læringsutfordringer. Utvalget skal bygge på kunnskap fra tidligere utvalg, blant annet Medieskadelighetsutvalget, som levert sin rapport i 2021.

Regjeringen vil vurdere ytterligere tiltak i løpet av planperioden, når det foreligger ny kunnskap om sosiale mediers effekt på psykisk helse.

Undersøkelser fra USA tyder på sammenfall i tid mellom innføring av sosiale medier på smarttelefoner og økning i psykiske plager og lidelser hos unge. Ungdata-undersøkelsen viser at 57 pro-

²³ Seland og Andersen, 2020.

²⁴ Folkehelseinstituttet, 2021; Bufdir, 2022.

²⁵ Folkehelseinstituttet, 2021.

²⁶ Folkehelseinstituttet, 2023b.

Boks 2.4 Sentrale områder i sammenhengen mellom sosiale medier og psykisk helse

Kunnskapsoppsummeringer finner ingen sterk sammenheng mellom tidsbruk på sosiale medier og psykisk helse og livskvalitet. Eventuelle negative effekter på psykisk helse ser i større grad ut til å handle om hvordan ungdommene bruker sosiale medier. Når i utviklingen man blir eksponert for sosiale medier se ut til å ha betydning, hvor de yngste ungdommene er mest sårbare. Noen områder synes å være særlig viktige:

Problematisk/avhengig bruk av sosiale medier er kjennetegnet av at man er overopptatt av sosiale medier, og ikke klarer å begrense bruken. Det går ut over egen helse og andre viktige livsområder, slik som relasjoner eller skole/ jobb.

Digitalt stress. Med permanent tilgang til enorme mengder innhold i ulike former via sosiale medier, er det noen som opplever digitalt stress. Det kan for eksempel være frykt for å gå glipp av noe, jag etter bekreftelse eller digital skyldfølelse. Høyere nivå av digitalt stress er assosiert med dårligere psykisk helse.

Negative erfaringer og hendelser. Omtrent en tredjedel av europeisk ungdom rapporterte i 2019 at de hadde opplevd negative hendelser på nett som hadde gjort dem opprørte, redde eller ukomfortable. Slike hendelser kan, avhengig av type, frekvens og alvorlighetsgrad, henge

sammen med dårligere psykisk helse. En norsk studie fant at det sannsynligvis er en sosial gradient i hvem som opplever slike hendelser.

Digital mobbing. Digital mobbing er relativt utbredt. *Elevundersøkelsen* fra 2021 fant at 3–4 prosent av elevene på 5.–7.trinn ble mobbet digitalt minst to til tre ganger i måneden. Flere tidligere studier har funnet tydelige sammenhenger mellom digital mobbing og dårligere psykisk helse. Det ser ut til at de som opplever digital mobbing, også i stor grad opplever andre former for mobbing.

Sosial sammenligning og selvpresentasjon. Sosiale medier gir gode vilkår for sosial sammenligning og økt oppmerksomhet på hvordan man framstår overfor andre, blant annet gjennom kvantifisering av sosial aksept (antall «likes», venner, kommentarer, m.m.). Man har blant annet funnet at sosial sammenligning og det å være svært opptatt av hvordan man framstår på sosiale medier, henger sammen med flere symptomer på angst og depresjon og lavere livskvalitet blant norsk ungdom. Jenter var mer opptatt av selvpresentasjon på sosiale medier enn gutter, og sammenhengen mellom selvpresentasjon og symptomer på depresjon og redusert livskvalitet var sterkere blant jenter.

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2023b.

sent av alle ungdommer i ungdoms- og videregående skole bruker sosiale medier to–tre timer eller mer hver dag. Sosiale medier, inkludert online gaming, utgjør viktige sosiale arenaer for ungdom.

Regjeringen besluttet i 2022 at det skal legges fram en stortingsmelding om trygg digital oppvekst. Barne- og familiedepartementet koordinerer dette arbeidet. Stortingsmeldingen følger opp *Rett på nett – Nasjonal strategi for trygg digital oppvekst*, og skal gå dypere inn i problemstillingene og målene i denne strategien. Medietilsynet har en koordinerende rolle på direktoratsnivå og skal etter planen lansere en handlingsplan som følger opp strategien.

Regjeringen har satt i gang en gjennomgang av barns forbrukervern i digitale medier. Flere departementer er involvert i arbeidet. Markedsføring som kan påvirke barn negativt og føre til psy-

kiske problemer og kroppspress, er noe man skal se nærmere på i dette arbeidet.

De siste årene har det vært økt oppmerksomhet knyttet til sosiale mediers potensielt skadelige effekt på barn og unges psykiske helse. Ytringsfrihetskommisjonen peker imidlertid på at det er krevende å gi entydige svar, og at enkeltstudier peker i ulike retninger. De påpeker videre at studiene av disse fenomenene er langt mer usikre enn debattene kan gi inntrykk av. Medieskadelighetsutvalget påpeker at de aller fleste barn har positive opplevelser og mange muligheter for utvikling og underholdning ved å bruke media, og opplever ikke skader.

Funnene fra en studie ved Folkehelseinstituttet²⁷ viser at sosiale medier kan være en plattform for å oppsøke og motta støtte. Mange unge deler

²⁷ Kysnes m. fl., 2022.

vanskelige temaer med venner. Funnene viser at de fleste ungdommer som hadde delt noe vanskelig på sosiale medier, mottok sosial støtte i etterkant. Videre rapporterte ungdommene som opplevde sosial støtte, at de i etterkant av delingen hadde bedre psykisk helse sammenlignet med de som ikke opplevde sosial støtte.

Funnene tyder altså på at sosiale medier kan fungere som en sosial arena og et støttende miljø for ungdom, og kan gi muligheter for å dele vanskelige følelser og hendelser. Det å motta støtte ved hjelp av sosiale medier kan ha positive effekter for psykisk helse og velvære.

Sosiale medier og sammenhengen med psykisk helse, er et nytt forskningsfelt, og det er foreløpig lite kunnskap om hvordan sosiale medier bør forstås som faktor i ungdoms liv. Det er avgjørende å få mer kunnskap om hvilke sider ved bruken av sosiale medier som har negativ påvirkning på ungdommers psykiske helse, og hvilke som har positive effekter for psykisk helse og livskvalitet. Folkehelseinstituttet startet i 2020 forskningsprosjektet *Sosiale medier – psykisk helse og trivsel blant ungdom*. Formålet med prosjektet er økt kunnskap om bruken av sosiale medier, og hvordan bruken henger sammen med helserelevante faktorer.

2.2.7 Psykisk helse og livskvalitet hos studenter

Majoriteten av studentene har det bra, men *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT)* viser at andelen som rapporterer om dårlig og svært dårlig livskvalitet, har økt kraftig, og at det også har vært en jevn økning i psykiske plager.²⁸

Regjeringen vil bidra til å bedre helse og livskvalitet for studenter. Det handler om å motvirke ensomhet og isolasjon og legge til rette for gode møteplasser og inkluderende fellesskap. Tiltak rettet mot studenter vil også kunne gjøre at unges selvrapporterte psykiske helseplager reduseres.

Psykisk helse er blitt en stadig viktigere problemstilling i studentvelferden. SHoT-undersøkelsen viser en jevn økning av antallet studenter som rapporterer om alvorlige psykiske plager: I 2010 oppga 18 prosent av studentene at de hadde alvorlige psykiske plager, mens det i 2022 var 35 prosent. SHoT-undersøkelsene gjennomføres av Folkehelseinstituttet og studentsamskipnadene. Responsraten i undersøkelsen var på 35,1. Det var også en større andel kvinner i utvalget. Dette påvirker generaliserbarheten.

Forekomsten og nivået av psykiske plager er fremdeles langt høyere blant de kvinnelige enn de mannlige studentene. Det er ingen klare aldersforskjeller i forekomsten av psykiske plager, selv om nivået er noe lavere blant de eldste studentene. Andelen studenter med alvorlige psykiske plager ligger klart høyere enn andelen i samme aldersgruppe i øvrig befolkning.

Vi vet lite om årsakene til at studentene rapporterer om så høy forekomst av psykiske plager, ensomhet og selvmordstanker. I SHoT-undersøkelsen rapporterer en høy andel studenter om risikofyllt eller skadelig alkoholbruk (41 prosent), og flere menn enn kvinner rapporterer om dette. Andelen studenter med risikofyllt/skadelig alkoholbruk er høyest i alderen 21 til 22 år (46 prosent). Studenter som har et høyt alkoholforbruk, har høyere risiko for redusert livskvalitet og økte psykiske problemer enn studenter uten et slikt høyt forbruk. Forskerne konkluderer med at det er viktig at studiestedene og samskipnadene har økt bevissthet om psykiske problemer og ansvarlig bruk av alkohol.²⁹

Studenter med økonomiske problemer hadde mer psykiske vansker og helseplager, og strøk oftere til eksamen, enn studenter som sjeldnere hadde økonomiske vanskeligheter. En høyere andel rapporterte også om erfaringer med selvskading og selvmordsforsøk. Forskerne peker på styrking av studenters økonomiske situasjon og et styrket studenthelsetilbud som mulige tiltak.³⁰

SHoT-data viste også en betydelig økning i ensomhet over tid. De yngste og de eldste studentene var relativt sett mest ensomme, og også studenter som var single, og de som bodde alene rapporterte om mer ensomhet. Dette understreker betydningen av å være opptatt av inkludering og tilhørighet for studenter, og viser behovet for gode forebyggende tiltak. Folkehelsekampanjen «ABC for god psykisk helse» har tiltak spesielt rettet mot studenter.

Det er vertskommunene som har primæransvaret for studentene i sin kommune og behandlingen hører hjemme i de ordinære helsetjenestene. Samskipnadene har ansvar for velferdstjenester til studentene. Dette tilbudet skal inkludere helse, bolig, barnehage, treningstilbud og kulturtilbud. Flere studentsamskipnader har lavterskeltilbud for studenter som har behov for råd eller noen å snakke med. Studentsamskipnaden SiO har siden 2015 gjennomført endringer i sitt tilbud som har medført betydelig økning i kapasitet

²⁸ Sivertsen og Johansen, 2022.

²⁹ Jensen m.fl., 2021.

³⁰ Bøe m.fl., 2021.

og gjennomførte behandlinger hos psykolog, rådgivning og kursdeltakelse. Samtidig har de våren 2023 lange ventetider – opp mot fem måneder for oppstart hos psykolog.³¹ Dette er en klar økning i ventetid sett opp mot tidligere år.

Det er behov for ytterlige analyser fra SHoT-undersøkelsene for å fremskaffe mer kunnskap om årsaker, slik at målrettede tiltak kan iverksettes. Folkehelseinstituttet vil benytte SHoT-data til å undersøke betydningen av mulige forklaringsvariabler som kroppsbilde, søvnvansker, skjermbruk / sosiale medier, perfektjonisme og ensomhet. Resultater fra de første analysene vil komme i 2023.

Tilskuddsordningen «Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk» skal fremme god helse og trivsel blant studenter og forebygge problemer knyttet til rusmiddelbruk. Ordningen skal også dekke SHoT-undersøkelsene. Studiestedene, studentene, samskipnadene og myndighetene må trekke sammen for å sette inn tiltak som gir studentene gode verktøy til å mestre studentlivet og psykososiale forhold. Regjeringen vil vurdere om tilskuddsordningen fungerer optimalt, og vurdere nye tiltak i løpet av planperioden.

2.2.8 Styrke den psykiske helsen hos eldre

Befolkningen lever lenger, og for mange varer alderdommen i flere tiår. Arbeidet med å fremme god psykisk helse og livskvalitet må derfor pågå gjennom hele livsløpet. Vi har begrenset kunnskap om Eldres psykiske helse. Regjeringen vil øke innsatsen for å bedre den psykiske helsen og livskvaliteten blant eldre.

De fleste eldre er tilfreds med livet, og de yngste av de eldre er mer tilfreds enn yngre aldersgrupper.³² Men fra 75–80 årsalderen går livskvaliteten ned, og forekomsten av depressive plager og ensomhet øker. Mange opplever også redusert mestring og sosial støtte. Vi har minst kunnskap om livskvalitet og psykisk helse blant de eldste over 80 år. Regjeringen vil derfor som del av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* og denne opptappingsplanen kartlegge den psykiske helsen og livskvaliteten blant eldre.

Forekomsten av ensomhet har økt noe blant eldre. Ved årsskiftet 2020–2021 bodde 34,4 prosent av alle på 67 år og eldre som var bosatt i privat-husholdninger, alene.³³ Ettersom det blir stadig

flere eldre, må vi også forvente at forekomsten av ensomhet vil øke. Det er et stort behov for kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge ensomhet hos eldre. Se videre omtale av ensomhet under kapittel 2.7, som også beskriver at regjeringen vil vurdere å inkludere ensomhet i folkehelseloven når denne revideres og vurdere en handlingsplan mot ensomhet i 2025.

Levevaner er viktige i hele livsløpet. Godt kosthold og fysisk aktivitet kan øke motstandskraften mot sykdom, ulykker, skrøpeligheit og funksjonssvikt i eldre år, men også bidra til bedre psykisk helse og livskvalitet. Det er et stort potensial for å forebygge lettere psykiske lidelser hos eldre. Sosial samhandling og gode møteplasser i lokalsamfunnet har en positiv effekt på den psykiske helsen og livskvaliteten. Deltakelse i meningsfulle samvær og aktiviteter styrker evnen til å mestre egen livssituasjon. Å engasjere seg også i andres livskvalitet, i nettverket, lokalmiljøet eller gjennom frivillig arbeid, kan være en gunstig måte for både å knytte bånd, og oppleve egenverdi og mening, og å forebygge fysiske og psykiske plager.³⁴

Regjeringen skal våren 2023 legge fram stortingsmeldingen om bo trygt hjemme-reformen. Den har som mål å bidra til et levende, aldersvennlig og inkluderende lokalsamfunn. For å nå regjeringens mål om at eldre skal kunne bo hjemme lenger, er det viktig å legge til rette for at eldre kan opprettholde god psykisk helse gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak, og gjerne i god tid før det er behov for tjenester. Lavterskeltilbud om fysisk aktivitet i lokalsamfunnet (for eksempel på eldrecenter) har vist seg å ha god effekt for den psykiske helsen hos eldre. Systematiske forebyggende hjemmebesøk i kommunene er et tiltak som kan ivareta mange aspekt ved forebygging, også knyttet til ensomhet og psykisk helse, samt rekruttering til frivillig aktivitet og arbeid. I tillegg vil en opplevelse av trygghet i eget hjem kunne bidra til mindre engstelse og uro. Fastlegen er en viktig aktør for å avdekke og følge opp psykiske plager og lidelser hos eldre. Flere kommuner har også opprettet en egen helsestasjon for eldre. Helsestasjonen er et kommunalt lavterskeltilbud som supplerer de øvrige tjenestene, og som kan gi nyttig informasjon om tiltak som kan forebygge ensomhet og isolasjon, og dermed også psykiske plager og lidelser.

Folkehelsekampanjen «ABC for god psykisk helse» er et tiltak som retter seg mot aktivitet,

³¹ Tall opplyst fra SiO

³² Nes m. fl., 2021.

³³ Tømmerås, 2021.

³⁴ Strand m. fl., 2023.

Boks 2.5 Helsestasjon for eldre

Helsestasjon for eldre er et lavterskeltilbud med hensikt å jobbe forebyggende og helsefremmende, og bidra til at eldre kan bo hjemme lenger og mestre egen hverdag. Tilbudet er dels organisert slik at alle eldre over en viss alder aktivt får et tilbud om samtale, og dels slik at eldre selv bestiller time for samtale.

Kilde: Fredrikstad kommune – Helsestasjon for eldre

mening og fellesskap. Flere kommuner samarbeider med frivillige organisasjoner som arbeider med psykisk helse og livskvalitet for eldre, blant annet Norske Kvinners Sanitetsforening, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Pensjonistenes Fellesorganisasjon i Trondheim og Livsglede for Eldre. Alle arbeider etter prinsippene i ABC-modellen for å forebygge ensomhet og psykiske plager blant eldre. Regjeringen vil høste erfaringer med hvordan kampanjen best mulig kan innrettes mot de eldre i befolkningen. ABC-kampanjen er nærmere omtalt i kapittel 2.6.

I den eldre befolkningen er depresjon og angst de vanligste psykiske lidelsene. Mange eldre opplever ensomhet og sosial isolasjon, som er risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser. I utredning og behandling må man ta hensyn til aldring, kognitiv funksjon, kulturell bakgrunn, samtidige sykdommer og legemiddelbruk. Eldre har ofte sammensatte utfordringer og mindre kapasitet til å håndtere disse. Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre.

2.3 Flere i arbeid, aktivitet og utdanning

Deltakelse i utdanning, arbeid og aktivitet er viktig for å fremme mestring og forebygge psykiske helseplager. Arbeidsdeltakelse er i mange tilfeller helsefremmende, også for personer med psykiske plager og lidelser. Studier viser at det er klare indikasjoner på at tap av arbeid gir dårligere psykisk helse, mens retur til arbeid påvirker den psykiske helsen i positiv retning.³⁵ Innsats for å øke antall elever som fullfører videregående opplæring, er i

seg selv viktig og bidrar også til at flere blir kvalifisert til arbeid. Regjeringen vil derfor styrke innsatsen for å få flere, særlig unge, i arbeid, aktivitet og utdanning. Statistikk fra Arbeids- og velferdsetaten viser at andelen unge uføre (18–29 år) har økt betydelig de siste årene. Som andel av befolkningen i samme aldersgruppe har denne gruppen doblet seg de siste tiårene. Blant nye mottakere utgjør de med ulike former for psykiske lidelser en stadig større andel sammenlignet med andre diagnosegrupper. Blant unge under 30 år som mottar arbeidsavklaringspenger, har mer enn 70 prosent psykiske lidelser.³⁶

Gjennom tiltak blant annet i helse-, arbeids- og utdanningssektoren og ved samarbeid mellom sektorene, er målet å redusere andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser, i planperioden. Innsats overfor unge bør settes inn tidlig og fortrinnsvis før uføretrygd blir aktuelt.

I Hurdalsplattformen er regjeringen tydelig på at alle som kan og vil jobbe, skal få muligheten til dette. Regjeringen vil styrke innsatsen overfor unge som står utenfor utdanning og arbeid. Det innføres en ny ungdomsgaranti fra juli 2023. Garantien skal motvirke lange passive perioder utenfor arbeid og utdanning, og bidra til at flere unge fullfører utdanning og kommer i arbeid. Unge mellom 16 og 30 år som trenger arbeidsrettet bistand, skal få tidlig innsats, en fast kontaktperson og tett individuelt tilpasset oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten så lenge det er nødvendig. Dette vil gi rom for å bygge tillit, avklare forventninger og behov og finne fram til mulige løsninger i dialog med den unge, arbeidsgivere og andre aktuelle aktører. Bedre samhandling med helse- og omsorgstjenesten og utdanningsmyndighetene er sentrale elementer i oppfølgingen.

Ungt utenforskap er en stor og kompleks samfunnsutfordring som innebærer store kostnader, både for den enkelte og for samfunnet. I Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplanen for forskning og høyere utdanning (2023–2032)* inngår et samfunnsoppdrag om å redusere andelen unge som står utenfor utdanning, samfunns- og arbeidsliv gjennom tverrsektoriell og målrettet innsats som retter seg mot påvirkningsfaktorer for en god oppvekst. Barne- og familiedepartementet koordinerer arbeidet i samarbeid med andre berørte departementer.

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om sosial mobilitet og sosial utjevning. Meldingen skal rette oppmerksomhet mot barn, unge

³⁵ Smith m. fl., 2022.

³⁶ Arbeids- og velferdsetaten, 2023.

og familiene deres, og hva som skal til for å unngå at dårlige levekår går i arv. Meldingsarbeidet er et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Meldingen skal gi en samlet framstilling av kunnskapsgrunnlaget på området. Meldingen skal dekke viktige faser og arenaer i barn og unges liv, og overgangen fra barndom til ungdoms- og voksenliv, inkludert tiltak rettet mot unge voksne.

Mange med ulike helseproblemer som står utenfor arbeidslivet, herunder personer med psykiske plager og lidelser, har behov for samtidig bistand fra både arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene for å komme i arbeid og få bedre helse. Dette gjør at helse- og omsorgstjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen må samarbeide for å kunne møte brukernes behov for tjenester. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har en sentral rolle i å videreutvikle fagfeltet arbeid og helse. Direktoratene har blant annet gått sammen om å lage en strategi for området.³⁷ Strategien vektlegger elementer som tidlig innsats, større satsing på lokale aktører, samhandling, samordnet innsats mellom helsetjenestene og NAV, og tverrsektoriell kunnskaps- og kompetansebygging. Direktoratene samarbeider om å følge opp strategien. Som en del av oppfølgingen har direktoratene fått i felles oppdrag i 2023 å vurdere behovet for å samordne og styrke kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse. Direktoratene og de regionale helseforetakene mener det er behov for å styrke og samordne kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, og at målet bør være å etablere en kompetansenhet med forankring i de respektive sektorer. Dette vil bli utredet og konkretisert nærmere. Se også omtale av arbeid og helse i kapittel 3.5.

Arbeids- og velferdsetaten skal bistå personer som sliter med å komme i arbeid på egen hånd. Etaten skal ha tett kontakt med arbeidslivet og god oversikt over virksomheters behov for arbeidskraft. For personer som trenger arbeidsrettet bistand, kan ulike arbeidsmarkedstiltak bidra til å styrke mulighetene i arbeidsmarkedet. Tiltak som arbeidstrening, oppfølging, lønnskudd, opplæring, tilskudd til inkludering og bruk av mentor kan tilbys, avhengig av den enkeltes

behov og situasjonen i arbeidsmarkedet. Det er gjennomført flere evalueringer av virkemiddelbruken i arbeidsmarkedspolitikken. Samtidig er det fortsatt behov for mer kunnskap om effekter av arbeidsmarkedstiltak, og om hvordan forskjellige tiltak virker for ulike grupper. Det er også behov for kunnskap om samhandling og bruk av virkemidler på tvers av sektorer.

Flere av dem som står utenfor arbeidslivet, har kun grunnskoleutdanning. For mange vil fullføring av videregående opplæring være avgjørende for å komme i arbeid. Stortinget vedtok ny opplæringslov våren 2023. Med ny opplæringslov vil både ungdom og voksne få styrkede rettigheter til opplæring. Dette omfatter blant annet å gi alle elever rett til videregående opplæring inntil de har fullført og bestått med studie- eller yrkeskompetanse, og en yrkesfaglig rekvalifiseringsrett som gir alle som har fullført studie- eller yrkeskompetanse, mulighet til å få en ny yrkeskompetanse.

Et tettere samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og fylkeskommunen skal bidra til at flere som står utenfor arbeidslivet, får mulighet til å gjennomføre fag- og yrkesopplæring. Etaten samarbeider også med den fylkeskommunale oppfølgingstjenesten om å få unge som dropper ut av videregående opplæring, tilbake til skolen eller i jobb.

Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid (integreringsloven) som trådte i kraft 1. januar 2021, vektlegger formell kvalifisering i stor grad, ved blant annet å tilrettelegge for gjennomføring av særlig fag- og yrkesopplæring innenfor rammen av introduksjonsprogrammet. Endringene som er innført med ny integreringslov, er gjort på bakgrunn av et solid kunnskapsgrunnlag som tilsier at utdanning er et sentralt virkemiddel for å lykkes med at nyankomne innvandrere tidlig integreres i det norske samfunnet og får en varig tilknytning til arbeidslivet.

Det å følge opp unge tidlig og unngå at de blir gående passive over tid, er viktig for å redusere risikoen for psykiske plager og lidelser og varig utenforskap. Økt satsing på å få flere, særlig unge, i arbeid, aktivitet og utdanning er derfor viktig for regjeringen, og vil ha store både menneskelige og samfunnsøkonomiske gevinster. Ulike aktivitets- og mestringstilbud kan også være relevante i denne sammenheng. Dette er nærmere omtalt i kapittel 3.3.2 og 3.5.

Det vises til *Folkehelsemeldingen* for nærmere omtale av hvilken betydning arbeidsdeltakelse har for helse.

³⁷ Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021.

2.4 Gode boforhold

Boligen dekker et av våre mest grunnleggende behov, og WHO regner bolig som en av de viktigste påvirkningsfaktorene for helse. Boforhold påvirker både den fysiske og den psykiske helsen.³⁸ Boligen bidrar til tilhørighet, gir fysisk trygghet og skaper identitet, og er en viktig sosial arena. Og omvendt – å bo dårlig eller å være bostedsløs kan ha store negative konsekvenser. Med dårlige boforhold blir det vanskeligere å ta imot og ha nytte av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, gjennomføre utdanning og delta i arbeidslivet. Forskning viser at boforholdene særlig påvirker sårbare grupper som barn, lavinntektsfamilier, innvandrere og personer med dårlig helse.³⁹

Regjeringens sosiale boligpolitikk

Strategien *Alle trenger et trygt hjem (2021–2024)* har tre prioriterte innsatsområder for den sosiale boligpolitikken: Ingen skal være bostedsløse, barn og unge skal ha gode boforhold, og personer med nedsatt funksjonsevne skal på lik linje med andre kunne velge hvor og hvordan de bor. Husbanken har en viktig rolle i å støtte kommunenes arbeid for å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet, og bidra til at vanskeligstilte kan skaffe seg og beholde en egnet bolig. Husbanken forvalter ordningene bostøtte, startlån, og lån til utleieboliger. Lån til utleieboliger skal bidra til å skaffe flere leieboliger i trygge bomiljøer. Boligene skal ha god standard, og funksjonalitet og lokalisering skal passe til beboernes behov. Eierne må inngå en langsiktig avtale med kommunen, som gir kommunen rett til å henvise søkere til minst 40 prosent av boligene i prosjektet i minst 20 år. I tillegg utvikler Husbanken, i samarbeid med KS og et utvalg kommuner, KOBO, et digitalt system for kommunale utleieboliger. Systemet vil lette prosessen med å søke, tildele og administrere kommunale utleieboliger, samt følge opp beboere og gi bedre styringsinformasjon.

Regjeringen ønsker at alle skal bo godt og trygt. Regjeringen vil i 2024 legge fram en stortingsmelding om en helhetlig boligpolitikk. Den vil ta for seg kommunenes rolle i å utjevne sosiale og geografiske forskjeller og legge vekt på verdien av gode nærmiljøer i bygd og by. Meldingen

vil også se på hvordan Husbanken kan få en fornyet rolle i boligpolitikken.

Ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet

Kommunene har et overordnet ansvar for å gi bistand til personer som ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, og som derfor trenger bistand til å skaffe eller beholde en egnet bolig. Dette ansvaret er styrket og presisert i ny lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet, som trer i kraft 1. juli 2023. Formålet med loven er å få et klarere og mer samlet regelverk på feltet. Den kan bidra til at flere vanskeligstilte får nødvendig hjelp, og at nivået på den boligsosiale bistanden blir mer likeverdig mellom kommuner.

Loven inneholder blant annet en plikt for kommunene til å ha oversikt over behovet for ordinære og tilpassede boliger for vanskeligstilte på boligmarkedet, og at denne oversikten skal inngå som grunnlag for kommunens planstrategi. Med tilpassede boliger menes boliger med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonsnedsettelse, rus- og/eller psykiske lidelser eller andre årsaker. Dette omfatter blant annet boliger som på grunn av sin utforming, innredning og beliggenhet er særlig egnet for personer med rus- og/eller psykiske lidelser. En helhetlig samfunns- og arealplanlegging i kommunen, som inkluderer boligsosiale hensyn, vil legge til rette for at kommunen skaper trygge og helsefremmende by- og bomiljøer som forebygger levekårsutfordringer og bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Loven presiserer også at kommunen skal sørge for samarbeid på tvers av sektorer og samordning av sine tjenester på det boligsosiale feltet. Kommunen skal også samarbeide med andre offentlige aktører som kan bidra til arbeidet for vanskeligstilte på boligmarkedet.

For å hjelpe dem som ikke selv klarer å skaffe seg eller beholde en egnet bolig, inneholder loven en bestemmelse som presiserer at kommunen skal gi individuelt tilpasset bistand til dem som er vanskeligstilte på boligmarkedet. Loven sikrer kommunene handlingsfrihet til å avgjøre innretningen på bistanden i det enkelte tilfellet. Samtidig er det viktig at den som er vanskeligstilt på boligmarkedet, kan ha innvirkning på tilbudet, og prinsippet om brukervedvirkning er derfor videreført i den nye loven. Presiseringen av kommunenes ansvar for å gi individuelt tilpasset bistand kan blant annet forebygge individuelle levekårsforverring.

³⁸ Helgesen m. fl., 2013.

³⁹ Umblijs m. fl., 2019.

2.5 Økt kunnskap om psykisk helse i hele befolkningen

Gjennom mange år har vi hatt vellykkete kampanjer om levevaner og fysisk helse. I dag vet de fleste at det er skadelig å røyke, sunt å mosjonere og helsebringende å spise frukt og grønt. For psykisk helse-området har det ikke vært tilsvarende tydelige, synlige og løpende opplysningsarbeid. Regjeringen vil derfor øke kunnskapen om psykisk helse og om hvilke faktorer og aktiviteter som kan virke beskyttende for å utvikle psykiske plager og gi økt livskvalitet.

Befolkningskampanjen «ABC for god psykisk helse» inneholder komponenter som kan ha både helsefremmende og forebyggende effekt. ABC står for Act, Belong, Commit. På norsk, A: Gjør noe aktivt; B: Gjør noe sammen; C: Gjør noe meningsfylt. Målet er å øke befolkningens kompetanse om psykisk helse, fremme god psykisk helse og forebygge psykiske lidelser. Trøndelag fylkeskommune skal i 2023–2024 gjennomføre en pilot som kan danne grunnlag for anbefalinger om en nasjonal folkehelsekampanje. På bakgrunn av resultatene vil regjeringen vurdere hvordan en nasjonal folkehelsekampanje basert på ABC kan gjennomføres på befolkningsnivå og for ulike grupper i samfunnet.

Forskning viser at komponentene i ABC-kampanjen har stor påvirkning på livskvaliteten, også for dem som strever med psykiske plager.⁴⁰ Samtidig kan disse aktivitetene virke beskyttende og hindre utvikling av psykiske plager.

Et viktig aspekt ved ABC for god psykisk helse er at den er egnet til å bli tatt i bruk i barnehager, i skoler, på arbeidsplasser og ved høyskoler og universiteter. En nasjonal opplysningskampanje vil bidra til å øke hele befolkningens kunnskap om hva som styrker den psykiske helsen. En folkehelsekampanje bygget på ABC vil dra nytte av et solid kunnskapsgrunnlag fra omfattende forskning på psykisk helse, erfaringer fra Australia, Danmark, tiltak i Norge og Folkehelsealliansen i Trøndelag.

Erfaringer fra andre kampanjer, for eksempel på alkohol- og tobakksområdet, viser gode resultater knyttet til endringer i vaner og handlingsmønstre og derigjennom forbedret helse. Helsedirektoratet gjennomfører for eksempel kommunikasjonssatsingen «LEV», som kommuniserer levevanene tobakk, kosthold, fysisk aktivitet og alkohol i sammenheng med psykisk helse og at

psykisk og fysisk helse henger tett sammen. Målinger fra før og etter kampanjestart viser en økning i kjennskap og tillit til Helsedirektoratets råd på alle de fem levevanene.

I 2023 er det 30 år siden Verdensdagen for psykisk helse ble opprettet som en internasjonal FN-dag for å fremme bevissthet om psykisk helse over hele verden. Målet med Verdensdagen er å bidra til kunnskap, åpenhet og engasjement rundt psykisk helse ved å mobilisere til tiltak som kan styrke den psykiske folkehelsen, redusere stigma og øke forståelsen av hva som bidrar til å styrke eller svekke den psykiske helsen.

Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.⁴¹ Grupper med lav inntekt eller kort utdanning har vanligvis lavere helsekompetanse enn grupper med høyere inntekt eller utdanning.⁴² Også deler av innvandrerbefolkningen har lavere helsekompetanse enn den øvrige befolkningen. Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, høyere sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus. Å styrke befolkningens helsekompetanse kan bidra til bedre helse i befolkningen.

Helsedirektoratets undersøkelse om befolkningens helsekompetanse synliggjør at mange opplever utfordringer med å finne informasjon om hvordan psykiske plager kan håndteres.⁴³ Informasjon om hvordan psykiske plager kan håndteres bør være lettere tilgjengelig, være på ulike språk og være på et slikt nivå at befolkningen – uavhengig av landbakgrunn – kan anvende informasjonen for å kunne ta vare på sin psykiske helse. ABC-piloten i Trøndelag planlegger for hvordan budskap og tiltak kan tilpasses ulike grupper, også språklig og kulturelt.

Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen utløper i 2023. Regjeringen vil i arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan vurdere behovet for å utarbeide en ny strategi for økt helsekompetanse i en mangfoldig befolkning, og vurdere tjenestenes ansvar for å tilpasse seg ulik grad av helsekompetanse.

⁴¹ Helse- og omsorgsdepartementet, 2023.

⁴² Lunde og Ramm, 2021.

⁴³ Le m. fl., 2021.

⁴⁰ Krokstad, 2020.

2.6 Forebygge og redusere ensomhet i befolkningen

Ensomhet og sosial isolasjon er en av de store folkehelseutfordringene. Høy grad av ensomhet er forbundet med et betydelig tap av livskvalitet. Det er stort behov for kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge og redusere ensomhet i ulike grupper i befolkningen. Kommunene bør ha oversikt over omfanget av ensomhet i sin befolkning og iverksette tiltak for å redusere og forebygge denne. Regjeringen vil derfor vurdere å inkludere ensomhet i folkehelseloven når denne revideres, samt utarbeide en veiviser for folkehelseiltak mot ensomhet og vurdere en handlingsplan mot ensomhet i 2025. Folkehelsekampanjen «ABC for god psykisk helse» er også et viktig tiltak for å motvirke ensomhet.

Ensomhet handler om manglende eller utilstrekkelige sosiale relasjoner, men også om behov eller ønske om å ha bedre eller flere sosiale relasjoner. Ensomhet er ofte forbundet med stigma og øker risikoen for en rekke fysiske og psykiske lidelser, og for tidlig død. Ensomhet kan være både en årsak til og en konsekvens av en psykisk lidelse. Flere studier har vist at ensomhet og sosial isolasjon kan være en risikofaktor for hjerte- og karsykdommer og demens på linje med kjente risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og dårlig kosthold. Dårlig helse og økonomiske vanskeligheter er igjen risikofaktorer for ensomhet. Det er derfor viktig både å forebygge og å redusere den ufrivillige ensomheten.

Om lag 15 prosent av befolkningen oppgir at de ofte føler seg ensomme, og ensomheten har økt de siste 10–15 årene blant både ungdom og unge voksne.⁴⁴ Innvandrere opplever i større grad ensomhet og eksklusjon fra samfunnet enn den øvrige befolkningen.⁴⁵ Ensomhet og sosial isolasjon virker negativt inn på individet, personer rundt, lokalmiljøet og samfunnet. Selv om forekomsten av ensomhet har vært relativt stabil over år i Norge, har den økt i noen grupper: blant personer som bor alene under 35 år, og blant eldre. Ettersom det blir stadig flere eldre, må vi også forvente at forekomsten av ensomhet vil øke. I løpet av covid-19-pandemien, med smitteverntiltak som førte til mer sosial isolasjon, var det økt ensomhet blant studenter og eldre.⁴⁶

Enslige har dårligere livskvalitet enn de som har partner, og enslige i alle aldersgrupper rap-

porterer om mer ensomhet, bekymring og nedstemthet enn de som har en partner.⁴⁷

Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en systematisk kunnskapsoppsummering i 2022 hvor de har vurdert effekten av ulike tiltak for å forebygge ensomhet. Konklusjonen er at det er få godt dokumenterte tiltak, og lav kvalitet på en rekke av studiene. Den peker likevel på at sosiale tiltak kan være effektive for å redusere sosial isolasjon, mens psykologiske tiltak kan redusere ensomhet. Regjeringen vil utarbeide en veiviser med folkehelseiltak mot ensomhet og vurdere å lage en handlingsplan mot ensomhet.

Statlige og kommunale myndigheter og beslutningstakere kan ikke avskaffe ensomheten, men legge til rette for å forebygge og redusere den. De psykisk helsefremmende arenaene som er omtalt over, kan alle bidra til nettopp dette. Økt satsing på å få flere, særlig unge, i arbeid og aktivitet, kan sannsynligvis også både forebygge og redusere ensomhet. Deltakelse i frivillig arbeid kan redusere ensomhet og sosial isolasjon. Det gjelder for alle aldre. I tillegg har flere studier vist at dyreassistert terapi i eldreomsorgen effektivt reduserer følelsen av ensomhet hos eldre.^{48 49} Tiltak i «Bo trygt hjemme»-reformen skal bidra til å forebygge og redusere ensomhet hos eldre.

Ensomhet er en av de faktorene som medfører størst tap av livskvalitet. God livskvalitet er ulikt fordelt mellom ulike grupper i befolkningen, og det er et mål at flest mulig i befolkningen skal ha god livskvalitet. Regjeringen har derfor besluttet å legge fram en nasjonal livskvalitetsstrategi i 2024. Hovedmålet med strategien er å sikre en samfunnsutvikling som utjevner sosiale forskjeller i livskvalitet og gjenspeiler hva befolkningen mener er viktig for et godt liv. Regjeringen har besluttet å inkludere livskvalitet og vil vurdere ensomhet inn i folkehelseloven når denne revideres.

2.7 Benytte samfunnspsykologisk kunnskap i kommunene

Samfunnspsykologisk kunnskap handler om hvordan psykologiske, sosiale, sosioøkonomiske, samfunnsmessige og fysiske faktorer samvirker i å hemme og fremme menneskers helse og livskvalitet gjennom livsløpet, og er viktig i planleggingen

⁴⁴ Barstad, 2021a.

⁴⁵ Barstad, 2021b.

⁴⁶ Barstad, 2021a.

⁴⁷ Nes m. fl., 2021.

⁴⁸ Löwe, 2016.

⁴⁹ Ambrosi m. fl., 2019.

⁵⁰ Banks m. fl., 2002.

og utviklingen av lokale helsefremmende tiltak og tiltak på systemnivå. Mange kommuner har ansatt psykologer som arbeider både klinisk og samfunnsrettet. Samfunnspsykologisk kunnskap kan benyttes ved planlegging og utforming av lavterskelintervensjoner innen psykisk helse på ulike nivåer. Samfunnspsykologisk kunnskap innebærer også kjennskap til helse- og velferdspolitiske føringer som er viktige for det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Det må sikres at kommunen bruker sin kompetanse innen psykisk helse og folkehelse til også å fremme psykisk helse på befolkningsnivå. Regjeringen vil vurdere hvordan kommunene best kan utnytte samfunnspsykologisk kunnskap for å fremme helse og livskvalitet i hele befolkningen gjennom lokale samfunnsbaserte tiltak og tiltak på

systemnivå, og vil vurdere dette når folkehelseloven skal revideres.

Folkehelseinstituttet publiserer årlig folkehelseprofiler og oppvekstprofiler for landets fylker og kommuner. Profilene gir oppdatert kunnskap om og oversikt over hvordan befolkningen i den enkelte kommune og fylke fordeler seg på indikatorer for levekår, barnehage og skole, fritid og nærmiljø, miljø, skader og ulykker samt helse- og helseatferd. Oversikten over folkehelseutfordringer skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier. Samfunnspsykologisk kunnskap bør benyttes til å planlegge hvordan informasjonen fra profilene kan inngå i planstrategier, og brukes til å fremme psykisk helse og livskvalitet i lokalsamfunnet.



Figur 3.1

3 Gode tjenester der folk bor

Mennesker med psykiske helseutfordringer har behov for god og lett tilgjengelig hjelp. Samtidig viser en rekke undersøkelser at det er stor variasjon i tilbudet rundt om i landet. Gjennom denne opptappingsplanen ønsker regjeringen å bidra til å styrke kvaliteten og bedre tilgjengeligheten til tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser. Det handler både om å legge til rette for mer tilgjengelige lavterskeltilbud i kommunene, å styrke tilbudet i psykisk helsevern, å redusere ventetiden og å gi barn og unge tilbud om vurderingssamtaler i psykisk helsevern for barn og unge for å avklare behov for videre behandling. Det handler også om å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Godt samarbeid med brukere og pårørende er en viktig forutsetning for å utvikle gode tjenester. Videre skal det legges til rette for nye måter å jobbe på, mer effektiv organisering, riktig oppgavedeling og god bruk av tilgjengelige ressurser (se kapittel 1.6 for utfyllende omtale av personell).

3.1 Bakgrunn for innsatsområdet

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Vi har et godt utbygd tjenestetilbud til personer med psykiske plager og lidelser i Norge. Likevel er det mange som ikke får hjelp når de trenger det.

Flere rapporter viser at tilgangen til tjenester i kommunen for mennesker med psykiske plager

og lidelser er ulik, og at befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn andre. Riksrevisjonen peker også på at pasienter som bor i områder med høy grad av avvisinger og lange ventetider, eller i kommuner som ikke har etablert for eksempel oppsøkende og akutte tjenester, ikke har samme tilgang til helsetjenester som andre.¹ Pasient- og brukerombudet rapporterer om mangel på døgnplasser og poliklinisk kapasitet, lang ventetid og en opplevelse av at man må bli sykere nå enn tidligere for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten.²

Det er behov for å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske helseutfordringer både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Mange har hatt det vanskelig under covid-19-pandemien³, og i overkant av 20 prosent flere barn og unge mottok helsehjelp, i psykisk helsevern i 2021 enn i 2020. Økning i ventetider og framskrivninger viser at behovet er større enn kapasiteten. De som henvises, har også mer alvorlige tilstander enn før. Det er økt antall innleggelser av unge med spiseforstyrrelser⁴, og mange blir ikke oppdaget og får ikke hjelp tidlig nok. Det har også vært en økning i konsultasjoner i primærhelsetjenesten knyttet til psykiske helseplager hos barn og unge. Antall sengeplasser i psykisk helsevern er de siste

¹ Riksrevisjonen, 2021.

² Pasient- og brukerombudet, 2022.

³ Nøkleby m. fl., 2021.

⁴ Surén m. fl., 2022.

Boks 3.1 Regjeringen vil

- Bedre tilgjengeligheten og kapasiteten i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer, blant annet ved å
 - Legge til rette for tilgjengelige tilbud i kommunene, herunder:
 - Legge til rette for å styrke lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene
 - Utrede fordeler og ulemper med ulike alternativer for å bidra til likeverdige kommunale lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus for alle aldre. Lovfesting av lavterskeltilbud i kommunene er blant alternativene som skal utredes
 - Utrede muligheten for å utvide målgruppen som får hjelp av Rask psykisk helsehjelp
 - Styrke helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, både faglig og økonomisk
 - Vurdere innretning på mulig henvisningsrett for helsesykepleiere
 - Vurdere tiltak for å bedre kjønnsbalansen i helsesykepleierutdanningen, herunder vurdere kjønnspoeng eller kvotering
 - Legge til rette for gode og forutsigbare rammer for veilednings-, støtte og rådgivningstjenester innen psykisk helse, rus og vold
 - Styrke kapasitet og rekruttering til allmennlegetjenesten, herunder:
 - Vurdere tiltak for å tilrettelegge for tverrfaglige fastlegekontor
- Legge til rette for at de regionale helseforetakene kan øke kapasiteten til behandling og oppfølging i psykisk helsevern for barn, unge og voksne, basert på analyser og framskrivinger, herunder:
 - Styrke kapasiteten til behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser
 - Sikre tilstrekkelig døgnkapasitet og sengeplasser i psykisk helsevern for barn og unge i alle helseregioner til behandling og oppfølging av barn og unge med alvorlig psykisk sykdom og behov for døgnbehandling, herunder barn og unge i barnevernet
 - Be RHFene om en årlig orientering om hvordan de ligger an i lys av egne framskrivinger
 - Utrede hvordan felles henvisningsmottak kan inkludere samarbeid med kommunene, slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå
- Bidra til digitale tilbud og tjenester innenfor psykisk helsefeltet, blant annet ved å:
 - Prøve ut brukerstyrt poliklinikk ved DPS med digital monitorering
 - Videreutvikle og implementere digitale selvhjelpsverktøy og veiledet internettbehandling
 - Videreutvikle DigiUng og ung.no
 - Utrede om og hvordan det samlede tilbudet fra kommunene kan formidles til innbyggerne gjennom én felles digital dør på kommunenivå
- Styrke tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser, blant annet ved å:
 - Videreutvikle modeller for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten rundt barn og unge, herunder
 - Innføre vurderingssamtale til barn og unge
 - Utrede og pilotere integrert ungdomstjeneste på ett nivå for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som inkluderer samarbeid med barnevern og Arbeids- og velferdsetaten
 - Vurdere å fjerne egenandelen for pasienter til og med 25 år for behandling i psykisk helsevern
 - Vurdere hvordan statlige tilskudd kan utnyttes bedre enn i dag for å nå målet om bedre, mer helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge
 - Styrke arbeidet med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser, herunder
 - Utvikle program for styrket kunnskap og kompetanse og modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak
 - Vurdere organisering av tilbud innen spesialisthelsetjenesten

(boks forts.)

- Bidra til at arbeid og aktivitet i større grad blir en del av behandling og oppfølging for personer med psykiske helseutfordringer, blant annet ved å
 - Utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse
 - Videreføre og bygge ut tilbudet om Individuell jobbstøtte (IPS)
 - Utvikle og prøve ut modeller for samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder med Rask psykisk helsehjelp
 - Legge til rette for aktivitet og møteplasser for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- Forebygge vold og overgrep og hjelpe og støtte volds- og traumeutsatte, blant annet ved å
 - Legge frem en opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner
 - Fortsette utprøving og forskning på traumebehandling i kommunen ved videreutvikling av Trinnvis sammen
 - Støtte kommunene i arbeidet med psykososial beredskap og oppfølging
- Arbeide for å forebygge selvmord og selvskading, blant annet ved å
 - Følge opp Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste og vurdere nye tiltak ved behov
 - Fortsette utviklingsarbeidet om forebygging av selvskading
- Bedre kvaliteten i tjenestetilbudet til personer med psykiske helseutfordringer, blant annet ved å
 - Legge til rette for bruker- og pårørende-medvirkning, herunder
 - Utvikle flere samvalgsverktøy på psykisk helsefeltet
 - Utarbeide pårørendeavtale
 - Jobbe for likeverdige tjenester og tilpasset hjelp til en mangfoldig befolkning
- Bidra til god ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, herunder
 - Styrke Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten
 - Videreutvikle Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), slik at det også inkluderer data på psykisk helse- og rusområdet
 - Vurdere tiltak for å bedre pasient- bruker – og personellsikkerheten i psykisk helsevern
- Legge til rette for forskning og innovasjon, herunder
 - Bedre bruk av helsedata
 - Flere forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter
 - Klinisk forskning som en integrert del av pasientbehandlingen
 - Legge til rette for forskning som er relevant for kommunes kunnskapsbehov
- Bidra til kunnskapsbaserte tjenester, herunder
 - Økt bruk og bedre koordinering av vurderingene i Nye metoder og Helse- direktoratets arbeid med normerende produkter
 - Utrede hvordan kommunene kan få bedre støtte og veiledning i sitt arbeid knyttet til psykisk helse og rus
 - Vurdere anbefalinger fra RHF om omstillingstiltak for å for å øke kapasiteten på prioriterte områder innen PHV, inkludert tilbud ved DPS
 - Vurdere en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern basert på anbefalinger fra ekspertutvalget
 - Utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten
 - Utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

20–30 årene redusert samtidig som ambulante og desentraliserte tilbud er bygget ut.

Framskrivninger viser at en fortsatt styrking av kommunale helse- og omsorgstjenester er en sentral forutsetning for bedre kapasitet i den samlede tjenesten. Mange med psykiske plager og lidelser er i kontakt med fastlege, som er en viktig lavterskeltjeneste i kommunen. For barn og unge, gravide og barselfamilier har også helsestasjons- og skolehelsetjenesten denne rollen. I tillegg kommer egne lavterskeltjenester for psykisk helse. Ifølge Riksrevisjonen har 75 prosent av kommunene en egen lavterskeltjeneste for psykisk helse som behandler barn og unge, mens andre kommuner opplyser at det er andre kommunale tjenester som helsestasjons- og skolehelsetjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og/eller barneverntjenesten som behandler barn og unge. Omtrent én av ti kommuner tilbyr verken lavterskeltjenester eller andre tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser ut over fastlege. Under covid-19-pandemien etablerte flere kommuner ulike lavterskeltilbud og gruppetilbud for å ta unna den økte etterspørselen.⁵ Geografisk variasjon i det kommunale tilbudet og manglende tilbud i kommunen til dem som ikke får hjelp i spesialisthelsetjenesten, bekreftes i pasient- og brukerombudets årsmelding for 2022. Årsmeldingen peker også på at pasienter rapporterer om manglende oppfølging av fastlege kombinert med dårlig utbygd tilbud i kommunen.

Psykiske lidelser er blant diagnosene som oftest leder til sykmelding og uføretrygd.⁶ Personer med slike helseplager er derfor en viktig målgruppe for Arbeids- og velferdsetaten. Tiltak for å fremme arbeidsdeltakelse samtidig med helsemessig oppfølging er viktig for å forebygge varig uførhet og redusere behovet for helserelevante ytelser. Videre er det behov for å legge til rette for aktivitet og møteplasser for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Det er behov for å i større grad ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser og jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering i tjenestene, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, må sikres. Pårørende får ifølge pasient- og brukerombudet ikke ivaretatt rettighetene sine i tilstrekkelig

grad.⁷ Pårørende, som ofte står i krevende omsorgsoppgaver over tid, må få bedre støtte.

3.2 God tilgjengelighet og kapasitet

Mange som strever med psykisk helse- eller rusutfordringer vil oppleve bedring ved å ta i bruk egne ressurser eller ved hjelp av personer i sitt nettverk. Samtidig må alle være trygge på at det er hjelp tilgjengelig når behovet oppstår. Flere ordinære tjenestetilbud som helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fastlege ivaretar mennesker med psykiske helseutfordringer. Samtidig rapporterer mange kommuner om økende etterspørsel etter flere tilbud innen psykisk helse- og rusfeltet. Dette er tilbud som kan fungere ved siden av, være en del av eller samarbeide med andre ordinære tjenester. Regjeringen vil jobbe for å bedre både tilgjengeligheten og kapasiteten i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer, og for at terskelen for å få hjelp skal være lav. Det er et mål at innbyggere i alle kommuner skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. Samtidig skal regjeringen bidra til tilstrekkelig kapasitet og god hjelp til dem med behov for mer omfattende behandling både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er et mål å redusere gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern både for barn og unge, for voksne og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En viktig del av kapasitetsoppbyggingen må skje gjennom blant annet endrede prioriteringer, mer effektiv organisering, bedre oppgavedeling og bruk av tilgjengelig personell. Mindre rapportering, samt videreutvikling av digitale tilbud og nye løsninger som kan gi økt tilgjengelighet, vil også være viktig.

3.2.1 Tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med psykiske helseutfordringer og rusproblemer. For å oppfylle ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forbyggende tjenester, utredning, diagnostisering og behandling, og sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

⁵ Ose og Kaspersen, 2022.

⁶ Tesli m.fl., 2023.

⁷ Pasient- og brukerombudet, 2022.

Det er en vurdering av den enkelte pasients eller brukers behov som er avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å tilby av tjenester til den enkelte. Det er viktig at kommunene organiserer tjenestene sine slik at de når alle som har behov for tjenester, og at alle får ivare tatt sine rettigheter. I kommunen gis helse- og omsorgstjenester til personer med psykiske helse- og rusmiddelproblemer både fra generelle helse- og omsorgstjenester, og fra mer spissede tilbud i form av ulike tjenester knyttet til psykisk helse og rus.

Regjeringen vil bidra til å støtte kommunene, slik at de kan sikre gode tjenester til personer med psykiske helseutfordringer i tråd med lokale behov og innbyggernes utfordringer.

Noen kommuner samlokaliserte tjenester, for eksempel i Familiens hus, som samler ulike tjenester rettet mot barn og familier. Noen tjenester gis i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De siste årene har flere fått bedre hjelp gjennom nye tilbud i og på tvers av kommuner. Tjenestene dekker et bredt spekter, fra lavterskeltilbud hvor alle kan ta kontakt, til tilbud til dem med mer sammensatte og langvarige behov. Enkelte tjenester, som helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, blir tildelt gjennom enkeltvedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Rapporterte tall fra kommunene viser at antall mennesker som arbeider innen kommunale tjenester for psykisk helse og rus har økt de siste årene.⁸ Samtidig viser utredningen fra Helsepersonellkommissjonen at man ikke kan legge til grunn samme økning framover. Regjeringen ønsker derfor å se på hvordan ressursene innen feltet psykisk helse og rus kan brukes mer effektivt, for eksempel i form av nye måter å jobbe på, riktig oppgavedeling, hensiktsmessig bruk av teknologi og andre måter å organisere tjenestene på. Regjeringen vil satse på lavterskeltilbud og hjelpeметoder som når bredt ut til mange. Det vises til kapittel 1.6 for omtale av personell og kompetanse.

3.2.2 Kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus

Det skal være lav terskel for å søke hjelp når man opplever psykiske vansker. Mange, og særlig barn og unge, etterspør hjelp som er lett tilgjengelig, hvor man ikke trenger henvisning og ventetiden er kort. Lavterskeltilbud kan bidra til å forebygge at ulike livsmestringsutfordringer, livskriser, og milde og moderate plager og lidelser utvikler seg

Boks 3.2 Ung Arena

Ung Arena er et lavterskeltilbud for unge mellom 12–25 år og skal være tilgjengelig for ungdommene når de trenger det. Man kan ringe om man ønsker en prat eller ønsker å avtale et tidspunkt for å møtes. En fast linje er bemannt i åpningstidene. Man kan snakke om det man selv ønsker. Det tilbys støttesamtaler, praktisk hjelp og hjelp med sømløs overgang til spesialisthelsetjenesten og andre relevante tilbud. På Ung Arena arbeider fagfolk, erfaringskonsulenter og frivillige sammen for å hjelpe unge. Samarbeidsavtaler med ulike offentlige tjenester gjør at av fagfolk kan de unge møte sykepleier, psykolog, sosialarbeider, ruskonsulent, studierådgiver og representant for NAV. Det er eid av kommunene og har et forpliktende metodisk samarbeid med Ung Arena som eier modellen. Tilbudet er gratis, har ingen ventetid, lav terskel, lang åpningstid, lett tilgjengelighet og mulighet for å være anonym. Ung Arena bygger på et universelt forebyggende folkehelseperspektiv med mulighet for hurtig og sømløs los inn i hjelpeapparatet.

og blir mer alvorlige tilstander. Slike tilbud kan for eksempel inneholde støttesamtaler, hjelp til å finne fram i hjelpeapparatet, kurs i stressmestring, arbeid med søvnløshet, eller korttidsbehandling av lettere former for angst og depresjon. Regjeringen har som mål at innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte tilbud innen psykisk helse og rus.

«Lavterskeltilbud» er ikke definert i helselovgivningen, men er en måte å innrette tjenester på og et uttrykk for egenskaper ved tjenestens tilgjengelighet. Dette innebærer ofte at man ikke trenger henvisning for å oppsøke tjenestene eller delta på aktivitetene som tilbys. Som regel vil det være rask tilgang til hjelp. Lavterskeltilbud kan omfatte både forebygging, tidlig intervensjon, behandling og skadereduksjon. De kan innrettes for ulike brukergrupper og inneholde et spekter av hjelp som råd, samtaler og veiledning, arbeids- og aktivitetstilbud, utredning og behandling, eller være møteplass for sosialt fellesskap. På rusområdet finnes det også ulike lavterskeltilbud som yter andre typer helsetjenester, for eksempel sårstell og oppfølging av infeksjoner, utdeling av bruker-

⁸ Kaspersen og Ose, 2022.

utstyr mv. Tilbudene kan være både stasjonære og ambulante.

Gjennom ulike former for lavterskeltilbud, kan flere få hjelp på et tidlig tidspunkt. Rask tilgang på hjelp og behandling vil kunne ha stor betydning for enkeltmenneskers livskvalitet og mestrings-evne. Det kan også bidra til å redusere pågangen på tilbudene i spesialisthelsetjenesten.

Ved å bruke mestringskurs, psykoedukative intervensjoner og gruppeterapi i større grad, vil man kunne klare å gi hjelp til flere uten å øke arbeidsbyrden for de ansatte. Det gir bedre utnyttelse av knappe personellressurser. Digitale tilbud og tjenester har potensial til å nå svært mange. Utvikling og økt bruk av dette vil kunne gi bedre kapasitet i tjenestene, jf. kapittel 3.2.4. Slike tilbud kan inkludere både selvhjelps- og mestringsverktøy og digital behandling som veiledet internettbehandling og digitale konsultasjoner.

Mange kommuner har etablert gode lavterskeltilbud for sine innbyggere med utgangspunkt i lokale ressurser og behov. Rask psykisk helsehjelp (se nærmere omtale under) og Ung Arena (se boks 3.2) er eksempler på tilbud som er etablert flere steder.

Kommunenes egenrapportering og ulike innspill til opptappingsplanen viser imidlertid at tilgangen til lavterskeltilbud varierer rundt om i landet, og at etterspørselen etter lett tilgjengelige

hjelpetilbud for personer med psykiske helseutfordringer er betydelig. Det har også blitt pekt på at det er behov for å avklare hva som er et lavterskel psykisk helsetilbud, og for å tydeliggjøre hva som er kommunens ansvar for oppfølging og behandling ved psykiske helseplager.⁹ Regjeringen vil derfor i planperioden utrede fordeler og ulemper med ulike alternativer for å bidra til likeverdige kommunale lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus for alle aldre. Med kunnskapsbasert menes at tilbudet er basert på kunnskap fra forskning, fra fagfolks erfaringer og fra brukerne selv. Kunnskapasbasert innebærer også at det kommunale handlingsrommet hensyntas, ved at kommunene kan være mer fleksible og ta hensyn til sine erfaringer og lokale rammer og forutsetninger.

Et godt og tilgjengelig lavterskeltilbud i kommunene har mange gevinster. Det vil kunne avdekke og hjelpe personer med psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer på et tidlig tidspunkt, og forebygge forverring av psykiske utfordringer, rusmiddelproblemer og innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil hjelpen flyttes nærmere der hvor folk lever livene sine. Et lavterskeltilbud vil kunne ta i bruk flere ulike profesjoner i kommunen. Både helse- og sosialfaglig

⁹ Helsedirektoratet, 2021d.

Boks 3.3 Lavterskelteamet i Tromsø

I Tromsø er det etablert et samarbeid (Lavterskelteamet) mellom kommunen og psykisk helsevern for barn og unge om vurdering og oppfølging av barn og unge (opptil 18 år) og deres familier, som har lette til moderate vansker som depresjon, angst, atferdsvansker og problemer med konsentrasjon/uro. Målet er å sikre at barn og unge møter et faglig godt og samordnet tjenesteapparat.

Teamet, som er tverrfaglig sammensatt (kommunepsykolog, psykologspesialist, barnevernspedagog) med ansatte fra BUP Tromsø, UNN HF og Tromsø kommune, har to hovedfunksjoner. Rask avklaring av behov for hjelpetilbud og kortvarig behandling og oppfølging til barn, unge og familier som antas å ikke ha behov for et langvarig tilbud. Tilbudet krever ingen henvisning. Alle som er bekymret for et

barn eller ungdoms psykiske helse kan ta direkte kontakt med teamet. Teamet deltar i møter med ungdom, barn, foresatte, lærere eller andre fagpersoner og tilrettelegger for samarbeid med andre kommunale helsetjenester ved behov. Tilbudet er særlig mye brukt av helsesykepleier i skolehelsetjenesten.

Teamet har tatt i bruk Feedback Informerte Tjenester (FIT) og benytter skjemaene ORS (Outcome Rating Scale) og SRS (Session Rating Scale). Ved hjelp av skalaen ORS gir brukeren jevnlig tilbakemelding på hvordan hen har det. Gjennom SRS gir bruker tilbakemelding på sin opplevelse av relasjonen til behandler. Tilbakemeldingene brukes for å justere videre behandling.

Boks 3.4 Kortvarig psykisk helsehjelp i Porsgrunn

Kortvarig psykisk helsehjelp i Porsgrunn kommune hjelper mennesker som sliter med bekymring, nedstemthet, søvnproblemer, stress og belastninger. Avdelingen bistår folk til å finne veien ut av fastlåste situasjoner. Tilbudet består blant annet av veiledet selvhjelp (strukturert egenbehandling), kurs- og gruppetilbud, individuelle samtaler og systematisk oppfølging av etterlatte etter selvmord.

Avdelingen har etablert en effektiv inntaksprosess ved å bruke det dynamiske feedbackverktøyet NORSE som egenhenvisningsverktøy. Administrativt personell tar seg av inntaket. Det gjør at behandlere kan konsentrere seg om å møte brukerne. NORSE brukes for å evaluere effekten av hver enkelt samtale, og til evaluering av effekten av behandlingen seks uker etter avsluttet oppfølging. Kommunens erfaringskonsulent gjennomfører evaluering og samtaler med alle brukere etter avslutning. Kontinuerlig utviklingsarbeid med utgangspunkt i brukernes erfaringer er et hovedmål for tjenesten. I teamet jobber psykologer, spesialvernepleiere og psykiatrisk sykepleiere.

Kilde: Porsgrunn kommune

personell, personer med erfaringskompetanse og ansatte i andre sektorer som barnevern, NAV og kultur og fritid kan være relevante i eller i tilknytning til slike tilbud. Det er også viktig å legge til rette for formalisert tverrsektorielt samarbeid. Helsepersonellkommissjonen påpeker at i møte med mangel på enkelte yrkesgrupper, særlig de mer spesialiserte, blir det viktig å innrette tilbud slik at flere yrkesgrupper kan bidra. Ved for eksempel å tilby gruppetilbud og nettbaserte tilbud, der det er kunnskapsgrunnlag for et slikt tilbud, vil man dessuten kunne utnytte tilgjengelige personellressurser på en mer effektiv måte.

I utredningen må man se på fordeler og ulemper med ulike alternativer som kan bidra til et mer likeverdig tilbud over hele landet. Mange med rusmiddelproblemer har psykiske plager, for eksempel i form av angst og depresjon, og det vil ikke være bærekraftig eller faglig riktig å etablere separate lavterskeltilbud i kommunene for denne

gruppen. Hvilken ytterligere problematikk som kan inkluderes i tjenestetilbudet må være del av utredningen. Utredningen skal også, i tråd med anbefalingene fra Helsepersonellkommissjonen, vurdere konsekvenser for personellbruken i helse- og omsorgstjenestene som helhet. Det bør også vurderes konsekvenser for den totale personellsituasjonen i kommunen. Lavterskeltilbud bør så langt som mulig bygge på eksisterende tjenester og strukturer og bør ikke medføre ytterligere fragmentering verken for personell eller for brukere. Tett samarbeid mellom brukere og fagpersoner er også vesentlig, slik at brukerens behov er med på å definere innholdet i hjelpen.

Lovfesting er blant alternativene som skal utredes. En tydeliggjøring i helselovgivningen kan klargjøre rammene for tilbudet, både for kommunene og for innbyggere. Det vil også kunne bedre samarbeid med psykisk helsevern, ved at det blir tydeligere hva spesialisthelsetjenesten kan forvente av kommunene. Samtidig sier kommuneloven § 2-2 at det kommunale selvstyret ikke skal begrenses mer enn nødvendig. Mange kommuner har utfordringer med å få tak i nok personell til å løse de oppgavene de har, og en ny plikt vil kunne forsterke utfordringene. En eventuell plikt til lavterskeltilbud kan binde opp ressurser som alternativt kunne blitt brukt til andre tiltak for å heve kvaliteten på samme område. Fordeler og ulemper av lovfesting må veies opp mot hverandre i utredningen. Regjeringen ønsker å utrede en lovfesting av lavterskeltilbud i kommunen tidlig i planperioden.

Regjeringen vil sikre kommunene økonomisk handlingsrom til å prioritere lavterskeltilbud, og gi kommunene god og tilpasset faglig støtte og veiledning. Regjeringen vil vurdere hvordan kunnskapsbasert praksis kan spres og tas i bruk i kommunale lavterskeltilbud, for eksempel gjennom, tjenestestøtte, veiledning osv. For nærmere omtale av forskning og kunnskapsbaserte tjenester, se kapittel 3.8.4 og 3.8.5. For utvikling av kompetansesentrene, se kapittel 3.8.5.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt tilbud som tilbyr korttidsbehandling uten henvisning for personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Oppfølging gis av tverrfaglige team. Tilbudet baserer seg på kognitiv terapi og gis i form av veiledet selvhjelp, kurstilbud, individuelle samtaler og gruppebehandling. RPH er en evidensbasert metode som er organisert etter en

«mixed care»-modell, der den som søker hjelp, sammen med en terapeut, blir enige om hvilket tilbud en skal starte med ut fra prinsippet om rett behandling på riktig nivå, både ved oppstart og underveis i behandlingen.

Rask psykisk helsehjelp ble i Norge etablert som et pilotforsøk i 2012, etter inspirasjon fra England, hvor det var blitt satset nasjonalt for å gjøre evidensbasert behandling av angst og depresjon bedre tilgjengelig. Pilotforsøket ble evaluert av Folkehelseinstituttet, og evalueringen viste at RPH fungerer etter målsetningen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgangen på evidensbasert behandling. Evalueringen, og en senere randomisert kontrollert studie, viste en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon etter behandling.¹⁰

Det er i dag i overkant av 70 RPH-team fordelt over hele landet.

Gevinstene og effektene av RPH er både knyttet til at flere får tilgang til virkningsfull behandling og med det reduserte symptomer på angst og depresjon, men også at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt at flere får hjelp på lavest effektive omsorgsnivå. I planperioden vil regjeringen utrede muligheten for å utvide målgruppen som får hjelp av RPH.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet arbeider med å utvikle modeller for tjenestehandling rettet mot personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og der samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vektlagt. Dette omfatter blant annet en modell for samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og Rask psykisk helsehjelp. Se kapittel 3.5 om arbeid og aktivitet som del av behandling for nærmere omtale.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste forebyggende og helsefremmende tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier, og for gravide og barselfamilier. Tjenesten gjennomfører planlagte helsekontroller for barn og gravide, og er et viktig lavterskeltilbud i kommunen. Tjenesten har svært høy oppslutning i befolkningen og når ut til nesten alle i sin målgruppe.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktig i kommunenes arbeid med å gi alle en god start på livet. Tjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge, samt deres foreldre, utjevne sosiale hel-

Boks 3.5 DigiHelsestasjon

DigiHelsestasjon er et nasjonalt samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune, Bergen Kommune, Stavanger kommune, Haugesund kommune, KS, Helsedirektoratet, Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse. I tillegg deltar de tre EPJ-leverandørene på tjenesteområdet. Prosjektets overordnede mål er å etablere digitale innbyggertjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inklusiv Helsestasjon for ungdom (HFU), på en nasjonal plattform (Helsenorge).

seforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. En god oppfølging etter fødsel kan bidra til å forebygge fødselsdepresjon og bidra til å avdekke behov for hjelp på et tidlig tidspunkt. Tjenesten skal også fremme helsekompetanse hos både barn, ungdom og foreldre for å legge til rette for gode valg senere i livet og fremme egenmestring i møte med livets utfordringer.

Hovedutfordringen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i hovedsak tilgjengelighet og kapasitet. For barn og unge handler det om at tjenesten bør være tilgjengelig, både gjennom tilpassede åpningstider og på digitale flater, og at kapasiteten er god nok til at det går an å få time med kort eller ingen ventetid. Dette innebærer blant annet større tilstedeværelse av helsesykepleier på skoler. Gjennom DigiHelsestasjon (se boks 3.5), som er en del av DigiUng, utvikles det løsninger for digital tilgjengelighet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. DigiHelsestasjon muliggjør digital dialog med helsesykepleier.

Det øremerkede tilskuddet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble styrket i 2023. Fra 2024 vil tilskuddet ikke lenger være begrenset til spesifikke profesjoner, men det åpnes opp for at kommunene kan søke om støtte til å dekke årsverkskostnader for de profesjoner kommunen selv vurderer at de har behov for.

Det er behov for styrket kompetanse, fagutvikling og forskning på helsestasjons- og skolehelsetjenestens områder. Stortinget har derfor bevilget midler til etablering av et nasjonalt tverrfaglig kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Miljøet er forankret ved FHI og ligger i Levanger.

¹⁰ Smith m. fl., 2022; Knapstad m.fl., 2020.

Helsesykepleierutdanningen og jordmorutdanningen er inkludert i nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Dette sikrer at utdanningene er oppdaterte og i tråd med behovet til pasienter, brukere og tjenesten.

Det er til dels store utfordringer med å rekruttere særlig helsesykepleiere. Dette har betydning for kapasiteten i tjenesten. Derfor må det også tenkes nytt om oppgaveløsning og effektive og hensiktsmessige arbeidsformer. Til helsesykepleieryrket er det en ekstra stor utfordring med mangel på menn. Det kan være en hindring for at gutter oppsøker helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Regjeringen vil vurdere tiltak for å bedre kjønnsbalansen i helsesykepleierutdanningen, herunder vurdere kjønnspoeng eller kvotering.

En god og tilgjengelig helsestasjons- og skolehelsetjeneste kan fremme helsekompetanse og utjevne sosiale helseforskjeller. Det vil videre kunne avdekke og følge opp psykiske plager og lidelser samt forebygge utvikling av psykisk uhelse. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en svært viktig lavterskeltjeneste for barn og unge som har psykiske helseutfordringer. I noen tilfeller har barn og unge som henvender seg til tjenesten behov for videre henvisning til for eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Regjeringen vil derfor vurdere å pilotere henvisningsrett for helsesykepleiere til BUP. Formålet er bedre rutiner for tidlig avklaring av hjelpebehov hos barn og unge for å sikre at barn og unge med psykiske plager/lidelser får rask og riktig helsehjelp på riktig nivå. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har kontakt med mange barn og unge før og etter henvisning til BUP. En slik henvisningsrett vil ses i sammenheng med videreutvikling av modeller for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten rundt barn og unge, herunder innføring av vurderingssamtale. Samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil også vurderes nærmere ved pilotering av integrerte tjenester på ett nivå, se 3.4.1.

For å bidra til at barn og unge får nødvendig hjelp og mestrer eget liv bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten samarbeide med andre relevante aktører i helsesektoren og på tvers av sektorer og tjenester, som blant annet koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, barnevernet, ansvarlig for kommunens folkehelsearbeid, fastleger, kommunelegen, psykolog og kommunens øvrige helsetjenester, Arbeids- og velferds-etaten, den offentlige tannhelsetjenesten og PP-tjenesten.

Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Hver kommune og fylkeskommune skal ha en pedagogisk psykologisk tjeneste (PP-tjeneste). PP-tjenesten kan være organisert som en kommunal tjeneste, eller som et samarbeid med andre kommuner og/eller fylkeskommunen.

PP-tjenesten skal hjelpe barnehager og skoler med å utvikle kompetansen og organisasjonen, slik at opplæringen for elever med behov for særskilt tilrettelegging blir best mulig. I tillegg skal tjenesten sørge for at det blir utarbeidet sakkyndige vurderinger av barn og elevers særlige behov.

PP-tjenesten skal samarbeide tverrfaglig når det er nødvendig på lokalt nivå, for eksempel med helsetjenesten eller barneverntjenesten, og på statlig nivå med for eksempel Statped eller spesialisthelsetjenesten.

Ny opplæringslov ble vedtatt av Stortinget våren 2023. I den nye loven tydeliggjøres det at PP-tjenesten skal hjelpe skolen i det forebyggende arbeidet og i arbeidet med tidlig innsats. Ny opplæringslov skal gjelde fra høsten 2024.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud ytes på ulikt vis i kommunene. Frisklivssentraler er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen er personer med sykdom eller økt risiko for sykdom, og som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Det kreves ikke henvisning eller vedtak for å benytte seg av deres tilbud. I tillegg til å ha livsstilsveiledning, har mange frisklivssentraler tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvaner og/eller risikofylt alkoholbruk. Tilbudene skal i henhold til veilederen for etablering av frisklivssentraler tilrettelegges slik at alle i målgruppen kan delta.¹¹ Mange kommuner har et tett samarbeid mellom frisklivssentralen og Rask psykisk helsehjelp (RPH). Frisklivssentralen har tilbud i egen regi og/eller i samarbeid med andre aktører. Det legges vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke brukernes fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Frisklivstilbudene er i utgangspunktet generelle og diagnoseuavhengige. En kartlegging fra SSB viser at om lag 20 prosent av kommunene hadde kurs i depresjonsmestring (KID) og kurs i mest-

¹¹ Helsedirektoratet, 2022b.

ring av belastninger (KIB).¹² Stadig flere kommuner tilbyr også kurs i hverdagsglede. Om lag 66 prosent av kommunene har frisklivssentral i egen regi eller gjennom interkommunalt samarbeid. Frisklivssentralene når med det ca. 85 prosent av befolkningen.

Hjelpetelefoner og netjtjenester

Det finnes en rekke hjelpetelefoner, netjtjenester og støttegrupper som kan være til god hjelp og bidra med informasjons-, veilednings- og støttetilbud til personer i vanskelige livssituasjoner og deres pårørende. Disse tjenestene ytes i all hovedsak av ideelle og frivillige organisasjoner, og er et viktig supplement til det offentlige tjenestetilbudet. Hjelpetelefoner og netjtjenester mottar et høyt antall henvendelser, og tjenestene rapporterer om økt pågang og mer alvorlige henvendelser nå enn før covid-19-pandemien.

Kvalitetssikret opplæring av dem som betjener hjelpetjenestene, er viktig. Det er derfor igangsatt et arbeid for å utarbeide en felles opplæringsmodul for hjelpetelefoner innen psykisk helse. Tiltaket er en oppfølging både av rapporten *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien* fra ekspertgruppen som har vurdert konsekvenser pandemien har hatt for befolkningens psykiske helse og rusbruk, og *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste*. Det skal også vurderes samordning av relevante hjelpetelefoner innen det psykiske helseområdet og eventuelt andre relevante telefoner, til ett felles nasjonalt nummer, og mulighet for etablering av nødknapp.

Regjeringen har i budsjettet for 2023 lagt til rette for en styrket og mer rettferdig tilskuddsordning for veilednings-, støtte- og rådgivningstjenester innen psykisk helse, rus og vold. Målet er at gode og effektive tilbud skal oppleve forutsigbare rammer, samtidig som tilskuddsforvaltningen er åpen og rettferdig. Regjeringen vil vurdere ytterligere styrking av veilednings-, støtte- og rådgivningstjenester innen psykisk helse, rus og vold i planperioden.

3.2.3 Tilgjengelig allmennlegetjeneste

Psykiske helseutfordringer hos pasientene utgjør en stor del av arbeidet på fastlegekontorene. Av over 16 millioner konsultasjoner hos fastlegene presenteres psykiske symptomer i omkring hver fjerde konsultasjon, og i overkant av hver tiende

konsultasjon er psykisk lidelse hoveddiagnosen.¹³ For mange gjør langvarig relasjon at fastlegen er et naturlig første kontaktpunkt også for pasienter med psykiske helseplager. De aller fleste som kontakter fastlegen behandles og følges opp uten henvisning til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene er et viktig lavterskeltilbud for innbyggerne som er tilgjengelig i alle landets kommuner. Samtidig er fastlegen en viktig bidragsyter i å veilede pasienter til andre kommunale tjenester for psykisk helse og mestring. Hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser er fastlegen ofte koordinator i oppfølgingen av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Psykiske helseplager kan ha underliggende somatisk sykdom som årsak. Utredning av somatiske årsaker er derfor en viktig del i fastlegens oppfølging av psykiske helseplager. Personer med angst-, depresjons- og stressrelaterte diagnoser, oppsøker oftere fastlegen og har flere somatiske plager enn andre.¹⁴ Fastleger har kompetanse til å se psykiske og somatiske plager i sammenheng og slik gjøre gode diagnostiske og behandlingsrelaterte vurderinger.

Kapasitetsutfordringer i allmennlegetjenesten reduserer tilgjengelighet og kontinuitet i behandlerrelasjonen også for pasienter med psykiske helseutfordringer. I tillegg er det utfordringer knyttet til samhandlingen mellom allmennlegetjenesten, de øvrige kommunale tilbudene for psykisk helse og spesialisthelsetjenesten. Manglende innsikt i kommunale tilbud blant fastlegene kan medføre unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten og at helsehjelpen ikke blir så god eller ressurseffektiv som mulig. Utfordringer med samhandling mellom fastlegetjenesten og de øvrige kommunale tilbudene kan medføre at somatiske årsaker til psykiske helseutfordringer eller somatiske sykdommer som følger av psykisk sykdom, ikke blir avdekket.

Regjeringen har et pågående arbeid for å styrke kapasiteten i og rekruttering til allmennlegetjenesten. Dette er en nødvendig styrking for å sikre likeverdige og tilgjengelige tjenester for pasienter med psykiske helseutfordringer og for å bedre samhandlingen innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og med spesialisthelsetjenesten. Forsøk med flere yrkesgrupper ved fastlegekontorene har vist at pasientene og helsepersonell opplever tjenestene som bedre koordinerte og med bedre samhandling. I forsøket har ett legekantor hatt psykiatrisk sykepleier ansatt,

¹³ Texmon, 2022; Bjørland og Brekke, 2015.

¹⁴ Dahli m. fl., 2021.

¹² SSB, 2020a.

og ett har hatt psykolog som del av teamet. Funnene samsvarer med funn i andre arbeidere hvor erfaringer med psykolog i fastlegekontor er studert.¹⁵ I arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten ønsker regjeringen å tilrettelegge for flerfaglige fastlegekontorer.

Regjeringen foreslo i 2023 en historisk satsing på allmennlegetjenesten. Midlene brukes til å styrke og gjøre basistilskuddet pasienttilpasset, til ALIS-avtaler for å øke rekruttering og til forskning. ALIS-avtale er en avtale mellom en kommune og en lege i spesialisering i allmennmedisin. Endringen i basistilskudd vil medføre at fastlegen får mer i tilskudd for pasienter som har antatt større behov for tjenester. Det skal understøtte at fastlegen kan bruke mer av sin tid på å følge opp og samhandle om pasienter med store og sammensatte behov, som gjelder mange pasienter med psykiske helseutfordringer. Pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i et utvalg indikatorer som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste. Disse indikatorene er kjønn, alder, bruk av fastlegetjenester, utdanningsnivå i kommunen eller bydel og sentralitet. Modellen er innført fra mai 2023. Regjeringen har ambisjon om å videreutvikle modellen for bedre å treffe helsetilstanden hos pasientene, blant annet for pasienter med psykiske helseutfordringer og rusmiddelproblemer.

Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Akutte psykiske helseutfordringer utgjør mye av arbeidet på legevaktene, spesielt på sen kveld og natt. Konsultasjoner for alvorlige psykiske lidelser utgjør en større andel av konsultasjonene på legevakt enn på fastlegekontorene. Det er en stor utfordring at legevaktene i mange kommuner i mindre grad er integrert med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at det er lite informasjonsflyt mellom legevakt og andre tjenester i kommunen.

Fra 2017 ble kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) utvidet til å gjelde for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Innføring av ØHD for psykisk helse og rus skal bidra til å styrke det samlede tilbudet i kommunene. Pasienter som er aktuelle for å bli innlagt i dette tilbudet, er pasienter som har lette eller moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med somatisk sykdom / somatiske plager. Dette kan være pasienter med avklart tilstand eller kjent

diagnose som får tilbakefall/forverring av psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. I slike tilfeller kan en innleggelse avhjelpe eller roe ned en vanskelig livssituasjon.

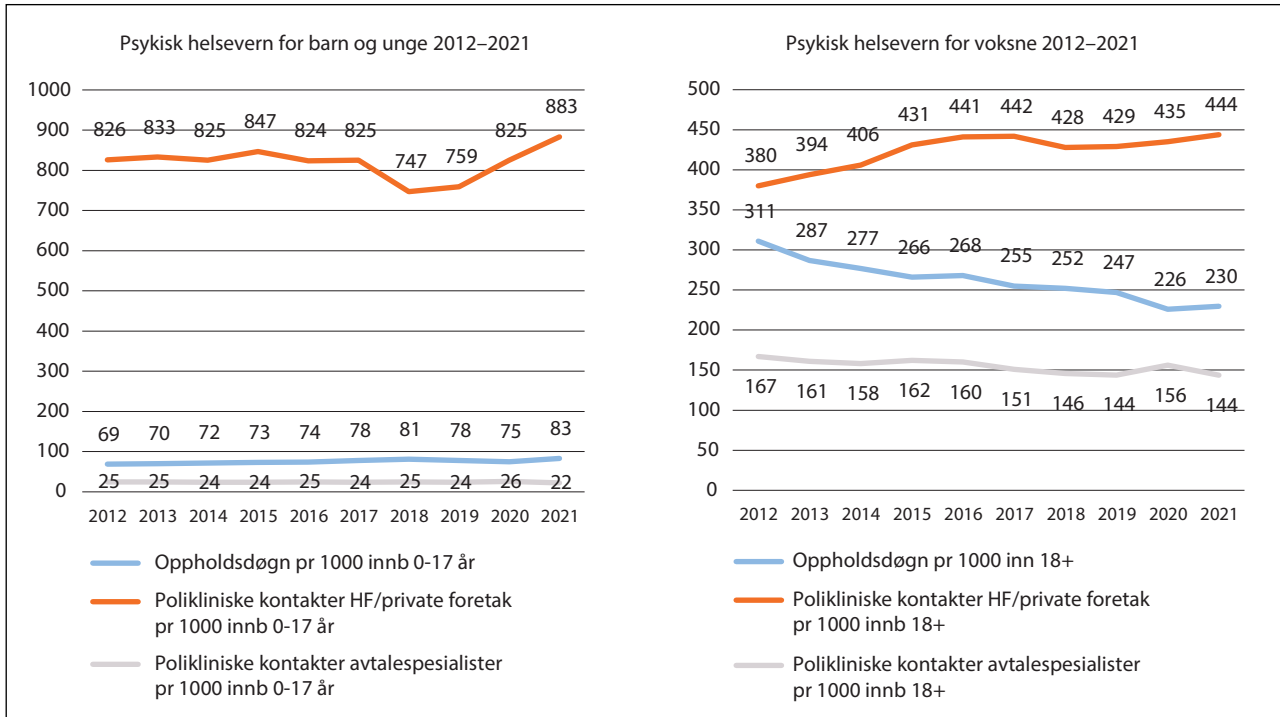
Regjeringen har varslet en egen melding om akuttmedisinske tjenester som skal gjennomgå kjeden av hjelp som gis fra en pasient trenger akutt helsehjelp, til og med akuttmottaket i sykehus.

3.2.4 Tilbud i spesialisthelsetjenesten

Siden forrige opptrappingsplan har det skjedd en stor omstilling av behandlingstilbudene med større vekt på poliklinisk og ambulant behandling og mindre bruk av døgnbehandling i psykisk helsevern. Utviklingen har bidratt til at flere pasienter har fått hjelp og at hjelpen gis nærmere der folk bor. Samtidig har det vært økning i behovet for døgnbehandling, herunder dømt til psykisk helsevern. Det har også vært en betydelig økning av henvisninger, særlig under og etter covid-19-pandemien, og ventetidene har økt. De regionale helseforetakene vurderer at det er behov for å styrke kapasiteten i psykisk helsevern, både polikliniske tilbud og døgnbehandling, og har på bakgrunn av dette revidert den nasjonale framskrivningsmodellen. Bruk av denne nye modellen vil bidra til å redusere uønsket geografisk variasjon og styrke behandlingstilbudet til pasientgrupper med økt behov for behandling i spesialisthelsetjenesten framover, særlig de med alvorlige psykiske lidelser og barn og unge. Regjeringen vil at ventetidene skal reduseres, og vil videreføre mål om at gjennomsnittlig ventetid på sikt skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern for voksne, 35 dager for psykisk helsevern for barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.

Regjeringen vil legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke kapasiteten til behandling og oppfølging i psykisk helsevern. Dette på bakgrunn av framskrivninger og det som er mulig og realistisk å få til innenfor rammen av sykehusøkonomien. Det vil også utredes hvordan felles henvisningsmottak kan inkludere samarbeid med kommunene for å sørge for bedre prioritering og oppgavedeling slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå. Regjeringen vil vurdere anbefalinger fra utvalg om tematisk organisering, forslag til omstillingstiltak fra de regionale helseforetakene og gjennomgangen av rapporteringskrav i psykisk helsevern. Videre vil regjeringen vurdere anbefalinger i rapport om sikkerhetspsykiatri, og øvrige tiltak for

¹⁵ Rugkåsa, 2020.



Figur 3.2 Utvikling i aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og i psykisk helsevern for voksne (PHV-V), 2012–2021. Per 1 000 innbyggere i målgruppen (0-17 år, 18 år og eldre).

Kilde: Figuren bygger på statistikk fra SAMDATA Spesialisthelsetjeneste, Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon, HelseDirektoratet. Data er innsamlet av Avdeling Helseregistre, HelseDirektoratet.

dømte til behandling. Regjeringen vil også vurdere anbefalinger fra utvalget som skal utrede hvordan innsatte med psykiske lidelser kan ivaretas og evaluere særreaksjonene, omtalt under kapittel 4, Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

Utvikling i bruk av tjenester i psykisk helsevern

Etter flere år med stabile pasientrater i psykisk helsevern, økte omfanget av pasienter fra 2020 til 2021. Spesielt var veksten stor i tjenestene til barn og unge. I samme periode økte både aktivitet og kapasitet i poliklinisk (inkludert ambulant) virksomhet, målt i antall konsultasjoner og årsverk. Dette gjaldt både tjenester til barn og unge og tjenester til voksne. I døgnvirksomheten avtok døgnplasskapasiteten og oppholdsdøgn i tjenestene til voksne fra 2012 til 2021, se figur 3.2 og 3.3. I tjenestene til barn og unge var det mindre endring i døgnvirksomheten i perioden.

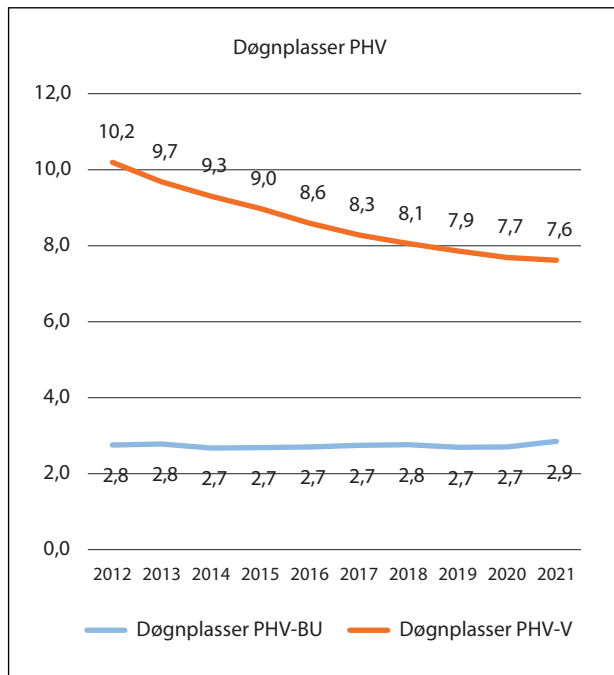
I psykisk helsevern for barn og unge var raten for polikliniske kontakter/konsultasjoner relativt stabil fra 2012 til 2017, se figur 3.2. Deretter var det en avtagende konsultasjonsrate fra 2017 til 2018. Denne nedgangen var blant annet knyttet til innføring av nytt pasientdatasystem i Helse Midt-

Norge RHF. Nedgangen må også ses i sammenheng med innføringen av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 2017, som kan ha medført endringer i rapporteringspraksis.¹⁶

Fra 2019 til 2020 var det en tydelig vekst i polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge, og økningen var knyttet til telefon- og videokontakter i forbindelse med covid-19-pandemien. Denne type kontakter hadde en liten nedgang fra 2020 til 2021, mens polikliniske kontakter ved institusjonene økte. Raten for oppholdsdøgn i psykisk helsevern for barn og unge økte noe for perioden samlet sett.

I tjenestene for psykisk helsevern for voksne var det også vekst i raten for polikliniske kontakter/konsultasjoner når man ser perioden 2012–2021 under ett, se figur 3.2. Det var også i denne sektoren en nedgang i konsultasjonsraten fra 2017 til 2018, etterfulgt av økning siste tre år.

¹⁶ Fra 2017 ble finansieringen ikke lenger knyttet til polikliniske takster, men til aggregerte opphold, som kan bestå av flere kontakter og takster samme dag. Dette kan ha medført en reduksjon i rapporteringen av ikke-refusjonsberettigede kontakter. Kravet om rapportering av P-takster utgikk i 2018. Overgangen til ISF kan også ha gitt tekniske utfordringer i rapporteringen av aktivitetsdata til NPR.



Figur 3.3 Utvikling i døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne, 2012–2021. Per 10 000 innbyggere i målgruppen (0–17 år, 18 år og eldre).

Kilde: Figuren bygger på statistikk fra SAMDATA Spesialisthelsetjeneste, Avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon, Helsedirektoratet. Data om døgnplasser i psykisk helsevern er innsamlet av Statistisk sentralbyrå (SSB).

Raten for oppholdsdøgn avtok i hele perioden 2012 til 2021 i psykisk helsevern for voksne. Det var en sterkere nedgang i volumet for oppholdsdøgn fra 2019 til 2020 enn tidligere år. Dette henger sammen med at akuttberedskapen utgjorde en større andel av behandlingstilbudet under pandemien. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse har samlet sett kortere varighet sammenlignet med øvrige innleggelse, og medfører nedgang i volumet av oppholdsdøgn.

I tjenestene til voksne var det en avtagende døgnplassrate i hele perioden fram til 2021, mens i tjenestene til barn og unge var raten for døgnplasser relativt stabil i hele perioden. Se figur 3.3.

Framskrivning av behov for tjenester

Psykisk helsevern skal ha høy kvalitet og være riktig dimensjonert i tråd med befolkningens behov. Dimensjonering av tjenestene er et ansvar som ligger til de regionale helseforetakene, og arbeidet med framskrivinger er strategisk viktig for at de regionale helseforetakene skal kunne planlegge for tilstrekkelig kapasitet på kort og lang sikt.

De regionale helseforetakene har nylig vurdert hvor stort behovet for tjenester fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) vil bli i årene som kommer. Dette gjelder både behovet for døgnplasser, polikliniske tilbud og ambulant behandling, og om det er grupper som vil trenge flere helsetjenester i fremtiden. På bakgrunn av analysene har de revidert den nasjonale modellen for framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Ny framskrivningsmodell skal legge til rette for gode faglige løsninger og bærekraftig utvikling av helsetjenester frem mot 2040, bidra til å redusere uønsket variasjon og styrke tilbudet til grupper som vil ha økt behov for helsetjenester i fremtiden, gi kvalitetsforbedring og økt bruk av teknologi. Modellen skal legges til grunn ved planlegging av utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur og organisering og innretning av helsetjenesten.

Analysene som ligger til grunn for framskrivningene, viser at det har vært stor vekst i antall henvisninger og aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge fra 2019 til 2021. Skåringer av pasientenes funksjonsnivå viser noe lavere funksjonsnivå sammenlignet med tidligere. Dette tyder på disse pasientene er vurdert å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og ikke har lettere lidelser som kunne tenkes ivarettatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Spiseforstyrrelser er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene for barn og unge, og det er her observert en vekst som er større enn forutgående år. Pasienter med spiseforstyrrelser utgjorde i 2021 30 prosent av samlet forbruk av liggedøgn nasjonalt.

Det har også vært en vekst i henvisninger til psykisk helsevern for voksne fra 2019 til 2021, særlig i gruppen 18–25 år, mens det samlede volumet har en svakere vekst. Dette viser at det særlig er de mellom 12 og 25 år som har hatt en betydelig vekst inn i spesialisthelsetjenesten fra 2018/2019 til 2021. Ventetid innen psykisk helsevern for voksne økte fra 46 dager i 2021 til 50 dager i 2022. For psykisk helsevern for barn og unge økte ventetiden fra 50 i 2021 til 53 dager i 2022.

Det er foreløpig få indikasjoner på at trykket mot psykisk helsevern for barn og unge reduseres, og det er behov for å legge til rette for en generell økt kapasitet i psykisk helsevern for barn og unge med en særlig styrking av det polikliniske tilbudet generelt og tilbudet til pasienter

med spiseforstyrrelser spesielt. Det er også behov for å styrke tilbudet til barn og unge i barnevernet som har psykiske problemer og lidelser.

Både døgntilbudet og de polikliniske tjenestene for pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger styrking. Analysene viser også at det har vært en betydelig økning i antall dømte til behandling de siste årene. Samtidig er det en generell økning i antall liggedøgn for pasienter henvist til en eller annen form for tvang. Det er også indikasjoner på endringer i samsykelighet for enkelte pasientgrupper. Her peker pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-pasienter) seg særlig ut. Framskrivningene viser at det er utfordringer knyttet til kapasitet gjennom hele behandlingsforløpet for personer med alvorlig psykisk lidelse. Godt utviklede dag- og polikliniske tilbud kan redusere behovet for døgninnleggelser, men det forutsetter tidsintensive behandlingsopplegg og forsterket oppsøkende poliklinisk innsats. Tilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser er nærmere omtalt i kapittel 4.

I 2023 har regjeringen styrket budsjettet med øremerkede midler til psykisk helse. 150 millioner kroner av den økte grunnfinansieringen for sykehusene i 2023 skal gå til styrket døgnkapasitet innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne. I revidert nasjonalbudsjett for 2023 har regjeringen foreslått at sykehusenes rammer få en varig økning på 2,5 mrd. kroner utover den ekstraordinære pris- og lønnsvekstjusteringen. Psykisk helse er pekt på som en viktig prioritering innenfor disse midlene.

Framskrivning viser at en sentral forutsetning for bedre kapasitet i den samlede tjenesten er en fortsatt oppbygging av kommunale helse- og omsorgstjenester med tilbud til pasienter med milde og moderate tilstander. Det er ikke i framskrivningen utredet hvordan et tiltak med oppbygging av kommunale helse- og omsorgstjenester med tilbud til pasienter med milde og moderate tilstander vil påvirke kommunene, og om kommunene vil ha kapasitet eller kompetanse til å gjøre dette. Nye oppgaver for kommunene må ha hjemmel i lov, og må utredes i tråd med prinsippene og retningslinjene for statlig styring av kommuner. Se kapittel 3.2.2 for omtale av utvikling av lavterskeltilbud i kommunene. Regjeringen vil legge til rette for å styrke lavterskeltilbud i kommunene tidlig i planperioden.

Helse- og omsorgstjenesten er i stadig utvikling. Det er nødvendig både for å oppnå bedre utredning og behandling, sikre bærekraft og best mulig utnyttelse av felles ressurser. Sentralt for bedre bærekraft er bruk av effektiv behandling,

økt bruk av teknologi og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåer. Nye behandlingsmetoder, utforming av bygg og bedre bruk av teknologi forventes å virke inn på flere forhold i helsetjenestetilbudet. Det kan øke tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester, forkorte varighet av behandling, redusere behovet for døgninnleggelser og bidra til å redusere konsekvensene av geografiske avstander.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å jobbe videre med tiltak for å øke kapasiteten på prioriterte områder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, der det er nødvendig på kort og lengre sikt, og tiltak for å beholde og rekruttere personell innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at behov for bemanning og kompetanse dekkes. De regionale helseforetakene vil levere anbefalinger på omstillingstiltak tidlig høst 2023.

Framskrivninger er først og fremst et verktøy for at helseregionene skal kunne planlegge og dimensjonere tjenestene, og de regionale helseforetakene anbefaler at framskrivningene av behov revideres hvert fjerde år. De oppdaterte framskrivningene ligger til grunn for de regionale utviklingsplanene fram mot 2040.

På bakgrunn av analysene fra framskrivningen vil regjeringen, innenfor rammen av sykehusøkonomien, legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke den generelle kapasiteten til behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten for å redusere ventetiden, og ha en særlig satsing på behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Regjeringen har satt som et resultatmål å hindre nedbygging fra dagens totale antall sengeplasser og sikre at døgnkapasiteten i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling. Målet skal evalueres hvert fjerde år i tråd med revisjon av framskrivningen. Regjeringen vil videre vurdere hvordan døgnbehandling kan innrettes på en best mulig måte på bakgrunn av framskrivning og anbefaling fra ekspertutvalget om tematisk organisering.

Videre vil ytterligere tiltak for å styrke samarbeidet og vurdere ansvarsfordeling mellom barnevern og helsetjenesten for barn med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk bli tatt opp til vurdering etter fremleggelse av barnevernsinstitusjonsutvalgets rapport høsten 2023. Det er viktig at de to sektorene ses i sammenheng og at

behandlingsbehov for barn i barnevernet dekkes i rett sektor.

Den nye og mer detaljerte framskrivningsmodellen for psykisk helsevern danner et godt grunnlag for at de regionale helseforetakene skal kunne styrke tilbudet til dem som vil ha økt behov for helsetjenester framover. I tillegg vil denne modellen bidra til å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet. De regionale helseforetakene vil bes om en årlig orientering om hvordan de ligger an sammenholdt med egne framskrivninger.

Felles henvisningsmottak

I dag har ikke pasienter som blir henvist til en avtalespesialist, legespesialist eller spesialist innen psykologi som har driftsavtale med regionalt helseforetak, de samme rettighetene som pasienter som blir henvist til distriktpsykiatrisk senter (DPS). De får ikke rettighetene sine vurdert i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette innebærer at pasientene ikke har rett til å få vurdert henvisningen sin innen ti dager. Pasienten får heller ikke tildelt en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte.

De regionale helseforetakene har fått oppdrag om å etablere felles henvisningsmottak hvor fastlege/henviser skal henwise alle pasienter som har behov for utredning og behandling innen psykisk helsevern til ett sted. Der vil henvisningen bli vurdert, og de som har rett til helsehjelp vil få dette hos en avtalespesialist eller ved DPS.

Etablering av felles henvisningsmottak vil trolig føre til en endring i henvisningspraksis og prioritering innen psykisk helsevern. Endringen skal føre til en likere og mer hensiktsmessig prioritering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og samtidig gi en bedre oversikt og utnyttelse av samlet kapasitet. Ved å etablere én-vei-inn for henvisninger vil pasientrettighetene ivaretas, samtidig som det blir enklere for fastlegene å henwise pasienten til spesialisthelsetjenesten.

Felles henvisningsmottak gir også en mulighet for å videreutvikle samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i forbindelse med vurdering av henvisninger. Regjeringen vil i planperioden utrede hvordan felles henvisningsmottak kan inkludere samarbeid med kommunene for å sørge for bedre prioritering og oppgavedeling slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå.

Boks 3.6 Trigga.no.

Trigga.no er en kursportal som er laget for å gi hjelp til mennesker som strever med avhengighet, eller som står i fare for å utvikle en avhengighet.

Kursene retter seg mot innbyggere som opplever at bruk av rus, sosiale medier, sukker, trening, gaming, gambling osv. påvirker deres livskvalitet negativt, og ønsker å endre vaner. Målet er å hjelpe flere på kortere tid.

Erfaringen er at flere både unge og eldre tar kontakt, på tross av skam, fordi tilbudet er heldigitalt.

Kursportalen er utviklet av Mestringsenheten i Sandnes kommune. Det er inngått samarbeid med 13 andre kommuner om bruk av kursene.

Kilde: trigga.no

3.3 Videreutvikle digitale tilbud og tjenester

Riktig bruk av teknologi og digitale løsninger står sentralt i tjenesteutviklingen, og er viktig for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Innføringen av teknologi og digitalisering kan bidra til at tilgjengelige ressurser disponeres på nye og bedre måter. Digitale tilbud og tjenester kan gjøre helse- og omsorgstjenestene mer tilgjengelige, kan bedre kapasiteten, og kan legge til rette for fleksible forløp og tidligere hjelp. Dette kan igjen minske ulikheten i tjenestetilbudet og gode digitale verktøy kan gjøre det mer attraktivt å jobbe i tjenestene. Samtidig krever bruk av digitale løsninger bevissthet om at slike tiltak ikke nødvendigvis er egnet for alle mottakere av tjenester eller i alle faser i et behandlingsforløp. Ved å stimulere til at flere med milde psykiske helseplager kan ta i bruk selvhjelpsverktøy og digitale tilbud, kan man gi rom for at de med særlige behov får mer tid med helsepersonell.

Mer bruk av digitale tjenester og tilbud krever at innbyggere og pasienter har god digital helsekompetanse. Digitale helse- og omsorgstjenester er et prioritert område i kommunenes felles plan for e-helse. En nasjonal innføringsstrategi for Helsenorge er under utarbeidelse.

Omstilling til mer bruk av digitale løsninger kan være ressurskrevende i en overgangsperiode fordi det stilles nye krav til ansattes kompetanse om å bruke, forstå og samhandle på nye flater.¹⁷ Det er også nødvendig å bygge opp en kultur for endring og tilpasning til nye digitale verktøy i helse- og omsorgssektoren. Samtidig kommer framtidig helsepersonell til å ha kunnskap om digitale tjenester som del av utdanningene, noe som kan bidra til økt digital forståelse for de arbeidsoppgavene som helsepersonell vil møte på i yrkeslivet.

Bruken av digitale konsultasjoner innen psykisk helse økte kraftig i Europa som følge av covid-19-pandemien.¹⁸ Helsepolitisk barometer for 2021 viste at 29 prosent av befolkningen mener det ville vært enklere å oppsøke psykisk helsehjelp dersom man kunne fått hjelp digitalt.¹⁹ Samtidig rapporterer kommunene om at den digitale kontakten under pandemien fungerte dårlig for en del av dem med mest alvorlige lidelser. Årsakene til dette var mangel på utstyr, kompetanse, personlige preferanser, eller at sykdommen ikke lot seg følge opp digitalt.²⁰

Økt digitalisering av tjenester og tilbud gir store muligheter, men medfører også økt risiko for digitalt utenforskap. Kommunal- og distriktsdepartementet legger etter planen i juni 2023 fram en handlingsplan for økt inkludering i et digitalt samfunn. Handlingsplanen retter seg primært mot de gruppene som opplever digitale barrierer og digital utenforskap. Den framhever at helse- og livssituasjon kan stå i veien for digital deltakelse. Dette må tas hensyn til ved utforming av digitale tjenester, både ved å ivareta prinsippene for universell utforming og ved å bistå med god opplæring og veiledning til brukere med begrensede eller mangelfulle digitale ferdigheter.

Barn og unge har høy digital kompetanse, og mange bruker mye tid på digitale arenaer. Digitale arenaer gir barn og unge mulighet til å bli kjent med hjelpetilbud på egne premisser og på et tidspunkt som passer for dem. DigiUng skal tilby både selvhjelpsverktøy og individuell oppfølging på ung.no. Dette er en viktig satsing for å gi ungdom tilgjengelig hjelp. Se under for nærmere omtale av DigiUng.

Regjeringen vil bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene som helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. På den måten vil kom-

munene og sykehusene kunne jobbe bedre sammen, og få på plass teknologi og ny funksjonalitet som hele helse- og omsorgstjenesten har behov for. Løsningene vil bidra til at relevant helsepersonell har tilgang til rett informasjon på rett sted til rett tid. Disse digitaliseringstiltakene vil ha positiv effekt på tjenestene i stort, og dermed også for tjenestene som er rettet inn mot psykisk helse. Gevinstene av digitale løsninger er store både fordi det gir bedre tilgjengelighet og bedre tilgang til tjenestene. I tillegg kommer samfunnsøkonomiske gevinster i form av å gi hjelp på et lavere effektivt omsorgsnivå. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil regjeringen gi en samlet framstilling av digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Se også kapittel 4.3.1 om gode pasientforløp.

Fra kalenderstyrt til behovsstyrt oppfølging

Pasienter har tradisjonelt opplevd en sykehusstyrt og kalenderstyrt spesialisthelsetjeneste hvor pasienten innkalles til poliklinisk oppfølging etter et definert tidsintervall. Digitale helsetjenester gjør det mulig for pasientene å veksle mellom fysiske og digitale møter etter behov, og ulike digitale behandlingsformer gjør at dialogen mellom pasient og behandler kan skje raskere.

Avstandsoppfølging og brukerstyrte poliklinikker vil bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, men at oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser.

Regjeringen ønsker å prøve ut brukerstyrt poliklinikk med digital monitorering. Brukerstyring av poliklinikker er i liten grad tatt i bruk i norsk helsetjeneste, men er omtalt i ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern, og effekten av digitale helsetjenester er lagt inn i modellen. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å jobbe videre med omstillingstiltak og vil levere anbefalinger høsten 2023. Behov for nasjonale tiltak vil omtales i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Veiledet internettbehandling

Det har allerede skjedd mye med digitale helsetjenester innen psykisk helse. Behandling via internett åpner for at flere personer som har behov for det, søker hjelp. I 2019 godkjente Beslutningsforum for nye metoder at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser kan tas i bruk når det vurderes som hensiktsmessig. Veiledet behandling over nett med programmet eMest-

¹⁷ Ipsos, 2018.

¹⁸ Van Daele, 2020.

¹⁹ Kantar, 2021.

²⁰ Ose og Kaspersen, 2021.

Boks 3.7 Apper for å forebygge og mestre psykiske plager

Under covid-19-pandemien anskaffet Helse- direktoratet fem ulike verktøy som kan være til hjelp for å forebygge og mestre psykiske plager. Appen Tankevirus hadde etter tolv måneder drøyt 100 000 nedlastninger og 80 000 aktive brukere. Målt med pasientrap- porterete utfallsmål opplever syv av ti brukere bedring i symptomtrykk, somatiske helsepla- ger og generell helsereelatert livskvalitet. Hel- sedirektoratet har fått svært gode tilbakemel- dinger fra brukere, fastleger, helsesykepleiere og personell i psykisk helsevern.

Kilde: HelseDirektoratet

Boks 3.8 Mestringsverktøy psykisk helse

Flere norske kommuner deltar i pilot for utprøving av Mestringsverktøy psykisk helse. Verktøyene benyttes av innbyggere i kommu- nene sammen med behandler. Hovedmålet er å sørge for effektiv og tilgjengelig digital behandling av lette til moderate psykiske lidel- ser for innbyggere i norske kommuner. Folke- helseinstituttet evaluerer piloten, og planen er å utføre en randomisert kontrollert studie av effekten for personer som mottar digitale verktøy i piloten, og for personer som mottar tradisjonell behandling.

ring er tatt i bruk i behandlingen av pasienter med depresjon, sosial angst og panikk lidelse. Det er basert på et behandlingsprogram utviklet ved Helse Bergen HF. Det skal nå tas i bruk i alle regi- onene, og regjeringen vil legge til rette for at veile- det internettbehandling videreutvikles og imple- menteres.

Digitale selvhjelpsverktøy

Nyere kunnskapsoppsummeringer tyder på at apper og andre digitale selvhjelpsverktøy kan forebygge og bidra til å mestre milde til moderate psykiske plager og lidelser.²¹ Apper og andre digi- tale selvhjelpsverktøy kan gi personer bedre støtte til å forebygge og mestre ulike plager og utfordringer, eller støtte egenoppfølging ved ulike sykdomsforløp.²² Mange kan ha nytte av å lære, trene og øve på grep som kan gi bedre mestring av stress, uro og grubling

Fordelen med apper er at de er tilgjengelige når som helst og hvor som helst, og de kan tas i bruk av pasienten/brukeren selv eller via en digi- tal henvisning. For enkelte kan det også oppleves som enklere å bruke en app enn å oppsøke fysiske hjelpetilbud. Det finnes allerede en rekke gode verktøy som er utviklet av norske fagmiljøer. Apper kan være gode pedagogiske verktøy som er basert på anerkjente prinsipper i en ny og engasje- rende innpakning. Slike verktøy kan brukes med eller uten støtte fra helsepersonell.

²¹ Marciniak m. fl., 2020; Eisenstadt m. fl., 2021.

²² Tong m. fl., 2021.

På helsenorge.no kan befolkningen finne digi- tale verktøy og kurs som kan være til god hjelp og nytte ved psykiske plager. Å gjøre disse verktøy- ene mer tilgjengelig er viktig. Verktøyene kan bidra til å forebygge forverring og utsette mer kostbare og ressursintensive behandlingstiltak, særlig om de tas i bruk som tidlig intervensjon i et samspill med helsetjenesten.²³ Det er på plass infrastruktur som gjør at fastlege kan sende digi- tal henvisning til et digitalt verktøy til sin pasient via Verktøyformidleren. Pasienten finner sitt for- skrevne verktøy via en tekstmelding med lenke til Verktøykatalogen på helsenorge.no.

Regjeringen vil som del av opptappingsplanen legge til rette for at digitale selvhjelpsverktøy vide- reutvikles og tas i bruk, og styrket tilskuddet til dette i 2023. Hovedmålet er å sørge for effektiv og tilgjengelig digital behandling av lette til moderate psykiske lidelser for innbyggere i norske kommu- ner.

DigiUng og ung.no

Barn og unge trenger og etterspør kvalitetssikret informasjon, råd, veiledning og hjelp via digitale flater. De ønsker tjenester som er tilgjengelige her og nå, på deres premisser. Digital tilgjengelighet til både informasjon og tjenester – på tvers av sek- torer – er nødvendig for å nå ut til og hjelpe barn og unge. Målet er at barn og unge finner lett til- gjengelig og kvalitetssikret informasjon, veiled- ning og tjenester. Digitale tjenester er en viktig del av lavterskeltjenester til barn og unge. Regje-

²³ Hamilton m. fl., 2018.

ringen har besluttet at ung.no skal være statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge på tvers av tjenestenivåer, gjennom realisering av DigiUng. Bevilgningene til dette ble derfor styrket i 2023. Sju departementer med underliggende etater står sammen om DigiUng. Se også omtale av DigiHelsestasjon under kapittel 3.2.2. Målgruppen for ung.no er i dag ungdom 13–20 år.

I dag har de fleste 10-åringene i Norge en egen smarttelefon, og 56 prosent av dem bruker sosiale medier.²⁴ De fleste barn under 13 år er like mye på nett som 15- og 16-åringene, uten at man kan forvente at de har tilsvarende evne til å utøve digital dømmekraft eller kildekritikk. Allikevel er det svært få nettsteder og apper som er beregnet på barn. Til tross for at mange nettsteder og apper har aldersgrenser, brukes de av barn som er yngre enn det aldersgrensen tilsier. De aller fleste nettsteder og apper har ikke kvalitetssikret innhold, og mange er drevet av kommersielle interesser. Brukere blir i stor grad eksponert for reklame, og i noen tilfeller upassende/skadelig innhold og ubehagelige interaksjoner. Se kapittel 2.3.5 for omtale av sosiale medier og psykisk helse.

Å tilby kvalitetssikret og forebyggende informasjon og veiledning til barn under 13 år på nett vil dekke et hull i det offentlige tilbudet til barn og unge. Det vil være et viktig supplement til informasjon og opplæring som gis på andre arenaer. Det estimeres at ung.no fikk i overkant av 5 000 spørsmål fra om lag 100 000 brukere fra barn under 13 år i 2021, til tross for at tjenestens nedre aldersgrense er 13 år. Dette viser tydelig at ung.no og DigiUng kan være tjenester som møter behovet i denne aldersgruppen. Brukerinnsikt viser imidlertid at ulike aldersgrupper har ulike behov, forventninger og brukermønstre, og at digitale tjenester må være alderstilpasset. Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet vil derfor gi Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet oppdrag om, i samarbeid med andre relevante etater, å utrede nærmere hvilke behov gruppen under 13 år har, som grunnlag for et videre arbeid med å utvikle tilbudet for denne gruppen.

Én dør inn til informasjon

Det er viktig både for dem som trenger hjelp, og for dem som skal gi hjelp, at informasjon om tje-

²⁴ Medietilsynet, 2022.

Boks 3.9 Barn og unges helsetjeneste

De som trenger hjelp og de som skal hjelpe barn og unge må forstå de ulike tjenestene og deres rolle og ansvar. Slik kan vi skape et bedre hjelpetilbud. *Barn og unges helsetjeneste* er et verktøy for å hjelpe fagfolk til å gi barn og unge sammenhengende hjelpetilbud, men det gir også informasjon til barn, unge og foresatte om hvor man kan få hjelp. Satsingen består av sju samhandlingsforløp for de vanligste psykiske plagene hos barn og unge. Forløpene fungerer som et kart over tjenestene og gir både fagfolk og brukere bedre oversikt over hvem i tjenestene som har ansvar og hvor man kan få hjelp. *Barn og unges helsetjeneste*, ble startet av Helse Fonna, og rulles ut flere steder i landet – blant annet i Møre og Romsdal.

Kilde: Helse Møre og Romsdal, u.å.

nestetilbudet er oversiktlig og lett tilgjengelig. Det er behov for digital tilgang til samlet informasjon om relevante tilbud i kommunene til personer med psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer. Tiltakene som utvikles for å gi oversikt over tjenestene, må ivareta behovet for å nå fram med informasjon til ikke-digitale innbyggere. Videre bør de inkludere informasjon om tilbud knyttet til psykososial oppfølging etter katastrofer og kriser.

Kommunene er tjent med å gi sine innbyggere god, tilrettelagt informasjon om tilbud og tjenester og bør ha gode nettsider med lett tilgjengelig informasjon. Dette er også viktig for spesialisthelsetjenesten. Ved innføring av vurderingssamtale, se kapittel 3.4.1, er det spesielt viktig at spesialisthelsetjenesten har god dialog med kommunen og oversikt over kommunens tilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede om og hvordan det samlede tilbudet fra kommunene kan formidles til innbyggerne gjennom én felles dør inn på kommunenivå. Oppdraget vil kunne være relevant også for hvordan man sikrer én dør inn til informasjon for innbyggere med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus.

3.4 Styrke tilbudet til barn og unge

Mange barn og unge som har psykiske helseutfordringer, får god hjelp og støtte fra foreldre, venner, lærere, eller andre i nærmiljøet. Samtaler hos helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hos fastlegen eller hos egne lavterskeltilbud kan være nyttig for barn og unge for å forstå hva som er vanskelige følelser og hva som kan være symptomer på psykiske lidelser. Noen har utfordringer som kan være langvarige og sammensatte, og trenger mer hjelp fra hjelpetjenester. Regjeringen vil at barn og unge som trenger det, skal få et godt behandlingstilbud.

Regjeringen vil derfor både styrke tilgjengeligheten til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sørge for tilgjengelige kunnskapsbaserte lavterskeltilbud i kommunene, videreutvikle tilbudet i spesialisthelsetjenesten for barn og unge, og modeller for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og sikre bedre tverrsektorielt samarbeid gjennom å videreføre programfinansiering for barn og unge (for omtale av programfinansiering i kommunene, se kapittel 3.4.2). Regjeringen vil at barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge får tilbud om et møte for en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov. Det innebærer at avslag kun basert på skriftlig henvisning normalt ikke skal forekomme, og forutsetter et godt og systematisk samarbeid mellom psykisk helsevern og kommunene. For omtale av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og kunnskapsbaserte lavterskeltilbud i kommunene vises til kapittel 3.2.2.

3.4.1 Samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge og kommunene

Flere rapporter peker på at det er utfordringer knyttet til samhandling mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge. Barneombudets rapport *Jeg skulle hatt BUP i en koffert* peker blant annet på utfordringer med ulik praksis ved vurdering av henvisninger, at barn og unge med behov for rask hjelp ikke blir ivaretatt, og at barn og unge ikke alltid har tilgang til riktig helsehjelp. Barneombudet påpeker at tilbudet i kommunen og psykisk helsevern for barn og unge må ses i sammenheng, og at det er behov for forpliktende tiltak. I Barneombudets rapport *Hvem skal jeg snakke med nå?* fra 2022 om psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene anbefales et fleksi-

belt og tilpasset tilbud med nødvendige rammer for samarbeid med BUP.²⁵

Riksrevisjonens rapport om psykiske helsetjenester fra 2021 viser at ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ikke får god nok behandling. Statens undersøkelseskommissjons (UKOM) kartlegging i 2021 av helsetilbudet til barn og unge i psykisk helsevern viser et gap mellom helsetilbudet i kommunene og tilbudet i spesialisthelsetjenesten.²⁶

Regjeringen vil i planperioden videreutvikle modeller for samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten rundt barn og unge, herunder innføre vurderingssamtale. Dette bør forankres i helsefelleskapene, og vil sees i sammenheng med tiltak i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Videre skal det utredes og piloteres integrert ungdomstjeneste på ett nivå, fortrinnsvis i alle regioner, for unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og som inkluderer tverrsektorielt samarbeid. Innretningen av det tverrsektorielle samarbeidet må vurderes nærmere. For eksempel kan det være aktuelt å vurdere et forsterket samarbeid med barnevernet og NAV.

Organiserings- og samhandlingsutfordringene kan også møtes på andre måter. Regjeringen har blant annet invitert kommuner og fylkeskommuner til å søke om å bli forsøkskommuner. Forsøkskommuner vil få mulighet til å teste ut nye måter å løse oppgaver på gjennom fritak fra regelverk. Det kan for eksempel være aktuelt med forsøk som omhandler samhandlings- og overgangsutfordringer mellom sektorer og tjenester, både innenfor og mellom de ulike velferdstjenestene, samt andre tiltak som fremmer tidligere og mer samordnet innsats for barn og unge.

Det er viktig å senke terskelen for at unge skal få psykisk helsehjelp, uavhengig av økonomi. Regjeringen vil vurdere å fjerne egenandelen for unge til og med 25 år for behandling i psykisk helsevern for å bidra til å senke terskelen for psykisk helsehjelp og at personlig økonomi ikke avgjør hva slags hjelp man får.

Vurderingssamtale

Mange barn og unge avvises fra psykisk helsevern kun basert på skriftlig henvisning. I tillegg til at dette oppleves som problematisk for dem som får avslag, viser erfaringer at en del av dem som blir avvist, blir henvist på nytt. Tilstanden kan

²⁵ Barneombudet, 2022.

²⁶ Ukom, 2022.

også ha forverret seg i mellomtiden. De får dermed ikke hjelp når de trenger det.

Regjeringen jobber for at flere skal få riktig psykisk helsehjelp raskere, og har et mål om at alle som blir henvist til psykisk helsevern barn og unge, skal få tilbud om en vurderingssamtale hvor tjenesten møter den som trenger hjelp. Dette gjelder også barn som har en uavklart omsorgssituasjon, og som har behov for oppfølging fra barnevernstjenesten.

Ved flere klinikker i psykisk helsevern for barn og unge er det etablert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester i forbindelse med vurdering av henvisninger. Et slikt samarbeid bidrar til både bedre og mer målrettede henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og bedre prioriteringer og bedre oppgavefordeling, slik at pasientene gis nødvendig helsehjelp på rett behandlingsnivå og det blir færre avslag på rett til nødvendig helsehjelp. En viktig merverdi av et slikt samarbeid er at både pasient/pårørende og henviser opplever å bli møtt på sitt behov for bistand, utredning og/eller behandling. I tillegg vil det være mulighet for bedre planlegging og ressursutnyttelse av de ulike pasientforløpene. Det er viktig at barn som er under barnevernets omsorg som har behov for en vurdering i spesialisthelsetjenesten, får denne. Se omtale av barn og unge i barnevernet i kapittel 4.4.2.

Mange helseforetak er godt i gang med å legge til rette for at barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, skal få tilbud om samtale for å avklare videre behov. Dette gjør at barn og unge raskere får rett hjelp på rett sted til rett tid, og at de kan unngå å utvikle av enda mer alvorlige vansker. Det gjøres på litt ulike måter, og det brukes ulike betegnelser på tilbudet.

Det varierer hvor omfattende vurdering som gis i første samtale. Noen helseforetak har etablert halvdagsutredninger, og melder om at behandlerne opplever det meningsfullt å kunne tilby rask og grundig vurdering. De erfarer at flere barn og unge blir ivaretatt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som rapporterer tilbake at de er blitt bedre til å se hva de skal tilby i sine tjenester. Det ses også økt kvalitet på henvisningen til psykisk helsevern for barn og unge.

En viktig forutsetning for å gi vurderingssamtale, er at barnets hjemkommune kan gi et tilbud dersom spesialisthelsetjenesten etter utredningen vurderer at det ikke er behov for videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men behov for annen type hjelp.

Samtale til alle som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, kan senke terskelen for henvisning. For å sikre et bærekraftig tilbud til barn og unge er det nødvendig med gode lavterskeltilbud i kommunen, god koordinering og prioritering av hvem som skal henvises til psykisk helsevern for barn og unge, og riktig oppfølging til dem som ikke trenger hjelp av psykisk helsevern for barn og unge.

Regjeringen vil i planperioden vurdere virkemidler som kan understøtte innføringen og gjennomføringen av at alle som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, skal tilbys vurderingssamtale. Eksempler på dette er å vurdere hvordan man kan bruke helsefelleskapene og de nasjonale pasientforløpene for å bidra til mer systematisk samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste om vurderingssamtale. Innføring av vurderingssamtaler for alle betyr at om lag 8500 nye pasienter vil tas inn til samtale i psykisk helsevern for barn og unge, men innebærer ikke at 8500 flere går videre i pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Foreløpige erfaringer fra for eksempel BUP Øvre Romerike viser at en del blir avsluttet etter vurderingssamtale, mens andre blir vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjenester og andre får et videre tilbud i kommunen. Innføring av vurderingssamtale innebærer økt samarbeid med kommunene for å avklare riktig hjelpe-tilbud. Dette er en stor endring for tjenestene. Innføringen vil følgeevalueres slik at man kan utvikle modeller som er bærekraftige, og som bidrar til fornøyde pasienter og pårørende. Regjeringen vil at alle på sikt skal få tilbud om vurderingssamtale. Som et ledd i evalueringen vil det gjøres en analyse av økonomiske og administrative konsekvenser ved en eventuell utvidelse.

Integrerte tjenester

For å forebygge, fange opp og yte tidlig innsats til barn og unge som har behov for psykisk helsehjelp, trengs det økt samarbeid og samhandling mellom tjenestenivåene. Det er videre nødvendig å styrke tilbudet til unge med rusmiddelproblemer, barn og unge i barnevern, og barn og unge under straffegjennomføring, og det er behov for å inkludere skole/arbeid i større grad i oppfølgingen og behandlingen av unge. Det er også behov for økt kunnskapsdeling mellom nivåer og sektorer.

Erfaring og utprøvinger har vist bedre resultater av samtidig og integrert oppfølging og behandling. Forskning viser at integrert helsemessig og arbeidsrettet oppfølging på arbeidsplasser får

flere personer med alvorlige psykiske lidelser ut i jobb.²⁷ Det er flere måter å gi mer sammenhengende og integrerte tjenester på.

ACT og FACT er modeller for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. FACT ung-team gir integrert og oppsøkende hjelp til ungdom med store og sammensatte behov. I evalueringen av FACT ung-piloter beskrev de unge FACT ung som en tjeneste som var tilpasset deres behov, de ble bedre ivaretatt i relasjonen, og de opplevde teamet som mer fleksibelt og tilgjengelig enn andre tjenester de hadde erfaring fra. Se kapittel 4.3.2 for nærmere omtale av ACT, FACT og FACT ung.

I rapport om framskrivning viser de regionale helseforetakene (RHF) til andre land som organiserer tjenesten etter en tredeling, med tilbud til henholdsvis barn, ungdom / unge voksne, og voksne. RHF-ene viser til at en egen ungdomstjeneste, for eksempel fra 15 til 25 år, vil gi bedre overganger og sammenheng i behandlingstilbudene.

Det er igangsatt flere initiativer for å bedre tjenestetilbudet til barn og unge. Blant annet vil regjeringen inkludere flere unge i utdanning, arbeids- og samfunnsnivå gjennom en tverrsektoriell og målrettet innsats, jf. samfunnsoppdrag i langtidsplan for forskning og høyere utdanning. Det pågår også et tverrdepartementalt arbeid om oppfølging av BarnUnge21-strategien, hvor målet er å skape en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon for utsatte barn og unge.

Kjernegruppen for utsatte barn og unge er etablert for blant annet å legge til rette for tverrdepartementalt samarbeid om barn og unge. Se nærmere omtale av kjernegruppen i kapittel 2.1.1.

Innspill til arbeidet med opptappingsplanen fra blant annet de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet peker på et behov for å utrede og prøve ut en modell som i større grad binder sammen tjenestene som følger opp barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Regjeringen vil utrede og prøve ut en integrert tjenestemodell på ett nivå. Helsepersonellkommisjonen anbefaler også å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene på ett nivå.

En tjenestemodell med lav terskel og én vei inn til et mer tverrfaglig tilbud, kan gjøre at barn og unge får raskere avklart eventuelt hjelpebehov av riktig kompetanse. Det kan bidra til å fore-

bygge behov for hjelp, og at de unge blir kasteballer mellom sektorene. Det kan også redusere behovene for mer spesialisert kartlegging, utredning og hjelp. Innretningen av det tverrsektorielle samarbeidet om integrert ungdomstjeneste må vurderes nærmere. For eksempel kan det være aktuelt å vurdere et forsterket samarbeid med barnevern og NAV.

Aldersgruppe og hvilke tjenester som bør inkluderes i en modell, bør forankres i helsefelleskapene.

Piloten vil følgeevalueres slik at man etter gjennomføringen vet hvordan det bør breddes ut, inkludert hvordan man bør håndtere eventuelle uønskede vridningseffekter.

3.4.2 Programfinansiering i kommunene

Økonomiske virkemidler er sentrale i statens mulighet for å legge til rette for samarbeid og samordning av tjenester og tilbud til barn og unge. Kommunene mottar midler over kommunerammen og gjennom tilskuddsordninger. De fleste tilskuddsordninger er rettet mot spesifikke tjenester, tiltak og nærmere definerte målgrupper, og er et virkemiddel for å nå særskilte sektorspesifikke mål. Ved programfinansiering ønsker man å snu dette til at tilskuddsmidlene rettes mot målgruppen og ikke den enkelte tjeneste eller tiltak/ sektorområde.

Programfinansiering skal gi kommunene større handlingsrom til å jobbe helhetlig og prioritere tiltak som er tilpasset lokale behov, og som i større grad treffer det enkelte barns og ungdoms behov for hjelp. Ambisjonen er at programfinansiering – gjennom å skape felles forståelse mellom tjenesteområdene, endringer i organiseringen av det tverrfaglige arbeidet og samhandling – skal bidra til å gi barn og unge et best mulig liv.

Det er gjennomført en pilot for programfinansiering som ble avsluttet sommeren 2023 og rapporter fra statsforvalterne viser at de fleste kommunene har tatt store steg med hensyn til å forankre, konkretisere, pilotere og iverksette ulike tiltak og samarbeidsmodeller. Ifølge prosjektgruppen rapporteres det om bedre samordning av tjenester, en mer felles organisasjonskultur og bedre strukturer.

Regjeringen vil sikre at virkemidler brukes mest mulig effektivt. Det innebærer blant annet å vurdere hvordan statlige tilskudd kan utnyttes bedre enn i dag for å nå målet om bedre, mer helhetlige og koordinerte tjenester til barn og unge. Programfinansiering er en innretning av statlige tilskudd som bedre legger til rette for tverrsekt-

²⁷ Fyhn m. fl., 2021.

riell planlegging og samarbeid, og regjeringen vil videreføre programfinansiering i planperioden.

3.4.3 Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser

En spiseforstyrrelse kan påvirke livet til den det gjelder i stor grad. For barn og unge kan spiseforstyrrelser gjøre det utfordrende å delta på viktige arenaer som skole, fritidsaktiviteter og i sosiale sammenhenger. Familie og andre pårørende kan også bli sterkt berørt, samtidig som de ofte er en viktig ressurs og støtteapparat for den som er syk.

Det har vært en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten og antall i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene.²⁸ Økningen begynte før covid-19-pandemien, men har vært betydelig under og etter pandemien.

Det er også vist at det har vært en økning av spiseforstyrrelsesdiagnoser blant jenter i primærhelsetjenesten under pandemien.²⁹ Det er fortsatt mange med spiseforstyrrelser som ikke blir oppdaget og får hjelp, og en del venter lenge før de søker hjelp. Helseforetakene melder at mange er sikrere enn før når de først henvises.

Prognosen er god for mange med spiseforstyrrelser, men det er likevel en gruppe som har langvarige forløp og betydelige somatiske komplikasjoner.³⁰ Internasjonal forskning viser at anoreksi er den psykiske lidelsen med høyest risiko for tidlig død.³¹

Regjeringen vil styrke forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser gjennom å utvikle program for styrket kunnskap og kompetanse og modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak og å vurdere organisering av tilbud innen spesialisthelsetjenesten.

Det er utarbeidet nasjonal faglig retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser³² og nasjonalt pasientforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge opptil 23 år.³³ Her finnes anbefalinger til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om risiko- og sårbarhetsfaktorer, utredning, behandling, oppfølging og samarbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan bidra til tidlig å fange opp barn og

unge som strever med symptomer på spiseforstyrrelser, og til at de får nødvendig hjelp og oppfølging. Fastlegen vil ofte være en av de første i helsetjenesten som møter personer med spiseforstyrrelser. Fastlegen er viktig i identifisering, utredning, eventuell behandling, henvisning til spesialisthelsetjenesten og i oppfølging ved avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten.

Alle klinikker innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne gir tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser, og de regionale helseforetakene har etablert regionale enheter for behandling av særlig alvorlige spiseforstyrrelser.

Behandlingstilbudene er blitt styrket for å møte økt etterspørsel, dette gjelder både det polikliniske tilbudet og døgntilbudet. I et representantforslag (Dokument 8:166 S) fra 2022 bad Stortinget regjeringen sørge for at «...alle psykisk syke barn og unge under 13 år som har behov for det, får tilgang på døgnbehandling, både på uke-dager og i helgene, i sin helseregion». Det ble innhentet informasjon om status fra alle de regionale helseforetakene, og tilbakemelding viste at kapasiteten var styrket og at alle hadde tilgjengelige døgntilbud hele uken, men at ved noen helseforetak ble pasienter overført til andre avdelinger i helgene. Ventetid og tilbud varierer imidlertid mellom helseforetak. Framskrivning viser behov for økt kapasitet i behandlingstilbudet for spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten.

Det er etablert et kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis).³⁴ Registeret har så langt lav nasjonal dekningsgrad. Det pågår et større arbeid for å forbedre dekningsgraden for å bidra til økt kvalitet på behandlingen til pasienter med spiseforstyrrelser.

Det nasjonale pasientforløpet for spiseforstyrrelser og den nasjonale retningslinjen om spiseforstyrrelser har hovedvekt på spesialisthelsetjenesten. Det er behov for mer veiledningsmaterieell for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er utviklet mange metoder for forebygging av spiseforstyrrelser, men det finnes ikke oppdatert kunnskapsgrunnlag om hvorvidt disse metodene kan redusere antallet som får en slik sykdom.

Regjeringen har i 2023 bevilget midler til å styrke arbeidet med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser. Dette skal bidra til innsiktsarbeid som belyser utfordringene, og som er grunnlag for tiltak, inkludert kunnskapsoppsummering om forebyggende tiltak, utvikle program for styrket

²⁸ Helse Sør-Øst, 2022; Surén m. fl., 2022.

²⁹ Surén m. fl., 2022.

³⁰ Helsedirektoratet, 2017a.

³¹ Franko m. fl., 2013.

³² Helsedirektoratet, 2017a.

³³ Helsedirektoratet, 2018a.

³⁴ Nordlandssykehuset, 2023.

kunnskap og kompetanse, og utvikle modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak.

3.5 Arbeid og aktivitet som del av behandling

For de fleste mennesker i arbeidsfør alder er arbeid og helse viktige faktorer i livet. Ofte henger de to tett sammen. Arbeidsdeltakelse er i mange tilfeller helsefremmende. Norge har en relativt høy andel mottakere av helserelaterte ytelser, og mange står utenfor arbeidslivet på grunn av helseproblemer. Statistikk fra Arbeids- og velferdsetaten viser at psykiske lidelser er blant de vanligste diagnosene blant personer som mottar helserelaterte ytelser.³⁵ For å bidra til at flere kommer i arbeid, og for å redusere andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser, vil regjeringen styrke satsingen på arbeid og aktivitet som del av behandling og oppfølging.

Tidligere har man tenkt at folk må bli friske før de kan jobbe. Denne tilnærmingen er i endring. Mange med helseutfordringer, herunder personer med psykiske lidelser, både kan og vil jobbe. Deltakelse i arbeidslivet kan gi en opplevelse av anerkjennelse, fellesskap og personlig identitet. Arbeidsinkludering har i for liten grad vært brukt som en del av helse- og omsorgstjenestens oppfølging. Det er viktig at den grunnleggende forståelsen av hvilken betydning aktivitet og arbeidsdeltakelse kan ha for god psykisk helse i større grad preger tjenestene enn det den gjør i dag.

En viktig forutsetning for at flere kan komme i arbeid eller aktivitet, er fortsatt tett samarbeid mellom helsesektoren og arbeidssektoren, og at arbeid som delmål i større grad inngår i ordinære helse- og omsorgstjenester. Videre er det viktig at virksomme samarbeidsmodeller mellom helse- og arbeids- og velferdssektoren utvikles, spres og tas i bruk. Målsettingen er å inkludere flere med psykiske helseplager eller lidelser i arbeid, aktivitet og utdanning, samt redusere frafall fra arbeidslivet, gjennom samtidig eller samordnet bistand fra både arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenestene.

Det finnes flere modeller for samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten for ulike bruker- og pasientgrupper. Eksempler på slike er:

Individuell jobbstøtte (IPS) er en kunnskapsbasert samarbeidsmodell som regnes for å være en

innovativ måte å jobbe på i helse- og omsorgstjenesten. Det er et frivillig tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer som mottar behandling i helse- og omsorgstjenesten. Målet med IPS er å hjelpe personer som ønsker å delta i arbeidslivet, ut i ordinært, lønnet arbeid gjennom individuelt tilpasset behandling og arbeidsrettet oppfølging fra jobbspesialister. Det er dokumentert at IPS gir gode resultater for målgruppen.³⁶

IPS forutsetter et forpliktende og tett samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, der IPS-jobbspesialister er en integrert del av faste behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten. Utbredelsen varierer imidlertid i de ulike fylkene, og det er ønskelig å videreføre og bygge ut IPS-tilbudet slik at flere i målgruppen kan få nytte av det.

Det er også opprettet et eget forsøk for unge under 30 år, IPS ung, som skal bidra til at flere kommer i arbeid eller fullfører utdanning/læreplass. Dette forsøket er nå under evaluering. Videre utvikling av IPS ung vil vurderes blant annet i lys av evalueringen.

RusForsk og Senter for framtidig helse ved Oslo universitetssykehus HF har samarbeidet for å bruke simuleringsmetoden Tidlig metodevurdering til å måle hvilken nytte IPS har for pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Denne tidlige metodevurderingen viser at IPS jobbstøtte til pasienter med rus- og avhengighetslidelser raskt gir samfunnsøkonomisk gevinst.³⁷ Samtidig viser en kunnskapsoppsummering utgitt av Folkehelseinstituttet i 2023 at de ikke kan trekke noen konklusjoner om effekten av IPS for mennesker med rusavhengighet fordi de fant få studier.³⁸ Det er derfor behov for flere studier som undersøker effekten av IPS for personer med rusavhengighet, men også andre studier om IPS.³⁹

HelseIArbeid er en satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak knyttet til muskel-, skjelett- og psykiske plager. Satsingen er et samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. HelseIArbeid har to hovedelementer: et bedriftstiltak som består av helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, og et individtiltak som tilbyr tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring. I tråd med IA-avtalen 2019–2024 arbeides det for å gjen-

³⁶ Forsetlund m. fl., 2023; Reme m. fl., 2016.

³⁷ Aas, 2022.

³⁸ Forsetlund m. fl., 2023.

³⁹ Forsetlund m. fl., 2023.

³⁵ Arbeids- og velferdsetaten, 2023.

Boks 3.10 Fontenehus

På fontenehusene arbeider medlemmer og ansatte sammen i et helsebringende arbeidsfellesskap bygget på grunnleggende menneskelige behov for å bli sett, hørt, være til nytte, mestre og tilhøre et fellesskap. Fontenehusene gir rehabiliterende effekt gjennom frivillig arbeid og likepersonsarbeid. Man trenger ikke henvisning og medlemskapet gratis og tidsubegrenset.

Fontenehusene jobber for at mennesker med psykiske helseutfordringer skal få støtte på veien til lønnet arbeid, studier og til å ta tilbake kontroll i eget liv. De driver arbeidsrettet rehabilitering og gir helhetlig støtte til enkeltmennesket samt tilrettelegging og forberedelse for deltakelse i arbeidsliv og studier.

Fontenehus setter søkelyset på hvordan alle som ikke har en jobb å gå til kan bli tilbudt hjelp til å fylle hverdagen med konstruktiv innhold. Tilbudet tar utgangspunkt i forskning om at isolasjon kan forverre symptomer relatert til psykiske helseproblemer, og at arbeid, sosial kontakt og en meningsfull hverdag både forebygger og kan virke positivt på psykiske helseproblemer.

Kilde: Fontenehus Norge, u.å.

nomføre tiltaket i større omfang, innenfor rammen av dagens regelverk og prioriteringsforskriften. Det gjennomføres en effektevaluering av HelseArbeid, og de første resultatene av dette vil foreligge i 2023.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeider felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse. Det arbeides for tiden med anbefalinger om IPS og HelseArbeid, og det tas sikte på å ferdigstille og publisere disse i løpet av 2024.

Også mange med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer vil ha behov for å kombinere arbeidsrettede tjenester og behandling. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet arbeider med å utvikle en modell for tjenestesamhandling rettet mot denne gruppen og der samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er vektlagt. Mer konkret arbeides det med å utvikle en modell som innebærer mer integrert samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og Rask psykisk helse-

hjelp-team. Arbeidet bygger på erfaringer både med veldokumenterte og utprøvde modeller og med utgangspunkt i eksisterende tjenestetilbud, så som Rask psykisk helsehjelp. Det tas sikte på at modellen skal prøves ut fra 2024. Det arbeides også med en modell for et mer integrert samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og fastlegekontor.

Meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring

I tillegg til arbeidsrettede tiltak er det viktig å legge til rette for aktivitet og møteplasser for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det følger av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunen skal sikre at den enkelte har mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,⁴⁰ og iverksette velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.⁴¹ Å sikre gode og inkluderende aktivitetstilbud kan bidra til bedret livskvalitet, mestring og mulighet for en aktiv og meningsfull tilværelse.

Regjeringen vil i planperioden jobbe for at mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har tilgang til meningsfull aktivitet, tilhørighet og mestring. Møteplasser og aktivitetstiltak er en del av mange kommuners lavterskeltilbud. Dagsentertilbud, væresteder og ulike gruppetilbud er eksempler på det. Slike tilbud kan være en effektiv og god måte å drive helsefremmende arbeid på. Felles for dem alle er at det tilbys aktivitet med meningsfullt innhold. Selvalgt aktivitet bidrar til å styrke enkeltmennesket som

Boks 3.11 Recoveryhjelpa Sandnes kommune

Recoveryhjelpa tilbyr hjelp til innbyggere som ønsker å delta mer aktivt i samfunnet eller nærmiljøet, gjennom ulike frivillige organisasjoner. Målgruppen er innbyggere med rus- og/eller psykiske helseutfordringer

Erfaringskonsulenter hjelper innbyggere med å finne tilbud i organisasjoner, lag og frivillighet i sitt nærområde, og ut fra sine interesser. Tilbudet ble startet i 2020 og har stor pågang.

⁴⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3.

⁴¹ Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1.

viktigste aktør i eget liv. Kultur, aktivitet og kreativitet er for mange en kilde til mestring og vekst.⁴²

I tillegg til kommunens egne tilbud er tilbud fra ideelle og frivillige organisasjoner et godt supplement til kommunens tilbud til innbyggere med psykiske plager og lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og bidrar til samfunnets samlede innsats overfor gruppen.

I mange kommuner er det de senere årene opprettet Fontenehus, som driftes av ideelle aktører i samarbeid med kommunen, se boks 3.11.

3.6 Forebygge vold og overgrep og hjelp og støtte til volds- og traumeutsatte

Det er helt naturlig å ha sterke reaksjoner på traumatiske hendelser som vold, overgrep, krigshendelser, ulykker og terror. For mange vil reaksjonene avta etter en stund, mens for noen vil plagene vedvare og føre til psykiske helseplager. Å forebygge vold og overgrep er et viktig mål for regjeringen. Regjeringen vil også jobbe for at voldsutsatte og personer som er utsatt for andre typer traumatiske hendelser, får god hjelp.

3.6.1 Vold og overgrep

Vold og overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem og rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Regjeringen vil ha økt oppmerksomhet på forebygging av vold og overgrep og på å følge opp og hjelpe voldsutsatte. Regjeringen vil fortsette utprøving og forskning på traumebehandling i kommunen ved videreutvikling av Trinnvis sammen, og legge fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner.

Voldsdefinisjonen rommer fysisk, psykologisk, seksuell, og økonomisk vold, og omsorgssvikt. Det å være vitne til vold i hjemmet regnes også som vold. Også handlinger som betegnes som negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse inngår i voldsbegrepet. Det er godt dokumentert at vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt i barndommen utgjør risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser og somatiske sykdommer, rusproblemer og selvmordsatferd. Å være utsatt for flere hendelser øker risikoen for å utvikle helseplager som voksen.⁴³ Personer som er utsatt for vold, rapporterer flere symptomer på

angst, depresjon og posttraumatiske stressreaksjoner. Jo flere former for vold personen er utsatt for, desto flere symptomer på psykiske plager blir rapportert. Symptombelastningen er størst hos personer som har vært utsatt for vold både i barndommen og som voksen.⁴⁴

Kommunen, de regionale helseforetakene og fylkeskommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenestene og den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.⁴⁵ Samtidig er forebygging av psykiske plager og lidelser voldsforebygging. Forebyggingen må være del av en tverrsektoriell innsats. Vold og overgrep forekommer i alle samfunnslag. Samtidig ser det ut til å være mer vanlig hos personer med lav utdanning, og stram økonomi, og som er skilt eller separert. Innsats mot å redusere levekårsutfordringer er derfor et viktig bidrag med tanke på å forebygge og redusere vold og overgrep.⁴⁶

God hjelp til voldsutøvere er viktig for å forebygge vold og overgrep. Klinisk forskning viser at opptil åtte av ti barn og unge som utøver skadelig seksuell atferd (SSA), selv har blitt utsatt for vold, overgrep eller annen form for alvorlig omsorgssvikt. SSA kan være en følgetilstand av pågående eller tidligere traumer.⁴⁷ Erfaringer med barn og unge som gjennomfører straff, er at mange av dem selv har vært utsatt for eller vitne til vold og overgrep. Barn og unges lovbrudd, som vold og seksuell vold, går ut over andre barn og ungdommer. De siste årene er det igangsatt flere tiltak for å bedre tilbudet til utøvere og potensielle utøvere. Blant annet har alle landets regionale helseforetak etablert et veilednings- og behandlingstilbud for barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) og detfinnhjelp.no er etablert. Sistnevnte er et lavterskel chattetilbud på nett og behandlingstjenester i alle helseregioner for personer med seksuelle interesser for barn – med mål om å forebygge overgrep mot barn.

Det er investert mye ressurser i å styrke traumekompetansen i helse- og omsorgstjenestene og andre relevante sektorer. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) har et særlig ansvar for kompetanseutviklingsarbeidet på vold- og traumefeltet, og tilbyr ulike traumerelaterte kompetanseprogrammer til tjenestene.

⁴⁴ Dale m. fl., 2023.

⁴⁵ Jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f og tannhelsetjenesteloven § 1-3 c

⁴⁶ Dale m. fl., 2023.

⁴⁷ JanusCentret, 2022.

⁴² Helsedirektoratet, 2014.

⁴³ Aakvaag og Strøm, 2019.

Boks 3.12 Trinnvis sammen

Trinnvis sammen (tidligere trinnvis TF-CBT) er en lavterskel traumebehandling for barn i alderen 7–12 år som strever med signifikante symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) etter en eller flere traumatiserende hendelser. Behandlingen er ledet av en av barnets omsorgspersoner, med veiledning og oppfølging fra en terapeut som har tett kontakt med både barnet og omsorgsgiver. Trinnvis sammen er i første omgang et tilbud hos den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ved behov for mer intensiv behandling vil barnet få tilbud om henvisning til BUP.

Målet er at kommunene skal få kompetanse til å tilby hjelp til flere utsatte barn, gi hjelp på et tidlig tidspunkt og at samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal bli bedre.

Trinnvis sammen er prøvd ut i ti kommuner med om lag 70–75 barn og deres omsorgspersoner. Rapport fra pilotprosjektet ble lansert høsten 2022 og viste gode behandlingsresultater for barna som deltok.¹ Forskningsprosjektet er videreført, og skal videreutvikles fra 2023.

Kilde: Ormhaug, m. fl., 2022

Regjeringen ønsker at personer med traumer skal få god hjelp. Over mange år har det blitt bevilget penger til og jobbet med å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for traumer i landets BUPer og DPSer. Også i kommunen er det viktig å sikre god hjelp for traumer. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført en utprøving av behandlingsmodellen Trinnvis sammen.

Regjeringen ønsker å fortsette å prøve ut denne modellen, og i 2023 ble det derfor, som ledd i arbeidet med denne opptappingsplanen, bevilget penger til videre utprøving og forskning på traumebehandling i kommunen.

Regjeringen skal i 2023 legge fram en opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringens tiltak for å forebygge vold og overgrep og hjelp til ofre og utøvere kommer her. De siste årene er det gjennomført flere utredninger og undersøkelser som peker på utfordringer i arbeidet mot vold og over-

grep mot barn og vold i nære relasjoner, og som kommer med anbefalinger til tiltak. Dette gjelder både barnevoldsutvalgets utredning fra 2017, *Svikt og svik*,⁴⁸ partnerdrapsutvalgets utredning *Varslede drap?* fra 2020,⁴⁹ og *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*.⁵⁰ I tillegg kom overvåkningskomiteen GREVIO høsten 2022 med sin rapport om Norges implementering av Europarådets konvensjon om vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbulkonvensjonen).⁵¹ Opptappingsplanen vil blant annet ta utgangspunkt i disse dokumentene. I tillegg er generelle tiltak for å forebygge psykiske plager og lidelser, og som styrker strukturene rundt barn, som styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste, foreldrestøtte mv. også tiltak som kan bidra til å forebygge at vold og overgrep skjer. En generell styrking av behandlingstilbudet i form av lavterskeltilbud i kommunen og økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten bør også komme personer som har behov for helsehjelp som følge av vold og overgrep, til gode.

Opptappingsplanen mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner skal legge til rette for utviklingen av en helhetlig og samordnet politikk mot vold i nære relasjoner, som involverer relevante sektorer, etater, institusjoner og organisasjoner. Internettrelaterte overgrep mot barn, negativ sosial kontroll og æresrelatert vold vil omtales i planen. Personer som har store omsorgsbehov og er avhengig av andre mennesker i dagliglivet, er mer utsatt for vold enn andre grupper, og har derfor et særlig behov for vern mot vold og overgrep. Flere av tiltakene i opptappingsplanen vil være relevante også for å forebygge, avdekke og følge opp vold i denne typen relasjoner. Samtidig er det behov for mer kunnskap om denne typen vold, slik at man kan utvikle videre tiltak. Oppfølgingen av opptappingsplanen for psykisk helse og opptappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner må ses i sammenheng.

Straffeloven har i dag ikke et eget straffebud som eksplisitt forbyr psykisk vold. Psykisk vold kan falle inn under blant annet straffeloven § 282

⁴⁸ NOU 2017: 12.

⁴⁹ NOU 2020: 17.

⁵⁰ Riksrevisjonen, 2022.

⁵¹ Europarådets konvensjon om vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbulkonvensjonen) trådte i kraft i Norge 1. november 2017. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe alle former for vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, å beskytte rettighetene til kvinner som er utsatt for slike overgrep og å fremme nasjonalt og internasjonalt samarbeid mot overgrep

om vold i nære relasjoner og straffeloven § 253 om tvangsekteskap. Det er derfor grunn til å utrede om personer som rammes av psykisk vold, har et godt nok rettsvern, og om Norge oppfyller Istanbulkonvensjonens forpliktelse om å kriminalisere psykisk vold. Det ble i 2022 nedsatt et lovutvalg som skal utrede de samlede juridiske problemstillingene i saker som gjelder negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og psykisk vold.

3.6.2 Grupper med erfaringer fra krigshendelser

Flyktninger

Noen asylsøkere og flyktninger er traumatisert etter overgrep og vold i fengsel, krig, under flukt og i flyktningeleir. Også andre forhold, inkludert tidligere traumeerfaringer, kan føre til eller forsterke psykiske problemer. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), angst og depresjon forekommer hyppig i disse gruppene. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer hvor asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente omtales.⁵² Det er også utarbeidet en veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente med et eget kapittel om psykososial oppfølging.

Mange av disse og andre flyktninger, kan ha ulik grad av bla. krigstraumer. I møte med pasienter med innvandrerbakgrunn er det viktig at informasjon er tilpasset mottakerens individuelle forutsetning, herunder kultur og språkbakgrunn. I enkelte tilfeller kan kommunikasjon gjennom kvalifisert tolk være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og for å kunne gi nødvendig informasjon til pasienter og pårørende.

Som følge av krigen i Ukraina har Norge motatt mange flyktninger. Personer fordrevet fra Ukraina som har midlertidig kollektiv beskyttelse i Norge har samme rett til helsetjenester som resten av Norges befolkning. Det samme gjelder asylsøkere. Helsemyndighetene følger med på situasjonen med økte ankomster av personer fra Ukraina, blant annet for å følge med på kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen foreslo 6 milliarder kroner ekstra i revidert nasjonalbudsjett for 2023 til arbeid knyttet til ukrainske flyktninger.

Veteraner

Personell som sendes ut i internasjonale operasjoner, risikerer å utsettes for ulike belastninger. Det store flertallet av norske veteraner har god fysisk og psykisk helse, men en del har ulike helseproblemer. Undersøkelser viser at det er en tendens til at veteraner som har opplevd stor grad av belastning eller traumatisk eksponering under tjenesten, har større risiko for å utvikle helseplager.

De senere årene har det vært bygget kompetanse om veteraners helse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har i samarbeid med Forsvaret utviklet ulike opplæringstilbud for helsepersonell og andre som møter denne gruppen i sin arbeidssituasjon. Det er blant annet utviklet kurs for leger og psykologer om diagnostikk og behandling. I alle regioner finnes det regionale fagnettverk for innsatspersonell som bidrar til dialog og samhandling mellom sentrale aktører, og som dermed styrker kompetansen i lokalt og regionalt veteranarbeid. Det også etablert et nasjonalt fagnettverk med sentrale aktører på veteranfeltet.

Regjeringen vil i 2023 legge fram en ny tverrsektoriell tiltaksplan for oppfølging, ivaretagelse og anerkjennelse av veteraner og deres familier før, under og etter tjeneste i internasjonale operasjoner.

Personell i internasjonal tjeneste, hjelpearbeidere i internasjonalt arbeid og innsatspersonell i Norge, er andre grupper som gjennom sitt arbeid kan utsettes for belastninger eller traumatiske hendelser og utvikle helseplager. Det har de senere årene vært arbeidet for å heve den generelle kompetansen i hjelpeapparatet om reaksjoner etter å ha vært utsatt for traumatiske hendelser og traumebehandling. Dette kan også være nyttig overfor personell fra internasjonale operasjoner og andre grupper med slike erfaringer.

3.6.3 Psykososial beredskap og oppfølging ved kriser og katastrofer

Det psykososiale arbeidet er en sentral del av kommunenes tilbud for å forebygge og avhjelpe konsekvenser av traumer etter kriser og katastrofer. Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder psykososial beredskap og oppfølging. Dette inngår som en del av kommunens sørge-for-ansvar for egne innbyggere. Kommunen må sørge for at

⁵² Helsedirektoratet, 2016b.

den enkelte får dekket sine behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester både på kort og på lang sikt. Hjelpebehov må vurderes individuelt og kan ikke standardiseres ut fra hvilken rolle den enkelte har hatt i forbindelse med en traumatiserende hendelse.⁵³ For rammede med særlig store utfordringer kan det være aktuelt med behandling i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratets veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer⁵⁴ understreker viktigheten av en proaktiv tilnærming til psykososial oppfølging. Proaktiv oppfølging innebærer at kommunen aktivt henvender seg direkte til den/de rammede og tilbyr støtte og bistand i en tidlig fase. Proaktiviteten innebærer videre at det etter en tid tas ny kontakt dersom den rammede umiddelbart etter katastrofen ikke ønsker / ikke er i stand til å ta imot hjelp. Som en del av oppfølgingen anbefales det at rammede får en fast, navngitt kontaktperson i kommunen som kan bidra til kontinuitet og helhetlig oppfølging. Selv om proaktiv tilnærming er et viktig prinsipp i den psykososiale oppfølgingen, er det viktig at prinsippet ikke bidrar til at mennesker som trenger hjelp lar være å oppsøke tjenestene for hjelp. Det er derfor viktig at kommunene gir tydelig informasjon på sine nettsider om hva slags hjelpetilbud som er tilgjengelig i krisesituasjoner. Se kapittel 3.3. for omtale av én dør inn til informasjon.

Det er opprettet flere støttegrupper etter katastrofer og store ulykker. Støttegrupper kan også ha viktige funksjoner ved å supplere offentlige og profesjonelle tiltak rettet mot enkeltpersoner. Erfaring viser at nettverksstøtte har stor betydning og kan fylle andre behov enn det offentlige krisearbeidet.⁵⁵

De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-ene) har spisskompetanse på psykososial beredskap og oppfølging, og bistår kommuner med kompetanseheving, veiledning og tjenestestøtte om temaet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sprer forskningsbasert kunnskap og kunnskapsformidling om psykososial oppfølging ved ulike kriser og katastrofer.

Erfaringene fra blant annet leirskredet i Gjerdrum, Ukraina-krigen og andre kriser er at helse-tjenestenes evne til å ivareta befolkningens behov for psykososial støtte raskt overskrideres i krisesituasjoner. Regjeringen vil støtte kommunene i arbei-

det med psykososial beredskap og oppfølging. I statsbudsjettet for 2023 ble det derfor bevilget 5 mill. kroner til å opprette en rammeavtale om psykososial bistand til kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er å kunne gi enkeltkommuner bistand til å håndtere befolkningens hjelpebehov i kriser på en rask og effektiv måte.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt arbeidet med en helseberedskapsmelding. Dette er den første stortingsmeldingen om dette temaet. Meldingen skal være overordnet og gi retning for helseberedskapen. Psykososialt arbeid vil omtales i meldingen.

3.7 Forebygge selvmord og selvskading

Selv-mord er et stort samfunns- og folkehelseproblem. Mange mennesker er berørt av selvmord og selvmordsforsøk. Det har de siste tiårene blitt lagt ned en betydelig innsats for å forebygge selvmord i Norge, og mange deltar i arbeidet. Til tross for dette har selvmordsraten holdt seg relativt stabil de siste 25 årene. Menn er overrepresentert på selvmordsstatistikken. Omkring to av tre som tar sitt liv er menn.

Regjeringen er opptatt av å forebygge selvmord og følger opp *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste*.⁵⁶ Åtte departementer står sammen om planen.

Med handlingsplanen ble nullvisjon for selvmord innført. Det er et verdisyn om at vi som samfunn ikke har noen å miste i selvmord. Alle tiltak i planen er med å bidra i arbeidet med nullvisjonen. Et viktig grep for å følge opp nullvisjonen er at det skal etableres en systematisk arbeidsmetode hvor hvert selvmord gjennomgås. Dette vil gi ny kunnskap om hvordan selvmord kan forebygges – både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av funn i denne systematiske tilnærmingen vil nye tiltak vurderes. I første omgang skal metoden prøves ut gjennom en pilot.

Mange instanser, som departementer, underliggende etater, kompetansesentre og regionale helseforetak, arbeider med tiltak i planen. Det er etablert et nytt nasjonalt forum for forebygging av selvmord med representanter fra kunnskaps- og kompetansesentre, kommuner, spesialisthelsetjenesten og bruker-, pårørende- og etterlatteorganisasjoner. Forumet ledes av Helsedirektoratet. For å samordne innsatsen på tvers av sektorer, er det

⁵³ Helsedirektoratet, 2016b.

⁵⁴ Helsedirektoratet, 2016b.

⁵⁵ Helsedirektoratet, 2016a.

⁵⁶ Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.

også opprettet et tilhørende direktoratsamarbeid for forebygging av selvmord.

Årsakene til selvmord og selvmordsforsøk er sammensatte og henger sammen med mange ulike livsfaktorer. Det arbeides med selvmordsforebygging på flere måter, både med å skape inkluderende samfunn, generelt med det psykiske helseområdet og spesifikt med selvmordsforebygging. Handlingsplanen har både et folkehelseperspektiv og et tjenesteperspektiv. Tiltak rettet mot pårørende og etterlatte inngår også i planen.

Lav terskel for å oppsøke hjelp og god tilgjengelighet til hjelp kan forebygge selvmord. Det er god dokumentasjon for at behandling av psykiske lidelser, spesielt depresjon, og gode behandlingsforløp i helsetjenesten har selvmordsforebyggende effekt. En viktig del av god hjelp er derfor at det sikres at pasienter får riktig behandling for sin underliggende psykiske lidelse. Forebygging av selvskading og selvmord er også en viktig del av folkehelsearbeidet. I tillegg til å videreføre arbeidet med tiltak i handlingsplanen, vil derfor innsatser i denne opptreppingsplanen ha betydning for det selvmordsforebyggende arbeidet.

Utbredelsen av selvskading blant unge er stor. Internasjonale undersøkelser viser at i snitt 18 prosent av unge mellom 12 og 18 år oppgir å ha skadet seg selv med vilje. Forekomsten er høyest hos jenter i tenårene, men gutter skader seg også. En norsk undersøkelse finner en forekomst på omlag 16 prosent.⁵⁷ Selvskading starter oftest i alderen 12 til 15 år, men kan også oppstå tidligere eller senere, og problematikken kan være forbigående eller langvarig.⁵⁸

Det kan være mange og sammensatte grunner til at noen skader seg selv. Ofte oppstår selvskading som en mestringsstrategi i en vanskelig livssituasjon. Selvskading er et uttrykk for at noe er galt, men hva som ligger til grunn kan variere. Forskning trekker fram noen risikofaktorer knyttet til hvorfor en person skader seg selv: underliggende psykiske helseproblemer, fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, herunder psykisk omsorgssvikt, tap og separasjon, og individuelle risikofaktorer som kaotiske og overveldende negative følelser.⁵⁹ God kommunikasjon med de nærmeste og den enkeltes motstandsdyktighet kan virke beskyttende mot selvskadende atferd. Det er viktig å gjøre en bred kartlegging for å kunne gi nødvendig hjelp. Samarbeid mellom tje-

⁵⁷ Tørmoen m. fl., 2020.

⁵⁸ Nasjonalt senter for selvmordsforskning -og forebygging, 2020; Muehlenkamp m. fl., 2012.

⁵⁹ Sommerfeldt og Skårderud 2009; Gratz, 2003.

Boks 3.13 Dialektisk atferdsterapi

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en validert behandlingsmetode for personer med kronisk suicidalitet, selvskading og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Med økonomisk støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet utførte Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) en randomisert kontrollert studie (RCT) som undersøkte effekten av dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) med gjentatt villet egenskade, sammenlignet med vanlig behandling ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Norge.¹ Man fant at ungdommene som mottok DBT-A hadde signifikant sterkere reduksjon i antall villet-egenskade-episoder, selvmordstanker og symptomer på depresjon enn ungdommer som mottok vanlig BUP-behandling. Dette var den første studien i verden som kunne påvise at denne korte ungdomsversjonen av DBT ga et betydelig bedre behandlingsresultat enn vanlig behandling, og den har hatt stor betydning for innføringen av DBT-A både i Norge og mange andre land. Mer enn 40 behandlingenheter over hele Norge bruker metoden.

NSSF tilbyr et utdanningsprogram i DBT. Gjennom dette programmet har NSSF utdannet rundt 600 DBT-terapeuter og veileder til enhver tid 16–18 team over hele landet.

Kilde: Mehlum m.fl., 2014.

nester kan være vesentlig for god oppfølging av barn og unge som skader seg selv.

Det er overlapp mellom en del tiltak for å forebygge selvskading og selvmord, og selvskading er en risikofaktor for selvmord. Selvskading er derfor berørt flere steder i handlingsplanen for forebygging av selvmord. Selvskading er også tema i Prop. 121 S (2018–2019) *Opptreppingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. I tråd med denne opptreppingsplanen har Helsedirektoratet i oppdrag å igangsette et utviklingsarbeid om forebygging av selvskading.

Helsedirektoratet har også utarbeidet veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.⁶⁰ Målsettingen er å

⁶⁰ Helsedirektoratet, 2017c.

bidra til å redusere omfanget av selvsikading og selvmord i befolkningen og økt kvalitet og mer enhetlig praksis i tjenestene. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er revidert og utvidet til også å gjelde tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Denne er på høring med frist i juni 2023.⁶¹

3.8 God kvalitet i tjenestene

God kvalitet i helsetjenesten innebærer at behandlingen er virkningsfull, trygg og sikker. Videre at den involverer brukerne, er samordnet, tilgjengelig og utnytter ressurser på en god måte.

For å skape gode tjenester til personer med psykiske helseutfordringer og for å sikre økt likeverdighet i tjenestetilbudet, er det nødvendig med systematisk bruker- og pårørendeinvolvering, økt oppmerksomhet på ledelse, endringsarbeid, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette handler om å bidra til bruker- og pårørendemedvirkning på både individ, tjeneste- og systemnivå og gi økt støtte og bedre ivaretagelse av pårørende. Videre handler det om at ledere har nødvendig formell lederkompetanse, gode verktøy og handlingsrom til å ivareta oppgavene sine og ansvaret sitt, og til at tjenestene jobber systematisk med endrings- og forbedringsarbeid.

Regjeringen vil styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil videre legge til rette for økt bruk og bedre koordinering av vurderingene i Nye metoder og Helsedirektoratets arbeid med normerende produkter på psykisk helse- og rusfeltet.

3.8.1 Bruker- og pårørendemedvirkning

Brukere av helse- og omsorgstjenesten skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet. Målet er å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester. Brukermedvirkning er nedfelt både som lovfestede rettigheter på individnivå og som organisatoriske føringer på tjeneste- og systemnivå. Bruker har rett til å medvirke, mens tjenesteutøvere har plikt til å involvere bruker. Bruker og pasient skal delta som en likeverdig part i beslutninger som berører egen helse og eget tjenestetilbud. Videre bør brukeres, pasienters og pårørendes innspill og samlede erfaring legges til grunn for tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring. Dette gjennomføres i samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, og gjennom å benytte bru-

ker- og pårørendeundersøkelser og ulike tilbakemeldingsverktøy som grunnlag for forbedringsarbeid. Språkbarrierer mv. kan føre til lavere deltakelse i pårørendeorganisasjoner, undersøkelser og tilbakemeldinger. Derfor er det viktig at pårørende med innvandrerbakgrunn får tilgang til tilrettelagt informasjon og kunnskap om hvem de skal kontakte for å få hjelp.

Bruker- og pårørendemedvirkning på individnivå

Bruker og pårørendemedvirkning kan ha stor verdi for den enkelte. Reell medvirkning gir grunnlag for eierskap og deltakelse i egen behandling, et bedre tilpasset og hensiktsmessig tilbud, og forbedrer relasjoner mellom pasient/bruker og behandler.

Brukererfaringer har vist at muligheter for rutinemessige tilbakemeldinger gjennom verktøy kan gjøre det lettere å samhandle om mål, planlegge behandlingen og styrke brukerinvolveringen. Gjennom bruk av tilbakemeldingsverktøy svarer de som mottar hjelp rutinemessig på spørsmål om egen opplevelse av endringer og nytten av hjelpen. På denne måten kan hjelpen tilpasses og gjør det lettere å fange opp om personen som mottar hjelp faktisk får det bedre.

Samvalg er en form for brukermedvirkning på individnivå, og gjøres sammen med helsepersonell. Samvalgsverktøy kan være til stor hjelp i denne valgprosessen. Verktøyene gir relevant og pålitelig informasjon om ulike tilstander og valgmulighetene som finnes i behandling av dem. Innen psykisk helsevern er det utarbeidet et nasjonalt samvalgsverktøy ved psykose. De regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utvikle flere slike verktøy.

God brukermedvirkning på individnivå kjennetegnes også av at tjenestene møter brukere, pasienter og deres pårørende med et mestrings- og ressursperspektiv. Videre forutsetter medvirkning også at tjenestene organiseres på en måte som ivaretar helheten i brukers og pasients tilværelse og liv. Bruker- og pårørendemedvirkning på individnivå er ikke en del av i tjenestene i tilstrekkelig grad, og mange brukere og pårørende får ikke oppfylt sine rettigheter til informasjon, deltakelse og medvirkning.

Folkehelseinstituttet har en nasjonal funksjon for måling av brukeropplevd kvalitet med helsetjenesten, og gjennomfører undersøkelser både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder psykisk helse, gjennomføres kontinuerlige, elektroniske målinger blant voksne i døgntilrettelagt behandling innen psykisk helsevern og

⁶¹ Helsedirektoratet, 2023.

tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fra 2022 gjennomfører Folkehelseinstituttet også pasienterfaringsundersøkelser innen psykisk helsevern for barn og unge ved alle landets poliklinikker. Sommeren 2023 gjennomføres en ny stor bruker- og pasientundersøkelse om hvordan brukere og pasienter opplever det polikliniske behandlingstilbudet i psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Undersøkelsen er et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Sintef, og vil gi viktig kunnskap for å videreutvikle tilbudet. 104 000 personer vil motta invitasjon til å delta i undersøkelsen. Resultatene vil foreligge i starten av 2024.

Barn og unge har rett til medvirkning og tilpasset informasjon. Formen på medvirkningen skal tilpasses barnets evne til å gi og ta informasjon. Det må legges til rette for at barn blir informert om tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder som finnes, og som det eventuelt kan velges mellom. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. Barn har som hovedregel ansvar for beslutninger om egen helse fra de fyller 16 år. Barns rettsstilling i helse- og omsorgstjenesten er særskilt regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Disse bestemmelsene er utformet blant annet med bakgrunn i barnekonvensjonen artikkel 12.

Vurdering av barns rettigheter og konsekvenser for barn kan sikre ivaretagelsen og synliggjøring av barns rettigheter i beslutningsprosesser. De aller fleste tiltak myndighetene foreslår, vil ha enten direkte eller indirekte konsekvenser for barn. En barnerettighetsvurdering sikrer at konsekvensene for barn er kartlagt og barnets beste vurdert. Barneombudet har utarbeidet en praktisk veileder om barnekonvensjonen og hvordan myndighetene ved forslag om nye tiltak, kan kartlegge konsekvenser for barn og vurdere barnets beste mv.⁶²

Tolkeloven inneholder et forbud mot å bruke barn som tolk. Offentlige organer skal ikke bruke barn til tolking eller annen formidling av informasjon. Unntak kan gjøres i nødsituasjoner mv.

Helsedirektoratet utvikler nå nasjonale faglige råd for brukermedvirkning på feltet for psykisk helse- og rus. Disse er planlagt lansert høsten 2023.

Boks 3.14 DigiUngdomspanel

I DigiUng jobbes det aktivt med brukermedvirkning, og det er etablert et eget ungdomspanel, DigiUngdomspanel. DigiUngdomspanel består av ungdommer som representerer det mangfoldige ungdomsmiljøet i Norge. Det er ungdommer fra bygd og by, ungdommer som er politisk engasjerte, ungdommer som har erfaring med å være i minoritet i sitt miljø, ungdommer som liker å game og ungdommer som foretrekker å henge med venner på fritiden. Det er ungdommer med engasjement for å bidra til et bedre digitalt tilbud og hverdag for alle ungdommer.

Bruker- og pårørendemedvirkning på tjeneste- og systemnivå

Brukermedvirkning på tjenestenivå innebærer at bruker- og pårørenderepresentanter blir trukket inn i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring i samarbeid med fagpersoner i helsetjenestene. Tjenestene skal sørge for å etablere strukturer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, og skal sørge for at representanter for brukere og pasienter blir hørt ved utformingen av helsetilbud.

Tjenestene bør videre legge til rette for at bruker- og pårørenderepresentanter deltar med sin erfaringsbaserte kunnskap direkte inn i prosesser der det drives tjenesteutvikling og kvalitetsforbedringsarbeid. Bruker- og pårørendekunnskap bør vektles likt med klinisk erfaring og forskning etter prinsippene i praksisbasert kunnskap. Det kan også være hensiktsmessig å ansette erfaringskonsulenter i tjenestene.

Pårørende

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for godt samarbeid med pårørende, og tilby nødvendig støtte. Tjenestene skal ha systemer og rutiner som legger til rette for løpende informasjon, og tilrettelagt og tett dialog med pårørende.

Det finnes mye kunnskap om betydningen av at pårørende involveres og mottar støtte, og spesielt om barn og unge som er pårørende til personer med psykiske helse- og/eller rusutfordringer. Pårørende er ofte pasientens eller brukerens vik-

⁶² Barneombudet, u.å.

tigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Mange pårørende har store og krevende ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste. Pårørende er også viktig for tjenestene, og kan bidra med viktig informasjon for å få til et så godt behandlingstilbud som mulig.

Tjenestene er i liten grad tilrettelagt for et helhetlig familieperspektiv når en eller flere i familien har psykiske helseutfordringer. Kunnskapsgrunnlaget viser at det er viktig å rette innsatsen mot familier der det er psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Dette gjelder både i forebyggende kommunalt arbeid med folkehelse, tidlige intervensjoner og oppdagelse, i behandling og i forskning.

Boks 3.15 REACT (Relatives Education And Coping Toolkit)

Forskning har vist at god forståelse av lidelsen hos pasienten og konkrete verktøy til bruk i hverdagen kan redusere stressnivået hos alle involverte. Derfor gis det anbefaling om psykoedukativt familiesamarbeid (PEF) i relevante nasjonale faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet.

Ved TIPS Sør-Øst (Regional kompetansetjeneste for tidlig intervensjon ved psykose) arbeides det med å bredde ut REACT (Relatives Education And Coping Toolkit) som er et nettbasert selvhjelpsverktøy for familie og venner til personer med psykiske vansker som inkluderer psykose. Det krever ikke samtykke fra pasienten og krever heller ikke at pasienten er under behandling. Verktøyet ble utviklet av et team ved Lancaster University Hospital. Nettressursen www.reacttoolkit.no retter seg mot pårørende i Norge, og er utformet som et digitalt læringsverktøy. Det skal hjelpe pårørende til å forstå bedre hva en psykose er.

REACT kan ifølge TIPS Sør-Øst tilbys i stedet for psykoedukativt familiesamarbeid (PEF) eller som et supplement til annet pårørende-arbeid når denne kan/bør leveres som avstandsoppfølging. Målet er å gjøre pårørende bedre rustet til å takle situasjoner og påkjenninger som kan oppstå når en person i nær relasjon får en psykoselidelse.

Boks 3.16 Søskenintervensjonen SIBS

SIBS er et forebyggende gruppetiltak for barn mellom 8 og 16 år som er pårørende. Tiltaket består av tre barnegrupper, tre foreldregrupper og to fellessamtaler med foreldre og barn med fokus på barnas opplevelse av foreldrenes diagnose og relaterte utfordringer. SIBS' mål er å styrke familiekommunikasjon og gjennom dette bedre psykologisk tilpasning og kunnskap om diagnosen. Tiltaket er utviklet i tett samarbeid med brukerorganisasjoner og helsetjenester, og en studie med 99 familier viste bedring i psykisk helse, familie-kommunikasjon og kunnskap om diagnosen blant søsken som er pårørende etter deltakelse i SIBS. Effekten av SIBS studeres i en randomisert kontrollert studie med 291 familier, og resultater vil foreligge i 2023/2024. SIBS leveres nå i flere norske kommuner og helseforetak av psykologer, helsesykepleiere, pedagoger, familieterapeuter og andre som har god kompetanse i samtale med barn.

Kilde: Sibs.no

Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for tilrettelagt informasjon og oppfølging mindreårige kan ha som følge av at forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.⁶³ Undersøkelser har vist svikt og mangler når det gjelder ivaretagelse av barn og unge som pårørende.⁶⁴

Helsedirektoratet har nylig gjennomført en nasjonal pårørendeundersøkelse. Formålet med undersøkelsen er å bidra til mer innsikt i og kunnskap om hvordan unge pårørende (16–25 år) lever sine liv, hvordan de opplever sin situasjon og hvilke behov de har. Undersøkelsen viser blant annet negative konsekvenser unge har av å være pårørende, og at unge pårørende vurderer sin psykiske helse som nokså mye dårligere enn ungdom generelt. De som er pårørende til noen med psykisk sykdom oppgir egen helse som dårligst.

⁶³ Helsepersonelloven, 1999, § 2-10

⁶⁴ Opinion, 2023.

Kvinnehelseutvalget (NOU 2023: 4) anbefaler at det satses på å øke kompetanse blant helsepersonell om pårørende og om pårørendesamarbeid.

Regjeringen vil bidra til et bedre samarbeid mellom tjenestene og pårørende. Regjeringen har derfor bedt Helsedirektoratet utarbeide et verktøy i form av en pårørendeavtale som skal gi grunnlag for gode rutiner for slikt samarbeid. Avtalen bidrar til strukturering ved å avklare roller og forventninger og gi forutsigbarhet og tilstrekkelig tilrettelagt informasjon. Avtalen vil sikre systematisk medvirkning, gjensidig informasjonsutveksling, og at pårørende opplever å bli sett.

Pårørendestrategien og handlingsplanen *Vi – de pårørende 2021–2025* skal bidra til å løfte pårørendes situasjon og til å ivareta og inkludere pårørende. Et av hovedtiltakene i strategien er tilskuddsordningen *Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver*. Ordningen skal legge til rette for at kommunen utvikler modeller for å bedre pårørendes situasjon, og skal bidra til å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver. For å bidra til god hjelp og oppfølging av pårørende til personer med psykisk helse- og rusproblemer ble tilskuddet styrket i 2023.

3.8.2 Likeverdige tjenester og tilpasset hjelp

Det skal ytes likeverdige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Sosiale kategorier som funksjonsevne, kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet og seksuell orientering kan virke sammen og påvirke levekår og enkeltmenneskers psykiske helse. Uavhengig av disse faktorene skal alle ha tilgang på tjenester etter behov. Det er viktig at de som jobber i tjenestene har kunnskap om mangfold, slik at de kan ivareta alle på best mulig måte.

Hvilke språkkunnskaper man har, skal ikke ha noe å si for å motta god og riktig helsehjelp. Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven) stiller krav om bruk av kvalifisert tolk ved behov. Loven skal bidra til å sikre rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk.

Personer med funksjonsnedsettelse

Personer med funksjonsnedsettelse har de samme rettighetene som andre til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Retten til helse innebærer også en rett til de helse- og omsorgstjenester man trenger spesielt på grunn av sin funksjonsnedsettelse.

I SSBs levekårsundersøkelse fra 2019 vurderte nesten 30 prosent av personer med nedsatt funksjonsevne mellom 20 og 66 år at de hadde betydelige psykiske vansker.⁶⁵ Det er en tydelig forskjell fra befolkningen for øvrig, der ti prosent oppga det samme. Personer med funksjonsnedsettelse oppgir også å være mindre tilfredse med egen psykisk helse, mer plaget av ensomhet og mindre tilfredse med livet enn befolkningen i sin helhet.⁶⁶ Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) peker i rapporten *Koble kropp og sinn – sammenhengen mellom somatisk sykdom og psykisk helse* på at mange med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom opplever at de ikke får oppfølgingen de har behov for, at ventetiden for å snakke med noen som har psykologisk kompetanse er lang og at helsepersonell med psykologisk kompetanse mangler kunnskap om somatisk helse.⁶⁷ Det påpekes blant annet behov for økt kunnskap om psykisk helse i hjelpeapparatet som møter mennesker med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom, mer tverrfaglighet, økt samhandling mellom tjenester og bedre kartlegging av pasienters behov for oppfølging.

God kompetanse er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester. Personell som yter tjenester til personer med funksjonsnedsettelse skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å yte tjenester på en faglig forsvarlig og god måte. Ved å fange opp tidlige tegn på utvikling av sykdom, forverring av psykisk helse, funksjonstap eller problemer, kan en komme tidlig i gang med tiltak for endring, forbedring eller minimere en eventuell forverring. Dette krever at tjenestene møter den enkelte utfra individuelle behov og forutsetninger, med en helhetlig tilnærming utover funksjonsnedsettelsen eller sykdommen. En personsentrert tilnærming kan bidra til ivaretagelse av psykiske, sosiale og eksistensielle behov, og bidra til økt tillit og trygghet.

Tjenester for den samiske befolkningen

Helse- og omsorgsdepartementet har et særlig ansvar for å legge til rette for nødvendige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. For at disse tjenestene skal møte samiske innbyggers behov, trengs tilstrekkelig kunnskap både om risikofaktorer for å utvikle sykdom, og om tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene. Det kan være språklige og kulturelle utfordringer

⁶⁵ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022.

⁶⁶ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2022.

⁶⁷ Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, 2023.

knyttet til kommunikasjon mellom samiske pasienter og helse- og omsorgstjenesten. Innspillene til opptappingsplanen påpeker også manglende lavterskeltilbud tilpasset den samiske befolkningen. For nærmere omtale av kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus, se kapittel 3.2.2.

Enkelte studier tyder på at forekomsten av angst, depresjon og utilfredshet med livet kan være noe høyere blant samer.⁶⁸ Folkehelseinstituttet gjennomførte i samarbeid med fylkene i Norge i 2020 en befolkningsundersøkelse. I de nordligste fylkene inngikk en tilleggsmodul om blant annet samer, som ble utarbeidet av Senter for samisk helseforskning. I denne er det spørsmål om helse, livsstil, levekår og livskvalitet. Svarene fra Nordland fylke viser at majoriteten av deltakerne rapporterte om god eller svært god helse, men for samiske kvinner og menn var det færre deltagere som oppga god helse. Kvinner rapporterte psykiske plager i større grad enn menn. Dette gjelder uansett etnisk bakgrunn.⁶⁹ Samtidig rapporterer unge samer høy motstandsdyktighet og relativt sterk opplevelse av mening med livet.⁷⁰ Undersøkelser fra Senter for samisk helseforskning har også vist at forekomsten av de fleste typer vold er høyere blant samer enn ikke-samer i samme geografiske område. Dette gjelder særlig for samiske kvinner.⁷¹ Psykiske helseutfordringer var mer utbredt blant dem som hadde opplevd partnervold og vold i barndommen, uavhengig av kjønn og etnisitet.⁷²

Sámi Klinihkka ble formelt åpnet i januar 2020 og tilbyr spesialisthelsetjenestetilbud innenfor somatikk, psykisk helse, rus og avhengighet og er språklig og kulturelt tilpasset for den samisk befolkningen. Klinikken består av Spesialistlegesenteret og Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). SANKS er organisert i seks kliniske enheter og består av et nasjonalt team som skal være med på å fremme et likeverdig og kulturtilpasset behandlingstilbud for samer i hele landet.

For å bidra til å bygge opp, og styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til brukere med samisk språk og kulturbakgrunn, er det etablert en egen tilskuddsordning til fagutvikling og kompetanseheving. Tiltakene skal rettes mot områder som omfatter innbyggere med både sør-, nord- og

lulesamisk språk og kultur. Tilskuddet skal bidra til å framskaffe, initiere og spre kunnskap om behovene til samiske innbyggere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, samt hvordan disse behovene best kan dekkes. Det skal videre bidra til økt kompetanse blant personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester til samiske brukere.

Senter for samisk helseforskning (SSHF), Sámi dearvvašvuodadutkama guovvdaš, tildeles midler til grunnfinansiering gjennom stortingets årlige budsjettvedtak. I tillegg har regjeringen satt av midler til å gjennomføre SAMINOR 3. Helse- og levekårsundersøkelsene SAMINOR er senterets viktigste forskningsprosjekt. SAMINOR er en av de viktigste kildene til kunnskap om helse og levekår i den samiske og nordnorske befolkningen. Formålet er å få kunnskap om utbredelsen av og risikofaktorer for sykdom, forebygge lidelser, og forbedre helsetjenestetilbudet for alle.

Regjeringen har besluttet at temaet for stortingsmeldingen om samisk språk, kultur og samfunnsnivå i 2024, skal være folkehelse og levekår i samiske områder.

LHBT+

LHBT+ er blant gruppene med lavest subjektiv livskvalitet i Norge.⁷³ Denne gruppen har også hatt den største nedgangen i tilfredshet under covid-19-pandemien. Sammenlignet med befolkningen for øvrig, er seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter mer utsatt for mobbing og sosial utestenging, hatefulle ytringer og vold i det offentlige rom, vold i nære relasjoner og seksuell vold. LHBT+-personer har også økt risiko for psykiske helseplager og problemer, selvskading, selvmordstanker og selvmordsforsøk sammenlignet med befolkningen ellers.⁷⁴ Bifile kvinner og transpersoner rapporterer om mer symptomer på angst og depresjon enn andre LHBT+-personer.⁷⁵

LHBT+-gruppen er sammensatt, og det er store variasjoner i sårbarhet og opplevd diskriminering. Vekselvirkningene mellom de ulike sårbarhetsfaktorene er samtidig komplekse, og helsetfremmende og forebyggende innsats må foregå på tvers av offentlige sektorer for å sikre god ivaretagelse. Kunnskap om og forståelse for denne kompleksiteten er en forutsetning for å utforme offentlige tjenester, inkludert helse- og omsorgstjenester, som er reelt likeverdige.

⁶⁸ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.b.

⁶⁹ Melhus og Broderstad, 2020.

⁷⁰ Hansen og Skaar, 2021.

⁷¹ Eriksen, 2020.

⁷² Eriksen m. fl., 2021.

⁷³ Støren, og Rønning, 2021.

⁷⁴ Neupane m.fl., 2022.

⁷⁵ Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.a.

Regjeringen vil bedre levekårene til LHBT+-personer og lanserte derfor våren 2023 en handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold. Handlingsplanen skal vare fram til 2026 og skal ha en særlig innsats for å bedre livskvaliteten til LHBT+-personer, sikre deres rettigheter og bidra til større aksept for kjønns- og seksualitetsmangfold. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet opprettet en ny tilskuddsordning med mål om god psykisk helse og livskvalitet og mer likeverdige helse- og omsorgstjenester for grupper av befolkningen som bryter med normer for kjønn og seksualitet.

Personer med innvandrebakgrunn

Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre utgjør per 2022 litt over en million innbyggere i Norge. Dette er en mangfoldig gruppe, med blant annet mange ulike migrasjonshistorier, botid i Norge, erfaringer og norskkunnskaper. Migrasjonsprosessen omfatter bosetting i ukjent land og tilpasning til en ny kultur, samt opplevelser i opprinnelseslandet forut for avreise. Alle fasene er forbundet med forhold og erfaringer som kan ha betydning for helse, og særlig psykisk helse. Andelen innvandrere med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i befolkningen generelt. I noen grupper er det også stigma og tabuer knyttet til psykisk uhelse.⁷⁶ Videre kan opplevd rasisme og diskriminering også påvirke psykisk helse i betydelig grad.

Regjeringen har startet arbeidet med en ny handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunnlag av etnisitet og religion, som etter planen skal legges fram i løpet av 2023. Hovedtemaene i planen er veien opp og inn i arbeidslivet, og ungdommers erfaringer med rasisme og diskriminering på samfunnsarenaer som skole, utdanning, frivillighet, fritid og sosiale medier.

3.8.3 Ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

For å skape gode og trygge tjenester for mennesker med psykiske plager og lidelser er det nødvendig med god ledelse og et systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som handler om å forbedre gjeldende praksis, prøve ut innovative ideer og ta i bruk forskningsbasert kunnskap i praksis. Forskrift om

ledelse- og kvalitetsforbedring tydeliggjør virksomhetenes ansvar i dette arbeidet.

Det helhetlige og systematiske nasjonale arbeidet med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet vil inngå i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Færre fagfolk per pasient framover, med tilhørende utfordringer med å rekruttere og beholde kompetent personell, indikerer et økende behov for at tjenestene jobber kunnskapsbasert og systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I tillegg kommer en rask medisinsk og teknologisk utvikling som stiller nye krav til kompetanse og skaper forventninger hos pasienter, brukere og pårørende. Se kapittel 1.6 for omtale av personell og kompetanse.

En viktig forutsetning for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er ledelsesforankring, godt og trygt arbeidsmiljø og tilrettelegging for fagutvikling og kunnskapsbasert praksis. Lederspennet (tallet på medarbeidere per leder) i helse- og omsorgstjenestene er svært høyt, samtidig som den formelle lederkompetansen er lav. Det har store konsekvenser for arbeidsmiljøet, inkludert sykefravær og gjennomtrekk, bemanning og kvaliteten på tjenestene. For å bidra til økt lederkompetanse i helse- og omsorgstjenestene vil regjeringen videreføre og styrke lederutdanning for primærhelse-tjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet vil videre legge til rette for å utvikle en kort nettbasert lederutdanning etter modell av nettbasert lederutdanning for fastleger og for øvrige ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Gitt stort arbeidspress og mange ledere, bør en formell lederutdanning utformes slik at flest mulige ledere har mulighet til å ta den og komme opp på et noe høyere kompetansenivå. For å legge til rette for at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester lett kan får oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for ledere vil Helsedirektoratet gis i oppdrag, sammen med relevante aktører, å utvikle dette. Økt oppmerksomhet på kjerneoppgavene, innovasjon, omstilling og bedre arbeidsdeling krever god ledelse. Regjeringen vil understøtte tillitsbasert styring og ledelse, slik at tjenestene i større grad kan drive tjenesteutvikling og prøve ut nye måter å jobbe på.

Helsedirektoratet påpeker at kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring ikke blir prioritert høyt nok verken i tjenestene eller på systemnivå. En viktig grunn til dette er mangel på tid og ressurser, men også mangel på forbedringskunnskap og forskningskompetanse, tilgang til verktøy, støt-

⁷⁶ Walås, 2017.

tefunksjoner og infrastruktur for forskning, og god innsikt i effektene av slikt arbeid. Noen opplever systematisk kvalitetsforbedring som et nytt område, der arbeidsmåte og -metoder er ukjent. Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, kunnskapsutvikling og forskning ses gjerne på som en aktivitet som pågår på siden av ordinær virksomhet.

Det er viktig med gode data for både planlegging, gjennomføring, forskning, evaluering og ikke minst korrigerende av egen praksis. Det innebærer at hele kvalitetsforbedringssirkelen som forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring bygger på må tas i bruk. Helsetilsynet har påpekt at tjenestene er ganske gode på å planlegge og gjennomføre tiltak, mens en i mindre grad følger opp tiltakene med evaluering og korrigerende. Riksrevisjonen fant i sin undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet at styrene i spesialisthelsetjenesten i liten grad etterspurte effekt av tiltak.⁷⁷

For de kommunale tjenestene for psykisk helse- og rus mangler det fortsatt gode styringsdata. Helsedirektoratet påpeker at verken kommunene selv, statsforvalterne eller Helsedirektoratet har tilstrekkelig informasjon til å kunne følge med på utviklingen i tjenestene. Kommunene trenger enkel, tilrettelagt statistikk til bruk i planlegging, styring og kvalitetsforbedring.

Kommune stat-rapportering (Kostra) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er lovpålagte rapporteringer og skal ivareta sentrale myndigheters behov for data fra kommunene. IS 24/8 er en årlig kartlegging som Sintef gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet i alle landets kommuner/bydeler. Målet med kartleggingen er å følge med på utviklingen i ressursinnsatsen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid over tid.

Formålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. KPR inneholder foreløpig ikke data for psykisk helse- og rusfeltet. Regjeringen vil derfor starte et arbeid med å videreutvikle KPR slik at det også inkluderer data om psykisk helse og rus. Dette vil bidra til kunnskapsutvikling og bedre kommunale tjenestedata for å følge med på utviklingen på feltet. Det er også behov for å videreutvikle Nasjonalt pasientregister (NPR) for å gi bedre og mer helhetlige forløpsdata.

3.8.4 Forskning og innovasjon

Muligheter for kunnskapsutvikling og deltakelse i forsknings- og innovasjonsaktiviteter bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene, bedre grunnlag for å gjøre riktige prioriteringer, mer effektiv forebygging og mer virksom behandling, samt oppdaterte og mer motiverte fagfolk. På sikt kan det gi en bedre bruk av samfunnets ressurser.

Regjeringen ønsker bedre bruk av helsedata i forskningen, flere forskningsbaserte kvalitetsforbedringsprosjekter og at klinisk forskning er en integrert del av pasientbehandlingen innenfor psykisk helse. Mer kunnskap om tjenestenes organisering, styring og ledelse, arbeidsbesparende innovasjoner i møte med knapphet på helsepersonell og implementeringsforskning blir viktig framover. Tematikken følges opp i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Fordeling av forskningsmidler fra nasjonale og europeiske kilder viser at psykisk helse er det terapiområdet som mottar mest forskningsmidler, etter kreft og generell helserelevans.⁷⁸ En kartlegging gjennomført i 2019 viser at det ble brukt mest forskningsmidler til forskning innenfor psykoser og schizofreni, depresjon og avhengighet. I 2021 utgjorde forskning på psykisk helsevern 11,6 prosent av samlet forskningsinnsats.⁷⁹ I EUs rammeprogram for forskning og innovasjon, Horisont Europa, har det vært flere utlysninger innenfor psykisk helse i helseprioriteringen av programmet. Dette følger til dels av konsekvenser av covid-19-pandemien, og dels at området representerer en stor og voksende sykdomsbyrde i Europa.

Det må legges bedre til rette for økt kunnskapsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, i tråd med regjeringens *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning*. Resultater fra forskning må tilgjengeliggjøres, formidles og tas i bruk. Regjeringen vil legge til rette for mer forskning som er relevant for kommunenes kunnskapsbehov, og utrede hvordan kommunene kan få bedre støtte og veiledning i sitt kunnskapsutviklingsarbeid knyttet til psykisk helse og rus.

Det nasjonale programmet for klinisk behandlingssforskning i spesialisthelsetjenesten (KlinBeForsk) skal imøtekomme behovet for flere nasjo-

⁷⁸ I helsekategorien «mental helse» ligger forskning innen depresjon, schizofreni, psykoser og personlighetsforstyrrelser, avhengighet, selvmord, angst, spiseforstyrrelser, læringsvansker, bipolar lidelse, autisme og studier innen normal psykologi, kognitiv funksjon og adferd.

⁷⁹ Wiig og Olsen, 2022.

⁷⁷ Riksrevisjonen, 2018.

nale kliniske behandlingsstudier som er av høy kvalitet. Formålet er at flere pasienter over hele landet får et tilbud om deltakelse i behandlingsstudier. Programmet skal bidra til koordinering av kompetanse, ressurser og infrastruktur. I 2022 var det en særskilt prioritering av klinisk behandlingsforskning på barn og unges psykiske helse.

Kunnskap om effekten av tiltak er en viktig forutsetning for å kunne gjøre riktige prioriteringer. Dette innebærer at tiltak som har en dokumentert effekt, bør iverksettes fremfor tiltak der effekten er mer usikker. Som en oppfølging av Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet*, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Veilederen vil være et viktig beslutningsstøtteverktøy når kommunene skal gjøre sine prioriteringer.

Forebyggende tiltak skjer i stor grad utenfor helse- og omsorgstjenesten, noe som krever en tverrsektoriell forskningsinnsats. Se kapittel 2 for omtale av helsefremmende og forebyggende tiltak.

Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester konkluderte med at arbeidet med å øke kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser ikke er godt nok. De fant blant annet at for flere psykiske plager og lidelser manglet det kunnskap om hvilken type behandling som har effekt.⁸⁰ En generell utfordring for forskning på tiltak innenfor psykisk helse er at årsakssammenhengene er komplekse og ukjente, og at det i mindre grad enn innenfor somatikken er mulig å identifisere objektive og målbare endepunkter. Behandlingen er i tillegg mer kontekstavhengig, og det er en større bredde i tiltak og studiedesign i forskning innenfor psykisk helse, enn det som er vanlig innenfor somatikken.

Det er en økning i forskningsaktivitet knyttet til persontilpasset medisin innenfor psykisk helse.⁸¹

3.8.5 Kunnskapsbaserte tjenester

Helsepersonell skal jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.⁸² Samtidig er det viktig at kunnskapsba-

serte metoder tas i bruk. Det må skilles mellom hvorvidt det faktisk finnes tilstrekkelig dokumentasjon på effekt av ulike behandlingsmetoder og om kunnskapen er implementert i tjenestene. En australsk gjennomgang fra 2018 viser at vi har kunnskap om behandling for de fleste psykiske lidelser.⁸³ Samtidig er det behov for mer forskning på pasienter i Norge og hva som skal til for å øke bruk av kunnskapen i praksis. Kunnskapen brukes ikke godt nok i tjenestene, og det er behov for å legge til rette for lokal tilpasning og effektevaluering ved implementering og spredning av innovasjoner og forskningsresultater gjennom systematisk bruk av helsedata, helsetjeneste- og implementeringsforskning.

For å kunne tilby den beste behandlingen til pasientene må tjenestene ha tilgang på oppdatert kunnskap, og de må ha rutiner for å videreutdanne personell. Det gjelder både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. De nasjonale pasientforløpene gir ytre rammer, mens nasjonale faglige retningslinjer gir føringer for organisering og faglig innhold i utredning og behandling av den enkelte tilstand. For å sikre god behandling må de faglige veilederne dekke de vanlige lidelsene, og de må oppdateres jevnlig. Retningslinjene må også tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører.

Psykisk helsevern må ha rutiner for å undersøke effekten av behandlingen som gis. Gode effektmål inkluderer både symptom- og funksjonsnivå, og pasienter må regelmessig spørres om opplevd nytte av behandlingen. Nye medisinske kvalitetsregistre for psykisk helsevern vil bidra med nasjonal infrastruktur og data som grunnlag for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i tjenesten. Nasjonale retningslinjer og nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus anbefaler bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandlingen. Med systematisk bruk av tilbakemeldingsverktøy får man kontinuerlig tilbakemelding fra den som mottar hjelp om opplevelse av endring og nytte av hjelpen. Tilbakemeldingsverktøy kan identifisere og forebygge negativt utfall av behandling, og bidra til mer tilpasset hjelp.⁸⁴ Flere tjenester har tatt i bruk ulike tilbakemeldingsverktøy. Samtidig gjenstår det fortsatt et arbeid for å sikre pasienter og brukere tilgang på slike verktøy.

⁸⁰ Riksrevisjonen, 2021.

⁸¹ Norges forskningsråd, 2023.

⁸² Helsebiblioteket, 2021.

⁸³ Australian Psychological Society, 2018.

⁸⁴ Hjertø, 2023.

Helsepersonell som er oppdatert på forskning, har bedre forutsetninger for å gjøre kritiske vurderinger av både etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologier. I sin undersøkelse av psykiske helsetjenester fant Riksrevisjonen at mulighetene for deltakelse i forskning innenfor psykisk helsevern var dårligere enn i somatikken, når det gjelder muligheter for bistillinger og forskningspermisjon. Innenfor forskning på schizofreni er det blant annet funnet at klinisk forskning har den største betydningen på påfølgende endringer i klinisk praksis, og at de største sosiale og helsemessige gevinstene oppnås gjennom interdisiplinære forskningsteam.⁸⁵

Et bedre kunnskapsgrunnlag er viktig for beslutninger om å innføre av nye metoder. Det er også viktig for utfasing av metoder som brukes i tjenesten i dag, men som ikke har ønsket effekt. Det kan for eksempel være behov for å styrke dokumentasjonen om farmakologiske eller andre behandlingsmetoder som ble tatt i bruk i tjenesten før opprettelsen av Nye metoder (se under for nærmere omtale) og før det ble innført en føring om at alle nye legemidler skal metodevurderes.

Nye metoder

Nye metoder er et system i spesialisthelsetjenesten for å vurdere både innføring og eventuell utfasing av metoder basert på kunnskapsgrunnlag. Nye metoder kan i utgangspunktet vurdere alle tiltak som benyttes for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle sykdom, inkludert tiltak for rehabilitering av pasienter og organisering av helsetjenester. Nye metoders virkeområde er ikke avgrenset til spesifikke fagområder, men en oversikt over metodene som meldes inn, viser at metoder til behandling av psykiske lidelser kun i liten grad meldes inn for vurdering. Dette avhenger av at industrien, fagmiljøer, tjenesten, pasient- og brukerorganisasjoner m.m. melder inn aktuelle metoder for vurdering, og at det finnes et dokumentasjonsgrunnlag for å vurdere metodene, enten nasjonalt eller gjennom mini-metodevurderinger i helseforetakene.

Der det mangler et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for tiltak som vurderes i Nye metoder, er det lagt til rette for at disse kan meldes inn som relevante kunnskapsbehov til program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Dette er en del av deres tilrettelegging for såkalt behovsidentifisert forskning. Virkemiddelet

behovsidentifisert forskning kjennetegnes av prosesser der særskilte kunnskapsbehov identifiseres og utgjør grunnlaget for særskilte utlysninger av forskningsmidler. Dette virkemiddelet kan brukes innenfor alle relevante terapiområder der det er behov for mer sikker kunnskap.

Flere helseregioner har tilrettelagt for vurdering av metoder innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) gjennom kobling av fagmiljøene innenfor psykisk helse- og rusbehandling og Nye metoder. Nye metoder kan være et relevant virkemiddel for å bygge opp kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern ved at kunnskapsgrunnlaget som foreligger for metodene gjennomgås systematisk med en metodevurdering. Denne kunnskapen kan spres ved at beslutningene i Nye metoder koordineres mot normerende produkter som behandlingsretningslinjer, veiledere m.m.

Normerende produkter

Riksrevisjonen viste i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester til at over halvparten av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på psykisk helsefeltet ikke var oppdaterte de siste fire årene.⁸⁶ Helsedirektoratet har et pågående arbeid med å gjennomgå normerende produkter på psykisk helse- og rusfeltet. I 2022 ble anbefalinger om bruk av kartleggingsverktøy oppdatert.

I 2023 utarbeides en oversikt med forslag til prioritering av anbefalinger som trenger oppdatering og hvilke som kan avpubliseres. Det vil også bli vurdert forbedringsmuligheter i arbeidsprosessen ved utvikling av normerende produkter.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Siden 2019 har det vært en stor satsing på utvikling av nye nasjonale kvalitetsregistre innen psykisk helsevern. I 2022 fikk tre nye kvalitetsregistre innen psykisk helsevern nasjonal status. Se boks 3.17 for hvilke. Kvalitetsregister for psykisk helsevern for barn og unge søkte nasjonal status i 2022. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser fikk nasjonal status i 2015.

Medisinske kvalitetsregistre inneholder strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging, som gir mulighet til å vurdere kvaliteten i pasientbehandlingen. Kunnskap fra kvalitetsregistrene skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Et nasjonalt register gjør det vesentlig enklere å vurdere om egen praksis er i tråd med

⁸⁵ Wooding m. fl., 2014.

⁸⁶ Riksrevisjonen, 2021.

Boks 3.17 Nye kvalitetsregistre innen psykisk helsevern

Nasjonalt kvalitetsregister for elektrokonvulsiv terapi (ECT). ECT er en behandlingsmetode mot enkelte psykiske lidelser, og ECT-registeret skal kartlegge effekt, bivirkninger og egenopplevelse av å motta behandlingen.

Kvalitetsregisteret for alderspsykiatri (KVALAP). Registeret ble opprettet for å bidra til bedre utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser, forskning og kvalitetsarbeid.

Nasjonalt kvalitetsregister for voksne pasienter innen psykisk helsevern. Registeret skal omfatte alle voksne pasienter i psykisk helsevern, og vil gi verdifull innsikt i effekten av behandlingen som gis ved norske sykehus.

nasjonale faglige retningslinjer, og om behandlingen har ønsket effekt. Kvalitetsregistre avdekker også om det er uønsket variasjon i behandlingstilbudet i Norge. Kvalitetsregistrene er en viktig kilde for å kunne forske på effekt av ulike behandlingstiltak.

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale tjenester er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale og flerregionale behandlingstjenester omfatter høyspesialisert behandling som bør sentraliseres til ett eller to steder i landet. Sentralisering av behandlingstilbudet skal bidra til helsemessige gevinster i form av bedre prognose og livskvalitet for pasienten, økt kvalitet og kompetanse i behandlingen samt bedre nasjonal kostnadseffektivitet.

En nasjonal kompetansetjeneste skal innenfor en periode på fem eller ti år sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde. Etablering av en nasjonal kompetansetjeneste medfører ikke sentralisering av pasientbehandling eller kompetanse, men tjenesten skal bidra til å heve kompetansen på området nasjonalt. Målet er at kompetansetjenestens fagområde etter endt funksjonstid kan ivaretas i alle helseregioner som en del av det ordinære tjenestetilbudet, men med mulighet for å videreføres i regi av de regionale helseforetakene som nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk, senter eller annen form.

System for nasjonale kompetansetjenester skal være et dynamisk system med mulighet for å etablere tjenester på områder med behov for kompetanseoppbygging og spredning, herunder psykisk helsevern og rus.

De regionale helseforetakene har ansvar for å søke om godkjenning til å etablere nye nasjonale tjenester. Flere av dagens kompetansetjenester innen psykisk helsevern ble etablert for om lag ti år siden. Dette gjelder Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). Rammene for etablering og oppretting av de nasjonale kompetansetjenestene vil omtales i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Det vil i planperioden være relevant at de regionale helseforetakene vurderer behov for kompetansetjenester på områder som understøtter målene i planen.

Nasjonale og regionale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten

I tillegg til nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten, er det en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre innen psykisk helse, rus og vold utenfor spesialisthelsetjenesten. Disse er viktige i utviklingen av kompetanse innenfor psykisk helse, rus og vold. I tillegg er de sentrale kunnskapsleverandører til tjenestene, bidragsytere når kunnskap skal implementeres i tjenestene, og faglige rådgivere til offentlige myndigheter og tjenesteapparatet. Sentrene skal være en tjeneste både for tjenestene og for den forebyggende og helsefremmende virksomheten i kommunene.

Sentrene skal drive eller delta i oppsummering av forskning på eget område, delta i praksisnær og praksisrelevant forskning og delta i relevante forskningsnettverk. Helsepersonellkommisjonen mener det er et urealisert potensial i kompetansesentrene og kompetansetjenestene. Kommisjonen mener det er behov for å utrede hvordan de kan utvikles, ved at sentrene knyttes nærmere til helse- og omsorgstjenesten for å hjelpe til med å heve kvaliteten på tjenestetilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil i planperioden utrede hvordan kommunene kan få bedre støtte og veiledning i sitt arbeid knyttet til psykisk helse og rus. I den forbindelse skal det vurderes om kompetansesentrene er organisert på mest hensiktsmessige måte. Helse- og omsorgsdepartementet skal, i samråd med berørte departementer, utrede en

mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten med mål om å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert støtte til kommunesektoren. Utredningen legger til grunn en desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget om saken på en egnet måte.

BarnUnge21-strategien, som ble ferdigstilt i 2021, anbefalte også en gjennomgang av kunnskaps- og kompetansesesentrenes rolle i kunnskapsproduksjon, kunnskapsformidling og kunnskapsanvendelse, med sikte på å tydeliggjøre

deres mandat og roller i en helhetlig og kunnskapsbasert oppvekstpolitikk. Det ble anbefalt at gjennomgangen skulle se nærmere på hvorvidt alle fagområder er dekket, og hvorvidt organiseringen bidrar til at barn og unge får et likeverdig, trygt og effektivt tilbud uavhengig av geografi. Denne anbefalingen vil bli vurdert i den varslede utredningen om en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet samarbeider med blant annet Barne- og familiedepartementet om hvordan anbefalingen skal følges opp.

Boks 3.18 Tematisk organisering

Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg som skal utrede en sterkere tematisk organisering av psykisk helsevern. Formålet er å sikre god kvalitet i tjenesten og sørge for at pasienter får rask tilgang på riktig behandling. Utvalget skal levere rapport innen 15. september 2023. Ekspertutvalgets arbeid vil konsentrere seg om kvalitet i behandlingen og i organiseringen av tjenesten.

Mennesker med psykiske lidelser har gjerne sammensatte sykdomsbilder og kan tilfredsstille kriterier for ulike diagnoser på ulike tidspunkt. En for stram tematisk organisering knyttet til spesifikke diagnoser vil gi fragmentert behandling for pasienter med komplekse tilstander, og det kan medføre en skjevfordeling av fagekspertise. Psykisk helsevern kan ikke organiseres fullt ut tematisk, men organiseringen kan legge til rette for at pasientene får målrettet behandling for sin lidelse.

I Bergen er det utviklet et intensivt behandlingstilbud for pasienter med tvangslidelse (OCD) der eksponeringsterapi med responsprevensjon gjennomføres i løpet av fire dager. Fleksibelt oppsøkende tverrfaglige team (FACT) har vist seg effektive for pasienter med alvorlig psykisk lidelse med eller uten samtidig rusmiddellidelse. Både OCD- og FACT-team er nå etablert rundt om i landet. I psykisk helsevern for barn og unge er det flere steder etablert egne team for utredning av autismespekterforstyrrelser, og alle helseregioner har etablert spesialiserte til-

bud for utredning og behandling av nyoppdaget psykoselidelse.

Ekspertutvalget vil utrede om det finnes andre kliniske områder, tilstander eller pasientgrupper som kan dra nytte av en mer tematisk organisering av behandlingstilbudet. Siden mange pasienter har et langvarig forløp som innebærer vekslende kontakt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og psykisk helsevern er det nødvendig å etablere modeller for smidig samarbeid som gir kontinuitet i pasientbehandlingen på tvers av forvaltningsnivåer.

Helseforetakene rapporterer om økning i antall henvisninger til psykisk helsevern. Behandlere rapporterer at de bruker uforholdsmessig mye tid på vurdering av nye pasienter, utredninger og rapportering til nasjonale pasientforløp. En forenkling av rutiner for inntak og utredning vil redusere tiden behandlere bruker på denne delen av forløpet. Inntak av pasienter kan bli mer differensiert, slik at pasienter raskere kommer til egnet sted for videre behandling. For å bruke behandlerressurser best mulig må pasienter som ikke lenger har behov for behandling, eller der man ser at andre tilbud vil passe bedre, avsluttes i psykisk helsevern. Differensiert inntak og prioritering underveis i forløpet kan frigjøre personellressurser til å gi flere pasienter rett behandling for sin psykiske lidelse. Dette er noe ekspertutvalget vil vurdere nærmere.



Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Figur 4.1

4 Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Mennesker med langvarige og sammensatte behov skal få god og sammenhengende hjelp. Over lang tid er det lagt ned en omfattende innsats for å sikre dette, men fremdeles er det behov for ytterligere utvikling for å sikre god og forsvarlig hjelp. Regjeringen vil derfor styrke hele behandlingsskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov og bidra til å heve levealderen og øke livskvaliteten hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Dette innsatsområdet omtaler tiltak knyttet til mennesker med behov for langvarig og sammensatt hjelp, inkludert tilbudet til de med alvorlige psykiske lidelser.

4.1 Bakgrunn for innsatsområdet

Mange med alvorlige psykiske lidelser har god livskvalitet og lever meningsfulle liv. Samtidig kan det å ha en alvorlig psykisk lidelse ha personlige og sosiale konsekvenser for den enkelte. Psykiske lidelser kan føre til utenforskap, og mange opplever fremdeles stigma knyttet til sykdommen. Alvorlig psykisk lidelse kan være forbundet med uførhet, arbeidsledighet, sykefravær, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder.¹

Psykisk helse, rusmiddelbruk og somatisk helse må ses i sammenheng. Antall personer med somatisk sykdom, som i tillegg har psykososiale

belastninger, er økende.² Mange pasienter på somatiske avdelinger har rusrelaterte helseproblemer, og en del pasienter som er henvist til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har stor grad av samsykelighet.³

Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer lever som gruppe betydelig kortere enn den generelle befolkningen.⁴ Tilsyn har vist at de får mangelfull kartlegging og oppfølging av somatiske helseplager, og studier viser at for tidlig død i stor grad kan tilskrives somatiske sykdommer. Selv om en stor andel personer med psykisk lidelse ikke har et rusmiddelproblem, vet vi at psykiske lidelser og rusmiddelproblemer eller ruslidelser ofte opptrer samtidig.⁵ Det er flere utfordringer ved tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Samhandlingen innad i helse- og omsorgstjenestene og mellom ulike tjenester og sektorer er særlig en utfordring. Pasient- og brukerombudet har flere saker som viser at samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har sviktet.⁶

En del kommuner tilbyr ifølge Riksrevisjonen ikke oppsøkende tjenester til innbyggere med rus- og/eller psykisk helseproblematikk.⁷ Kom-

¹ Tesli m. fl., 2023.

² Innspill fra Helsedirektoratet til opptappingsplanen.

³ Innspill fra Helsedirektoratet til opptappingsplanen.

⁴ Tesli m. fl., 2023.

⁵ Helsetilsynet, 2019.

⁶ Pasient- og brukerombudet, 2022.

⁷ Riksrevisjonen, 2021.

Boks 4.1 Regjeringen vil

- Bidra til økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, blant annet ved å
 - Utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer
- Legge til rette for sammenhengende tjenester og forløp, blant annet ved å
 - Videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester, som ACT/FACT og FACT ung
 - Utrede ulike modeller for samhandling og integrerte tjenestetilbud og vurdere hvordan helsefelleskapene bedre kan settes i stand til å understøtte ønsket utvikling innen psykisk helse
 - Legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke behandlingsskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov som inkluderer både poliklinisk oppfølging ved DPS og døgnbehandling
- Bidra til bedre tjenester til barn og unge med langvarige og sammensatte behov, blant annet ved å
 - Videreføre, fornye og styrke helsesatsingen i barnevernet
 - At barn i barnevernet som har behov for helsehjelp skal ha like god tilgang til helsehjelp som andre barn, og at det settes inn tiltak for å sikre at behovene til disse barna blir møtt
 - Utrede tiltak for å øke kompetanse knyttet til gjenkjennelse av tidlige tegn og oppfølging av nevroutviklingsforstyrrelser i barnehage, skole og i tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt tiltak for styrket samarbeid om tiltak og behandling for gruppen
 - Utarbeide normerende produkter knyttet til autismespekterforstyrrelse og til Tourettes syndrom
- Bidra til bedre tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov, blant annet ved å
 - Videreutvikle konkrete modeller for integrerte tjenester for pasienter med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (ROP).
 - Jobbe for å bedre sette helsefelleskapene i stand til å understøtte tjenesteutvikling for pasienter med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
 - Bidra til implementering av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne
 - Jobbe for et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov, herunder
 - løsninger for pasienter som er underlagt tvang etter lov om psykisk helsevern og personer som står i risiko for å utøve vold
 - utredning av bemannede botilbud og tilbud som gir bedre bruk av tilgjengelige ressurser fra begge nivå
- Bidra til å fremme riktig bruk av legemidler
- Jobbe for gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren, blant annet ved å
 - Vurdere tilbudene for dømte til tvungent psykisk helsevern basert på utredning og overordnet plan fra RHFene om sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern
 - Opprette et utvalg som skal utrede hvordan innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og tilbakeføring til samfunnet, samt evaluere reaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg
 - Utrede hindringer og muligheter for tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse før, under og etter straffegjennomføring for aldersgruppen 18–24 år
 - Legge fram en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

munene har utfordringer med å skaffe tilpassede bo- og tjenestetilbud til målgruppen, spesielt dem med omfattende tjenestebehov og voldspromblematikk.⁸ Antall dømte til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg har økt betydelig de siste

årene. Rapporter og tilsyn viser at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å sikre gode og koordinerte tilbud til perso-

⁸ Hansen m. fl., 2023.

Boks 4.2 Alvorlig psykisk lidelse

Gruppen som betegnes som «alvorlig psykisk syke», er ikke en enhetlig gruppe, verken når det gjelder diagnose, eller når det gjelder funksjonsnivå. I Helsedirektoratets veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid, *Sammen om mestring*, er eksempler på grupper som dekkes av forløpet om alvorlige og langvarige lidelser, medikament- eller rusmiddelavhengighet alvorlige bipolare lidelser, alvorlig depresjon, schizofreni og alvorlig personlighetsforstyrrelse. I Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefelleskapene er det de samme diagnosene som trekkes fram i definisjonen av alvorlig psykisk lidelse.

Kilde: Helsedirektoratet, 2014; Lehn, 2022.

ner med sikkerhetsrisiko og samtidig ivareta samfunnsvernet.⁹

Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling og oppfølging. Dette viser både Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester og framskrivninger fra de regionale helseforetakene. Det er også, til tross for satsing gjennom flere år, fremdeles store utfordringer med helsehjelp til barn i barnevernet. Barn med sammensatte utfordringer opplever mangelfullt tverrsektorielt samarbeid som hindrer helhetlig oppfølging. Det samme er tilfellet for barn og ungdom under straffgjennomføring.¹⁰

Selv om det gjennom flere år er satset på arbeidsrettede tiltak i kombinasjon med helsemessig oppfølging og behandling, er det fortsatt en del kommuner som ikke tilbyr kunnskapsbaserte arbeidsrettede tiltak som individuell jobbstøtte og jobbmestrende oppfølging.¹¹ Slike tiltak er viktige fordi arbeid og meningsfylt aktivitet er sentrale faktorer for bedring, livskvalitet og et verdig liv. Mange som har psykiske plager og rusmiddelproblemer, kan ha utfordringer med å gjennomføre utdanning og opparbeide seg arbeidserfaring. Arbeid og aktivitet som del av behandling omtales nærmere i kapittel 3.5.

Det er nødvendig å sikre god støtte til pårørende, inkludert barn som pårørende. Mange

pårørende til personer med langvarige og sammensatte behov og barn som pårørende, har store belastninger på egen helse og livskvalitet. Det er stor variasjon i hvilken grad pårørende involveres i behandling og oppfølging, og om barn som pårørende blir fulgt opp. Se kapittel 3.8.1 for nærmere omtale av bruker- og pårørendemedvirkning.

4.2 Økt levealder

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har dårligere fysisk helse og lever som gruppe mange år kortere enn befolkningen for øvrig. Forventet levealder avhenger av flere faktorer, som blant annet levekår og type lidelse, og dødeligheten er spesielt høy blant personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer.¹² Undersøkelser viser at forskjellen i levealder mellom personer som har alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og den generelle befolkningen er minst 15 år.¹³ Mennesker med psykiske lidelser skal ha de samme mulighetene for å leve lange, gode liv som resten av befolkningen. Dette gjelder også barn og unge med sammensatte behov, inkludert de som er under barnevernets omsorg. Regjeringen har derfor satt som et resultatmål i opptappingsplanen at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert. For å bidra til dette skal det utarbeides en helhetlig plan for å heve levealderen hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og etablere en indikator for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer blant personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem.

Det er økt forekomst av unaturlig død blant mennesker med psykisk lidelse og rusavhengighet, som selvmord, ulykker og overdose, men overdødeligheten kan i stor grad tilskrives somatiske lidelser som det finnes behandling for. Overdødeligheten kan ha flere forklaringer, som genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse, levevaner, psykososialt stress og ensomhet, kognitive vansker, bivirkninger av legemidler og manglende diagnostisering og forsinket eller mangelfull behandling av somatiske lidelser. Forskjellen i for-

⁹ Sifer, 2020.

¹⁰ Andrews og Eide, 2019.

¹¹ Ose og Kaspersen, 2022.

¹² Tesli m. fl., 2023; Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse, 2023.

¹³ Heiberg m. fl., 2018; Hjorthøj m. fl., 2017.

ventet levealder er økende, og framkommer i både nasjonale og internasjonale studier. Forholdene i Norge er på linje med de øvrige nordiske landene.¹⁴

Analysen utført av helseatlastjenesten i Helse Førde HF i 2017–2019 viste at bruk av somatiske spesialisthelsetjenester varierte systematisk mellom ulike deler av landet for alle undersøkte sykdommer. De fant ikke den forventede større bruken av de somatiske spesialisthelsetjenestene for personer i psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), sammenliknet med personer uten slik kontakt. Større bruk var forventet på grunn av økt risiko for somatiske sykdommer i denne gruppen sammenliknet med hos innbyggerne generelt. Funnet indikerer underbruk av somatiske spesialisthelsetjenester for pasientgruppen.

Alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer fører også ofte til redusert oral helse, blant annet som følge av medikamentbruk og rusmiddelbruk. Dårlig oral helse kan også påvirke den psykiske helsen. Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal gjennomgå tannhelsefeltet. Utvalget skal foreta en helhetlig gjennomgang av tannhelsetjenesten, herunder organisering, finansiering og lovverket, inkludert regulering og rettigheter. Utvalget skal levere sin utredning innen utgangen av juni 2024.

Psykiske lidelser, somatiske sykdommer, inkludert sykdommer i tenner og munnhule, og problematisk bruk av rusmidler kan henge sammen. Behandling i helse- og omsorgstjenestene bør derfor ses i sammenheng. I nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus er det utarbeidet et eget produkt med oppsummerte anbefalinger og tiltak for å sørge for bedre ivaretagelse av somatisk helse, herunder tannhelse, hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Anbefalingene som er utarbeidet, gjelder uavhengig av behandlingsnivå og beskriver blant annet ansvarsforhold mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Tiltakene har som målsetting å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og økt levealder for pasientgruppen. Betydningen av å inkludere somatiske sykdommer, er også erkjent i nytt og utvidet Nasjonalt forløp for barnevern, der eventuelle somatiske helseplager, tannhelse og seksuelle helseutfordringer skal kartlegges i tillegg til psykisk helse og rus.

Det er fortsatt behov for å styrke arbeidet med bedre oppfølging av somatisk helse, tannhelse og levevaner, spesielt for dem med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse.

Fastlegen er, sammen med annet helsepersonell, viktig i arbeidet med å ivareta somatisk helse hos pasienter som har psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Dette fordrer at fastlegen har en god relasjon til pasienter og et godt samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Fastlegene må også ha tid til å prioritere dette arbeidet. For blant annet å stimulere til dette, er det innført en egen takst som kan benyttes til fullstendig årskontroll av noen sårbare pasientgrupper. Det gjelder pasienter som har stort hjelpebehov kombinert med mindre evne til å be om hjelp, slik som pasienter med langvarig psykoselidelse. Det er samtidig behov for å tydeliggjøre hvilke grupper det gjelder, og øke bruken av kontroller hos fastleger for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Regjeringen ønsker en satsing på allmennhelsetjenesten, se kapittel 3.2.3.

Samlokalisering av tjenestene innen psykisk helsevern, rus og somatikk bidrar til at somatiske helsetjenester lettere kan gis til pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Samlokalisering av somatiske avdelinger og avdelinger i psykisk helsevern har vært på agendaen i flere år, ettersom ulik lokalisering skaper utfordringer for samhandling internt i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig for personer med tilstander innen alderspsykiatri (demenslidelse), psykose, alvorlige depresjoner, spiseforstyrrelser og rusmiddelproblemer i akutt fase. Gjennom samlokalisering av psykisk helsevern, rus og somatikk kan man blant annet legge til rette for å behandle flere ulike tilstander hos pasienten på samme sted og samtidig, og gjennom dette gi grunnlag for mer helhetlige og koordinerte behandlingsforløp.

Overdosedødsfall er en av de store årsakene til dødsfall blant unge mennesker i verden. Norge har de siste årene hatt blant de høyest registrerte forekomstene av narkotikautløste dødsfall per innbygger i Europa. *Nasjonale overdosestrategi 2019–2022* ga retning til den overdoseforebyggende innsatsen og løftet fram tiltak for å møte utfordringene. Helsedirektoratet har i 2023 fått i oppdrag å videreføre den nasjonale overdosestrategien. Gjennom strategien skal innsatsen mot overdosedødsfall forsterkes.

Norge har forpliktet seg til de globale målene som er satt av Verdens helseorganisasjon (WHO) for perioden 2010–2025, om å redusere for tidlig død som skyldes ikke-smittsomme sykdommer (NCD) med 25 prosent. Målet om reduksjon i for

¹⁴ Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse, 2023.

tidlig død er videreført i de globale bærekraftsmålene, med 1/3 reduksjon innen 2030 sammenlignet med 2010. Psykiske lidelser er inkludert i sykdomskategoriene.

I forbindelse med arbeidet med ny nasjonal NCD-strategi og integreringen av psykiske lidelser i NCD-arbeidet, utarbeidet Folkehelseinstituttet et forslag med indikatorer på sykkelighet og dødelighet knyttet til psykiske lidelser. Indikatorene på sykkelighet omfattet 30 dagers forekomst av angst og depresjon, og 30 dagers forekomst av alkoholbrukslidelse. Indikatorene på dødelighet omfattet selvmord, narkotikautløste dødsfall, og overdødelighet av ikke-smittsomme sykdommer blant personer med alvorlig psykisk lidelse. Det er besluttet at en ny helhetlig NCD-strategi skal legges fram.

Legeforeningen lanserte i januar 2023 rapporten *Bedre helse og lengre liv* med anbefalte tiltak for å øke levealderen blant personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Rapporten påpeker at pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og avhengighet har behov for særskilte tiltak og ekstra innsats for å få et likeverdig helsetilbud sammenlignet med den generelle befolkningen. For å oppnå en reell bedring av disse pasientenes fysiske helse, er det nødvendig å sette inn flere ulike tiltak på flere nivåer samtidig. Legeforeningen anbefaler en nasjonal satsing for bedre somatisk helse og lengre levetid ved alvorlig psykisk lidelse / rusmiddellidelse.¹⁵

Regjeringen vil bidra til å heve levealderen hos personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer gjennom å utarbeide en helhetlig plan med tiltak. Sentrale tiltaksområder vil være forebygging av somatiske helseproblemer, bedre utredning og diagnostikk av somatiske sykdommer, og bedre rutiner for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tiltak for økt fysisk aktivitet og å bedre levekår og livskvalitet skal også inngå i planen. Planen må også ses i sammenheng med innsatser for å forebygge unaturlig død hos denne gruppen. Som ledd i arbeidet har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide forslag til tiltak og virkemidler for å bedre tilgangen til diagnostisering, utredning, behandling og oppfølging av somatiske helseproblemer og lidelser for personer med samtidige rusmiddelproblemer og psy-

kiske lidelser, med vekt på kommunenes ansvar for gruppen.

Tiltak i en helhetlig plan som skal bedre levekår og livskvalitet, vil også omfatte tiltak for barn og unge med sammensatte behov, som barn i barnevernet. Det vil være nødvendig å utarbeide flere indikatorer for å følge med på resultatmålet om økt levealder blant personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. En viktig del av dette vil være å følge med på at barn i barnevernet som har behandlingstrengende psykiske plager eller lidelser, får psykisk helsehjelp. Se videre omtale av barn og unge og tilbud i barnevern i kapittel 4.4.2.

4.3 Sammenhengende tjenester og forløp

Regjeringen vil at pasienter skal oppleve helhetlige pasientforløp, der de ulike delene av tjenestene jobber godt sammen. Dette er spesielt viktig for personer med langvarige og sammensatte behov. Gjennom opptappingsplanen skal det også legges til rette for at tjenestene i større grad når mennesker med behov for integrerte og oppsøkende tjenester. Regjeringen vil blant annet videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester, som ACT/FACT og FACT ung.

4.3.1 Gode pasientforløp

Mange pasienter, brukere og pårørende opplever en fragmentert helse- og omsorgstjeneste. Målet er at pasientene skal oppleve helhetlige pasientforløp, der de ulike delene av tjenestene jobber godt sammen. Regjeringens hovedtiltak for samhandling og pasientforløp vil omtales i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det samarbeides godt mellom mange kommuner og helseforetak allerede. Det er likevel behov for ytterligere innsats, og for tiltak for å understøtte samhandling. Det er samhandlingsutfordringer både innad i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, samt innad i de enkelte tjenester og på tvers av sektorer. Godt koordinerte tjenester er viktig for alle med psykiske helseutfordringer, men ekstra viktig for mennesker med langvarige og sammensatte behov.

Pasientgrupper med sammensatte behov som trenger tjenester fra både kommune og sykehus, blir ikke godt nok ivaretatt. Det svikter i overgangene mellom tjenestenivåene, og kommuner og

¹⁵ Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse, 2023.

helseforetak planlegger ikke nok i fellesskap. Det er gjort flere forsøk på å standardisere og formalisere koordinering og samhandling, men fortsatt er det få av disse pasientene som får oppnevnt koordinator eller individuell plan.¹⁶ Koordineringsordningene og tiltak for å forbedre disse vil adresseres i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Slik er det ikke alltid i dag. Helsepersonell bruker verdifull tid på å lete etter riktig informasjon om legemidler eller sykdomshistorie, og helsepersonell må ofte ta valg basert på ufullstendig informasjon.

Staten har innen utvalgte områder etablert nasjonale e-helseløsninger (helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no). Disse bidrar i dag til samhandling i tjenestene. Erfaringen er at løsningene gir stor nytte og bidrar til sammenheng og helhet ved at helsepersonell får enklere tilgang til nødvendig informasjon, og ved at innbyggere får tilgang til enkle og sikre digitale tjenester.

Regjeringen ønsker å bygge videre på disse løsningene for å nå målene om helhetlig og effektiv samhandling og at det utvikles ny funksjonalitet som kan møte felles behov. For å dekke behovene for helhetlige tjenester framover, er det nødvendig å ta i bruk løsninger og funksjonalitet for samhandling innen flere områder. Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten vil være et sentralt tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, der regjeringen blant annet vil legge fram en helhetlig framstilling av e-helsepolitikken for de neste fire årene.

Innretningen av finansieringssystemene for helse- og omsorgstjenesten har betydning for tjenestetutviklingen og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. Det er behov for finansieringsordninger som understøtter bedre sammenheng mellom og effektiv bruk av de samlede ressursene. I arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan vurderes det hvordan finansiering som virkemiddel kan understøtte gode pasientforløp og samhandling mellom kommuner og sykehus. I forbindelse med dette arbeidet har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede hvordan finansieringsordningene bedre kan understøtte samhandling, samarbeid og et desentralisert tjenestetilbud. Sykehusutvalget har i sin NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*¹⁷ foreslått både endringer i finansierings-

ordningene for spesialisthelsetjenesten og innføring av et samhandlingsbudsjett for kommuner og helseforetak som kun utløses som et resultat av planer og prosesser i helsefellesskapene. Utvalgets rapport er på offentlig høring til 30. juni 2023, og forslagene vil vurderes inn mot Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

4.3.2 Integrerte tjenester og oppsøkende og utadrettede tilbud

Det har lenge vært en målsetting å vri virksomheten i psykisk helsevern fra behandling i døgnavdelinger til poliklinisk og ambulant behandling. Oppsøkende behandling anbefales for pasienter som helseforetakene ikke når på andre måter. Det har samtidig vært en betydelig satsing på å bygge ut de kommunale tilbudene innen psykisk helse og rus. Likevel tilbyr nesten 30 prosent av kommunene ikke oppsøkende tjenester til voksne med psykiske plager og lidelser eller samtidige psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer.¹⁸

Pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer er en gruppe som ofte trenger integrerte tjenester. Sammenlignet med pasienter uten kjent rusproblematikk har de større sannsynlighet for akuttinnleggelser og reinnleggelser, og de har kortere døgnopphold. De trenger også gjerne omfattende og langvarig hjelp fra flere aktører.¹⁹ Psykisk helse- og rusfeltet har vært tidlig ute med å tilby integrert behandling, og det finnes gode eksempler på modeller for integrerte tjenester.

Et hovedgrep i *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020–2023* var å opprette 19 helsefellesskap. Disse består av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Dette er en viktig arena for å sikre mer integrerte tjenester. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er en av fire grupper som skal prioriteres i helsefellesskapene.

Over mange år har det vært satsing på ACT (Assertive Community Treatment)- og FACT (Flexible Assertive Community Treatment)-team. Dette er tverrfaglige, ambulante team som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Evalueringer av

¹⁷ NOU 2023: 8.

¹⁸ Riksrevisjonen, 2021.

¹⁹ Innspill fra Helsedirektoratet til opptappingsplanen

¹⁶ Hustvedt m. fl., 2021.

Boks 4.3 Integrert behandling av ROP-lidelser

Integrert behandling av ROP-lidelser (IDDT) er et manualbasert verktøy for å hjelpe helse- og omsorgstjenestene med å yte integrerte tjenester. Manualen ble oversatt til norsk i 2022 og kan gi god hjelp til mange aktører for å gi mer sammenhengende og helhetlig hjelp.

både ACT-modellen og FACT-modellen i Norge konkluderer med at teamene gir et bedre tilbud til personer i målgruppen sammenlignet med det personene hadde tidligere.²⁰ Pasienter og pårørende er mer fornøyde, og det er betydelig reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten og i tvangsbruk. ACT- og FACT-teamene er et viktig skritt på veien for å gi mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Den forpliktende samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er det aller viktigste for modellens suksess i Norge. Det kan søkes om tidsbegrenset tilskudd til delfinansiering av etablering og drift av tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modellen og FACT-modellen. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) samarbeider nært med statsforvalterne, KORUS, de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og ulike brukerorganisasjoner om implementering av ACT- og FACT-modellene i Norge. Det er blant annet etablert nettverk og tilbys implementeringsstøtte. NAPHA og NKROP arbeider sammen for å videreutvikle og revidere både FACT-modellbeskrivelse og Etableringshåndboka (praktiske råd).

Det har vært en stor vekst i antall team, og det er nå etablert rundt 86 ACT/FACT-team i Norge. Enda flere team kan etableres.

Selv om tjenestenes erfaringer med ACT- og FACT-teamene er gode, finnes det flere utfordringer. Dette handler blant annet om barrierer for samarbeid, tilgang til fagpersoner, store avstander og finansiering av teamene.

Det har vært arbeidet med forbedringer, men det gjenstår fortsatt videreutviklingsoppgaver.

Det er viktig at barn og unge med langvarige og sammensatte utfordringer får hjelp tilpasset

Boks 4.4 FACT Lofoten

Kommunene Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes etablerte sammen med Lofoten og Vesterålen DPS i 2019 et FACT-team. Teamet er etablert som en forpliktende samhandling mellom tjenestenivåene. Per februar 2023 gir teamet et tilbud til 68 mennesker.

Målgruppen for teamet er lik hva som er beskrevet i FACT-modellbeskrivelsen. Ett av tilleggs-kriteriene er at tidligere hjelp har hatt begrenset effekt. Teamet erfarer at de kommer i kontakt med mennesker som har negative erfaringer med tidligere hjelp og at de klarer å tilby brukerne sammenhengende og helhetlige tjenester fra begge nivåer.

Teamet er tverrfaglig sammensatt med ansatte fra de to største kommunene og fra spesialisthelsetjenesten, mens de to minste kommunene betaler teamet for å motta tjenester. De ulike eierne finansierer sine stillinger i teamet.

FACT Lofoten kommer svært godt ut på målinger av modelltrofasthet. Dette til tross for at teamet er etablert i rural kontekst med lange avstander.

deres behov, og at tjenestene kan være på barnets og ungdommens arena. Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester viste at halvparten av kommunene ikke tilbyr oppsøkende tjenester til barn og unge med psykiske plager og lidelser.²¹

I forbindelse med *Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020–2023* ble det etablert tre pilotteam som skulle prøve ut FACT ung i norsk kontekst. FACT ung-team er tverrfaglig sammensatte team som skal gi integrert og langvarig behandling til ungdom i alderen 12–25 år som har funksjonssvikt innenfor områder som psykisk helse, skole, nettverk, arbeid, familie, rus, kriminalitet, seksualitet og avhengighet, og hvor man antar det er behov for langvarig og sammensatt innsats fra flere tjenester og nivåer.

Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har evaluert pilotene, og evalueringsrapporten ble publisert høsten 2022.²² Den viser at både de teamansatte, samarbeidspartnere, pårørende og de unge selv,

²⁰ Helsedirektoratet, 2015.

²¹ Innspill fra Helsedirektoratet til utfordringsbildet.

²² Nord-Baade, m. fl., 2022.

mener at FACT ung-tilbudet bør bestå og videreutvikles, og at flere bør få tilbud om FACT ung. For de unges erfaringer, se boks 4.5. Samtidig viste rapporten at det er forbedringsområder for implementeringen av modellen. I evalueringsrapporten blir det gitt konkrete anbefalinger for den videre utrulling av FACT ung. Arbeidet med å videreutvikle FACT ung er i gang. NAPHA har ansvar for koordinering og gjennomføring av opplæring og implementeringsstøtte for FACT ung-team. I dette arbeidet samarbeides det med andre kompetansesentre, og det er opprettet et nasjonalt implementeringsteam.

Det kan også søkes om tidsbegrenset tilskudd til delfinansiering av etablering og drift av FACT ung-team. Det er nå rundt 20 team, inkludert forprosjekter.

Regjeringen vil legge til rette for at tjenestene bedre når mennesker med behov for integrerte og oppsøkende tjenester. Dette innebærer blant annet å utrede ulike modeller for samhandling og

vurdere hvordan helsefelleskapene bedre kan settes i stand til å understøtte ønsket utvikling innen psykisk helse. Det skal ses på løsninger for lokale tilpasninger, i tråd med tillitsreformen. Den overordnede retningen for videre utvikling av samhandling fremmes i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og videre tiltak vil derfor konkretiseres utover i planperioden. For omtale av integrerte tjenester til barn og unge generelt, se kapittel 3.4.1.

Regjeringen vil videreføre og videreutvikle oppsøkende og utadrettede tjenester, som ACT- og FACT-team og FACT ung-team. I tråd med dette vil behov for justeringer i virkemidler for å understøtte integrert behandling i større grad vurderes, det vil legges til rette for at barrierer bygges ned, og det vil ses på hvordan regjeringen kan legge til rette for kontinuitet og forutsigbarhet i tilbudet.

4.4 Bedre tjenester til barn og unge med langvarige og sammensatte behov

Barn, unge og deres familier trenger et helhetlig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Noen møter på komplekse utfordringer som krever koordinerte, sammensatte og tilpassede løsninger. Regjeringen ønsker som del av opptappingsplanen å bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov blant annet gjennom å styrke arbeidet for bedre koordinering av tjenestetilbudet, å videreføre og fornye helsesatsingen for barn i barnevernet, og å øke kompetansen knyttet til gjenkjennelse/opdagelse av tidlige tegn på nevroutviklingsforstyrrelser og oppfølging av disse. Barn og unge under straffegjennomføring og barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer må også få god oppfølging og hjelp. Tilbudet til barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vil også følges opp i forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

Barn og unge har rett til medvirkning og tilpasset informasjon. Barns rettigheter skal ivaretas i beslutningsprosesser. Se omtale av vurdering av barns rettigheter og konsekvenser for barn i kapittel 3.4.1.

4.4.1 Barnekoordinator

Regjeringen er opptatt av at barn og deres familier skal oppleve god og helhetlig hjelp. Riksrevisjonen har påpekt at familier til barn og unge med

Boks 4.5 Erfaringer fra de unge i FACT ung-pilotene

- De unge er i hovedsak fornøyd med oppfølgingen fra FACT ung-teamene.
- Mange av de unge uttrykker at FACT ung-teamet gir bedre hjelp enn ordinære tjenester (BUP).
- Flertallet av de unge opplever god relasjon med teamets ansatte, og at de blir hørt og ikke gitt opp.
- De unge opplever at teamet møter dem på egne premisser og er løsningsorientert.
- De unge opplever at teamet er tilgjengelig, arenafleksibelt og har familiefokus.
- De unge opplever å ha reel medbestemmelse.
- De unge er i hovedsak fornøyd med samarbeidet mellom teamet og samarbeidspartnere, og teamet og foreldre. De unge har begrenset kjennskap til innholdet i samarbeidet.
- Flere av de unge opplever positive endringer i livet: mer mestring, mer deltakelse i skole, bedre relasjon og kommunikasjon med familien og å ha det bedre med seg selv.

Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2022.

funksjonsnedsettelse må ta et stort ansvar selv for å få hjelp og koordinere tjenestene.²³ Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator. Denne retten ble innført fra 1. august 2022. Fra samme tidspunkt ble det innført harmoniserte og styrkede regler om samordning og samarbeid mellom velferdstjenestene. Felles forskrift om individuell plan trådte også i kraft 1. august 2022. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet har utarbeidet en felles veileder til regelverkendringene. Barnekoordinator skal gjøre det enklere for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Koordinatoren skal sørge for at familien og barnet får et velferdstjenestetilbud som er koordinert og helhetlig, og at de får nødvendig informasjon og veiledning.

4.4.2 Barn og unge i barnevernet

Hvis et barn har det dårlig over lengre tid, kan det skade barnets helse og utvikling. Det er særlig langvarig stress som er skadelig for barna. Det kan føre til at barnet blir mer utsatt for sykdommer, både fysisk og psykisk. Et sentralt mål med barnevernsreformen, som trådte i kraft i 2022, er at kommunene skal komme tidligere inn med hjelp til barn og familier i risiko. Reformen understreker betydningen av tverrsektoriell tilnærming, både for å kunne fange opp problemene tidlig og på tiltakssiden. Tidlig innsats kan forebygge at saker utvikler seg til alvorlige barnevernssaker, noe som igjen vil redusere risikoen for utvikling av psykiske plager.

Barn med tiltak i barnevernet har et større omfang av helseplager enn andre barn, og det er betydelig overlapp mellom målgruppene for barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Nasjonale og internasjonale studier viser at både barn som mottar hjelpetiltak i hjemmet, og barn som bor i fosterhjem og institusjon, har forhøyet risiko for å utvikle psykiske helseproblemer.²⁴ Som blant annet Statens helsetilsyn har påpekt i rapporten *Omsorg og rammer* fra 2019, er det i barnevernsinstitusjoner vi også ser noen av de aller sykeste barna, ofte med utfordrin-

ger knyttet til selvskadning, spiseforstyrrelser eller rus, og ofte med flere behandlingsløp bak seg i helsesektoren, som ikke har ført fram.

Barnevernet erfarer at mange har utfordringer knyttet til selvskadning, spiseforstyrrelser eller rus. Disse barna har samme rett til nødvendig helsehjelp som andre barn, men gjennom flere år har det vært pekt på utfordringer i skjæringspunktet mellom psykisk helsevern og barnevern som fører til risiko for at barn i barnevernet ikke får nødvendig psykisk helsehjelp. De ordinære helse- og omsorgstjenestene og mål og tiltak for å styrke disse, blir grunnleggende for å sørge for at barn i barnevernet får tilgang til nødvendig psykisk helsehjelp ut fra sine hjelpe- og behandlingsbehov, herunder døgnopphold i psykisk helsevern for barn og unge når det anses nødvendig av helsemessige årsaker. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge løfter fram at spesialisthelsetjenesten sammen med førstelinjen, bør ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper, som barn under barnevernets omsorg. Uavklart omsorgssituasjon eller rusproblematikk skal ikke være avslagsgrunn for psykisk helsehjelp.

Det er behov for å styrke samhandling og kompetanse for å sikre at barn med slike sammensatte problemer får god hjelp. I tillegg har det vært behov for å iverksette enkelte særskilte tiltak for i større grad å fange opp og ivareta disse barnas behov. Samarbeid mellom helse- og barnevernssektoren er særlig viktig, især for barn i barnevernsinstitusjon som ofte har behov for samtidige tjenester fra begge sektorer. Gjennomgående er barnets tilbakemeldinger viktige, og barnets ønsker og behov for fleksibel og tilpasset hjelp skal imøtekommes. Dette forutsetter blant annet at tjenestene jobber sammen og ved siden av hverandre, slik at barn ikke opplever at de blir kasterballer mellom sektorene.

Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet har over tid samarbeidet om helsesatsingen i barnevernet for sammen å bidra til et bedre tilbud gjennom barneverntjenesten og tjenester til barn og unge med psykiske helseutfordringer. Blant tiltakene som er iverksatt, er nasjonalt forløp for barnevern, som har som mål at barn og unge i barnevernet blir kartlagt og utredet for eventuelle psykiske vansker og rusmiddelproblemer i helsetjenesten, slik at de kan få nødvendig helsehjelp ved behov. Forløpet er utvidet slik at også somatisk helse, seksuell helse og tannhelse blir kartlagt. Nasjonalt forløp skal være grunnmuren i satsingen for bedre helsehjelp til barn i barnevernet, og det beskriver

²³ Riksrevisjonen, 2021.

²⁴ Carr m.fl., 2020; Hafstad, 2021; Kaye m.fl., 2015; Lehmann, 2017.

ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten for barn og unge. Forløpet gir også råd om hvordan samarbeidet kan innrettes, slik at tjenestene sammen sikrer tidlig kartlegging og utredning av barn i barnevernet.

Barn som skal flyttes ut av hjemmet, kan tilbys tverrfaglig helsekartlegging gjennom tverrfaglige helsekartleggingsteam, som skal identifisere hjelpe- og helsebehov hos barna. Formålet er å gi barneverntjenesten tilstrekkelig kunnskap om barnets styrker og behov, slik at barnet får tilpasset omsorg og oppfølging i sitt nye hjem, og at barnet får nødvendig helsehjelp.

For å styrke samarbeidet er det i tillegg innført helseansvarlig ved alle barnevernsinstitusjoner, og de regionale helseforetakene har etablert barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge. For barn som har behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og samtidig har et stort behov for psykisk helsehjelp, er det etablert to omsorgs- og behandlingsinstitusjoner i Bodø og Søgne for barn mellom 13 og 18 år. Institusjonene er regulert i barnevernsloven, og personalet har både barneverns- og helsefaglig kompetanse. Dette institusjonstilbudet blir evaluert.

Barne- og familiedepartementet oppnevnte i juni 2022 et utvalg som skal utrede institusjonsbarnevernet og foreslå nødvendige endringer i tilbudet. Blant annet skal utvalget utrede hvilke rammer og hvilken kompetanse institusjonene må ha for å gi barna et godt omsorgs- og oppfølgings-tilbud. Utvalget skal også se på hva slags bistand som kreves fra andre viktige tjenester for barn og unge, slik som helsetjenester for dem som har psykiske lidelser. Utvalget skal levere sin utredning i oktober 2023.

Til tross for satsing gjennom flere år, viser nyere rapporter og en rekke saker i media at det fremdeles er store utfordringer på dette området. Regjeringen vil derfor videreføre, fornye og styrke helsesatsingen i barnevernet, med følgende mål og tiltak, slik at barn i barnevernet får helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud i samsvar med sine behov:

- tidlig innsats for å avdekke behov for helsehjelp, med vekt på tverrfaglig helsekartlegging, nasjonalt forløp og helsekompetanse i barnevernet.
- tettere oppfølging for å sikre at barn i barnevernet får oppfylt sine helserettigheter, med vekt

på godt samarbeid mellom barnevern, helsetjenester og andre relevante tjenester på en måte som bidrar til god tilgang til fastlege og andre kommunale tjenester for barn i barnevernet.

- utvikling av tjenester som er tilpasset barnevernsbarns behov for helsehjelp og stabilitet, med vekt på ambulante tjenester, forebygging av flyttinger, nasjonalt forløp, digitale tjenester, modeller for bedre koordinering av samarbeid og samhandling og økt kompetanse på barn og rus.
- bedre koordinering av innsatsen overfor barn med behov for hjelp fra ulike instanser, med vekt på varsling og samarbeid mellom helse- og barnevernssektoren, slik at tilpasset hjelp kan settes inn når det er fare for at barn i høy risiko ikke lenger får et forsvarlig tilbud.

4.4.3 Barn og unge under straffegjennomføring

Barn og unge som begår lovbrudd, har dårligere oppvekstkår, og har oftere vært i kontakt med barnevernet, enn andre på samme alder.²⁵ Sammenhengen er særlig tydelig for dem som begår gjentatt kriminalitet. Erfaringene med dem som gjennomfører de særskilte straffereaksjonene for aldersgruppen 15–17 år – ungdomsstraff og ungdomsoppfølging – er at de har store og sammensatte utfordringer, blant annet psykiske helseutfordringer, rusproblemer, volds- og aggresjonsatferd og skadelig seksuell atferd.²⁶ Samtidig er konfliktrådets erfaring at det kan være vanskelig å få riktig hjelp til ungdommene. Også rapportering fra Oslo kommune og Oslo politidistrikt viser at ungdommer som er registrert med gjentatt kriminalitet over flere år, har store utfordringer, men har ikke fått den hjelpen de har hatt behov for.²⁷ På denne bakgrunn er det, gjennom arbeidet i Kjernegruppe for utsatte barn og unge, gitt et særskilt oppdrag til Sekretariatet for konflikt-rådene, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet om å utrede hindringer for det tverrsektorielle samarbeidet og velferds-tjenestenes deltakelse under gjennomføringen av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. Utredningen vil foreligge høsten 2023 og vil anbefale tiltak og gi råd til departementenes videre arbeid.

²⁵ Oslo Economics, 2022.

²⁶ Andrews og Eide, 2019.

²⁷ Oslo kommune og Oslo politidistrikt, 2022.

4.4.4 Barn og unge med utviklingsforstyrrelser og samtidige lidelser

Barn med utfordringer har ofte sammensatte vansker. Symptomene kan derfor tilfredsstillende flere diagnoser i diagnosesystemene. Et helhetlig perspektiv er særlig viktig når det gjelder barn, og det er viktig å se somatisk og psykisk helse i sammenheng når hjelp gis.²⁸

Barn og unge med nevrouviklingsforstyrrelser er en sammensatt gruppe. Noen har i utgangspunktet lettere vansker, mens andre har omfattende vansker som krever tett oppfølging i et livsløpsperspektiv. Felles for disse barna er en sårbarhet som kan medføre alvorlige psykiske og somatiske følgevansker hvis de ikke får riktig tilrettelegging og hjelp. Det sammensatte tilstandsbildet krever tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og samordning. Disse barna og ungdommene kan ha behov for tilbud fra mange instanser i kommunen samtidig. Det er viktig at både skole, Nav og kultur- og fritidssektoren gir god og samordnet hjelp til disse barna og familiene for å sikre gode liv og forebygge utenforskap og psykiske plager og lidelser.

For å kunne gi barn og ungdommer med nevrouviklingsforstyrrelser et godt tilbud må det også settes inn tidlig, koordinert, tverrfaglig og kunnskapsbasert hjelp for å forebygge alvorlige vansker. Økt inkludering av barn med spesielle behov i det ordinære undervisningstilbudet fordrer kunnskap om hyppig forekommende tilstander, som nevrouviklingsforstyrrelser, i skole og barnehage.²⁹

Det er hyppigere forekomst av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingsforstyrrelser enn i befolkningen ellers, særlig den delen av målgruppen som har kognitiv funksjonsnedsettelse.³⁰ Disse har, på lik linje med andre, rett til nødvendig psykisk helsehjelp.

Det er et stort behov for å utvikle kompetanse og kapasitet på behandling av grunn- og tilleggs lidelser hos denne pasientgruppen. Variasjon i pasientgruppen medfører også at det er behov for mange ulike former for kompetanse for å imøtekomme enkeltpasienters behov for spesialisthelsetjenesten. Det er viktig med godt samarbeid mellom alle involverte instanser. Et samarbeid mellom psykisk helsevern, helse- og omsorgstjenester i kommunen og habiliteringstjenesten er

ofte nødvendig for å gi forsvarlig psykisk helsehjelp til pasientene. Økt kunnskap om tilstandene er også viktig i andre sektorer i kommunen, som kultur- og fritidssektoren. For å gi disse barna og ungdommene god hjelp ønsker regjeringen i planperioden å utrede tiltak for å øke kompetanse knyttet til gjenkjennelse av tidlige tegn og oppfølging av nevrouviklingsforstyrrelser i barnehage, skole og i tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt tiltak for styrket samarbeid om tiltak og behandling for gruppen.

Kunnskapsdepartementet har igangsatt et kompetanseløft i spesialpedagogikk og inkluderende praksis som skal bidra til at kommuner og fylkeskommuner får tilstrekkelig kompetanse til å forebygge, fange opp og følge opp alle barn og elever slik at de kan få et inkluderende og godt tilpasset pedagogisk tilbud i barnehage og skole. Det er Utdanningsdirektoratet som har ansvaret for oppbyggingen av kompetanseløftet i samarbeid med KS og Statped.

I NOU 2020: 1 *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom* fikk utvalget i oppdrag å beskrive behov og sentrale tjenestetilbud i et livsløpsperspektiv for disse gruppene. Utvalget skulle også vurdere dagens situasjon og foreslå hvordan tjenestene kan forbedres. Målet for oppdraget var å styrke det samlede tjenestetilbudet til gruppene og deres pårørende. Som oppfølging av utredningen har regjeringen gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide normerende produkter knyttet til autismespekterforstyrrelse og til Tourettes syndrom. Arbeidet med dette startet våren 2023.

4.4.5 Barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Regjeringen ønsker at barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer skal få god hjelp. Riksrevisjonen påpekte i sin undersøkelse av psykiske helsetjenester at ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer i mange kommuner ikke får et godt nok behandlingstilbud eller står uten et kommunalt tilbud.³¹ Nesten 20 prosent av kommunene mangler et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer, og nesten 40 prosent av kommunene opplyser at behandlingstilbudet til ungdom med samtidige psykiske plager/lidelser og rusmiddelproblemer ikke er godt nok.

En rapport fra Helsedirektoratet viser at det er behov for å tydeliggjøre hvem som har ansvaret

²⁸ Innspill fra Helsedirektoratet til opptappingsplanen.

²⁹ Innspill fra Helsedirektoratet til opptappingsplanen.

³⁰ Helse Sør-Øst RHF, 2021.

³¹ Riksrevisjonen, 2021.

Boks 4.6 Hjemmesykehus til barn og unge

Hjemmesykehus er et tilbud til barn og unge som trenger mer hjelp enn de kan få ved oppmøte i poliklinikk. Pasientene mottar behandlingen hjemme hos seg selv, sammen med familien.

Ved Oslo universitetssykehus er det etablert en arenafleksibel tverrfaglig enhet for ungdom, Front Ungdom hjemmesykehus. Målet er å gi ungdommer riktig hjelp til riktig tid. Front Ungdom fyller tomrommet mellom poliklinikk og døgnavdeling ved å tilby ungdommer og familier skreddersydd behandling. Ansatte reiser ut for å gi ungdommen hjelp hjemme og i kjente omgivelser. Front Ungdom er opptatt av å styrke ungdommens mestring av krisen i sitt naturlige

miljø, og ikke minst styrke foresattes evne til å ivareta ungdommen.

Ved Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet er det etablert et tilbud om hjemmesykehus for barn og unge med psykiske lidelser. Tilbudet retter seg særlig mot barn og unge i akutt krise, med tilstander som psykose, selvmordsrisiko, alvorlig utagering, selvskading eller spiseforstyrrelser, samt barn i alderen 0–6 år som er i risikozonen. Sykehusene har et nært samarbeid med tjenester i bydeler og kommunale tjenester, som barneverntjenesten, PPT, skoler, barnehager og avlastningstjenester, og behandlere ved poliklinikkene.

for å yte spesialisert rusbehandling til barn og unge i spesialisthelsetjenesten.³² Ifølge rapporten er det også behov for å utrede utredningsverktøy og behandlingsmetoder som er tilpasset barn og unge med rusmiddelproblemer, også ved samtidige tilstander. Direktoratets utredning peker på at det er organisatoriske barrierer som gir psykisk helsevern for barn og unge utfordringer med å arbeide arenafleksibelt og med systemet rundt disse barna. Helsedirektoratet peker blant annet på at det bør vurderes om finansieringen, herunder innsatsstyrt finansiering, understøtter tjenestene til å kunne jobbe mer helhetlig med denne gruppen og deres familier. Regjeringen vil følge opp rapporten i dialog med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Tiltak vil omtales nærmere i forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

4.5 Bedre tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov

Regjeringen vil styrke tilbudet til personer med langvarige og sammensatte tjenestebehov og legge til rette for helhetlige, samtidige og tverrfaglige tjenester fra ulike nivåer og sektorer. Det er behov for mer oppsøkende, sammenhengende, integrerte og fleksible tjenester i kommuner og helseforetak til personer med langvarige og sammensatte behov. Se også kapittel 4.3 for omtale av sammenhengende tjenester og forløp. Som del av

opptappingsplanen vil regjeringen videreutvikle modeller for forpliktende samhandling og integrerte tjenestetilbud for mennesker med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser) og støtte opp om implementering av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne. I tillegg vil regjeringen jobbe for et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov.

4.5.1 Samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblem

Regjeringen vil jobbe for at kvaliteten i tilbudet til mennesker med samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser) blir bedre. Pasienter og brukere med ROP-lidelser må få integrert behandling og oppfølging. De som tilbyr tjenestene, skal legge til rette for nødvendig samhandling. Målet er at pasientenes og brukernes ressurser støttes og tas i bruk på en slik måte at de får bedre helse og livskvalitet.

Mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser mottar behandling i psykisk helsevern, også for sine rusmiddelproblemer. Rusmiddelproblemer kan forsterke pasientenes utfordringer og har betydning for pasientenes tjeneste- og behandlingsbehov. Det er særlig utfordrende å få til sammenhengende og integrerte tjenester for personer som har både alvorlige psykiske lidelser og problematisk bruk av rusmidler. Pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusproblematikk har større sannsynlighet for akuttinnleggelses og

³² Helsedirektoratet, 2022a.

reinnleggelser og har kortere døgnopphold, sammenlignet med pasienter uten kjente rusmiddelproblemer.³³ De trenger omfattende og langvarig hjelp fra flere aktører. Oppfølging og behandling av somatiske tilstander er mangelfull. Det gjenspeiles i gruppens forhøyede risiko for økt sykelighet og tidlig død. Levealder omtales nærmere under kapittel 4.2.

Mennesker med ROP-lidelser har økt risiko for å utøve vold.³⁴ Psykiske lidelser og rusproblemer er også risikofaktorer for å utsettes for vold.³⁵ KORUS og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet kunnskapsmoduler om integrert behandling av rus og vold. Formålet er å øke kompetansen blant ansatte som jobber i tjenester til personer med psykiske helseutfordringer og rusproblemer, slik at man kan gi et mer helhetlig tjenestetilbud til personer med rus- og voldsproblemer.³⁶ For nærmere omtale av vold, se kapittel 3.8.

Helsetilsynet gjennomførte i 2017 og 2018 landsomfattende tilsyn med tjenestetilbudet til personer med ROP-lidelser.³⁷ Tilsynet omfattet både spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester, og avdekket at personer med ROP-lidelser ikke mottok tjenestene de hadde behov for, og at dette kunne få alvorlige konsekvenser for deres helse- og livssituasjon.

Regjeringen vil videreutvikle konkrete modeller for integrerte tjenester for pasienter med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og jobbe for å bedre sette helsefelleskapene i stand til å understøtte tjenesteutvikling for denne gruppen. Dette må ses i sammenheng med tiltak som fremmes i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Tilbudet til mennesker med ROP-lidelser vil også være tema i Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet.

4.5.2 Forebygging av tvang i psykisk helsevern

Hovedregelen ved all helsehjelp er frivillighet, uansett om hjelpen retter seg mot en somatisk, psykisk eller rusrelatert helseutfordring. I psy-

kisk helsevern får de aller fleste hjelp etter eget ønske og samtykke. I noen situasjoner er det behov for å gi omsorg og behandling selv om personen ikke vil ha hjelp eller ikke er i stand til å ta stilling til eget hjelpebehov. Tvang kan kun brukes når vilkårene i loven er oppfylt. Det kreves for eksempel at frivillige løsninger ikke har ført fram, eller at det må være åpenbart formålsløst å forsøke slike løsninger. Ved nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse kan tvungent vern etableres uavhengig av om personen er samtykkekompetent eller ikke. Statens plikt til å beskytte enkeltmenneskets og befolkningens liv og helse går i disse tilfellene foran hovedregelen om at helsehjelp skal være frivillig.

Det har kommet tilbakemeldinger om at vilkåret om manglende samtykkekompetanse kan ha hatt negative konsekvenser for pasientene det gjelder, samt pårørende og samfunnet for øvrig. Bekymringene handler blant annet om at lovendringen kan ha ført til økt tvangsbruk totalt sett, at de aktuelle pasientene blir sykere før de kommer til behandling, og at politiet i økende grad må bistå helsevesenet med å håndtere personer med alvorlige psykiske lidelser. Regjeringen har derfor oppnevnt et ekspertutvalg som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern. En innstilling fra utvalget er ventet innen 15. juni 2023. Ekspertutvalget ser nærmere på hva slags utfordringer regelverket har gitt for tjenestene, brukerne og pårørende.

Psykiatriske akuttmottak, døgnposter i DPS, og lokale og regionale sikkerhetsavdelinger behandler pasienter som har psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad. Omfanget av utagering, selvmordsfare, selvskading og voldsrisiko varierer mellom og innenfor behandlingsnivåene. Tilsvarende varierer behovet for tvangs- og sikkerhetstiltak. Samtidig vil også tilgjengelig lokal kompetanse på håndtering av aggresjonsproblematikk og annen grenseoverskridende atferd påvirke institusjonens forutsetninger for å løse krevende situasjoner uten maktmidler og forhindre at tvang blir eneste utvei. Det er godt faglig dokumentert at tvang kan reduseres betydelig dersom det jobbes målrettet og systematisk med forebygging. For å lykkes over tid med å begrense tvangsbruk kreves det systematisk og vedvarende arbeid på flere organisasjonsnivåer og mellom samarbeidende aktører. Det innebærer aktivt lederskap og at det utvikles kultur, organisering og kompetanse som fremmer frivillige løsninger.

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige råd for forebygging av bruk av tvang i psykisk

³³ Helsebiblioteket, 2018.

³⁴ Ose m.fl., 2017; Elbogen og Johnson, 2009.

³⁵ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u.å.

³⁶ Kompetanseutvikling rus og vold, 2022.

³⁷ Helsetilsynet, 2019.

helsevern for voksne. Disse er gjort gjeldende fra 1. mars 2022.³⁸ De faglige rådene skal være et hjelpemiddel for en mer enhetlig forståelse av hvordan bruk av tvang kan forebygges. Et sentralt mål med rådene er å redusere uønsket variasjon i bruken av tvang, samt å bidra til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet samarbeider med de regionale helseforetakene om å ta i bruk de nye rådene. Framover vil det være behov for å følge opp hvordan de faglige rådene er tatt i bruk i helseforetakene, herunder om foretakenes egne planer for forebygging og reduksjon av tvang er oppdatert i samsvar med de nasjonale føringene.

4.5.3 Bo- og tjenestetilbud

Gode boforhold og de grunnleggende behovene bolig dekker, er viktig for alle mennesker, jf. kapittel 2.4, også de med langvarige og sammensatte behov. Regjeringen vil i planperioden jobbe for at mennesker med langvarige og sammensatte behov får dette grunnleggende behovet dekt. Dette handler om å jobbe for et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov, samt vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes for å oppnå det. Arbeidet bør inkludere løsninger for pasienter som er underlagt tvang etter lov om psykisk helsevern og personer som står i risiko for å utøve vold. Det bør også ses i sammenheng med tiltak for personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern, og inkludere utredning av bemannede botilbud og tilbud som gir bedre bruk av tilgjengelige ressurser fra begge nivåer. Arbeidet må ses i sammenheng med tiltak under kapittel 4.7 om gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren og vil skje i samarbeid med Kommunal- og distriktsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Bostedsløshet

Selv om de fleste bor godt i Norge i dag, gjelder ikke dette alle. Bostedsløse er den aller mest sårbare gruppen i den sosiale boligpolitikken. I Norge defineres bostedsløse som personer som ikke disponerer en egen bolig og er henvist til tilfældige og midlertidige botilbud, personer som bor midlertidig hos venner, kjente eller slektninger, personer som skal skrives ut fra institusjon eller kriminalomsorgen innen to måneder og er uten bolig, og personer som sover ute. Midlertidige botilbud kan for eksempel være hospits, pen-

sjonat eller campinghytter. Bostedsløshet er blitt kartlagt gjennom egne undersøkelser hvert fjerde år siden 1996.³⁹ Den siste kartleggingen ble gjennomført i 2020. Da var rundt 3 300 personer bostedsløse. En av fire bostedsløse, 749 personer, hadde mindreårige barn, og 112 av disse var bostedsløse sammen med barna sine, minst 142 barn. Kartleggingen viste at tolv prosent av alle bostedsløse var på institusjon og seks prosent i kriminalomsorgen. 798 personer med ROP-lidelser var bostedsløse i 2020. Dette utgjør 24 prosent av alle bostedsløse. Personer med ROP-lidelse er oftere kastet ut av boligen sin sammenlignet med andre bostedsløse og de er oftere i behandling.⁴⁰ To av tre i denne gruppen har vært tilbakevendende bostedsløse over flere år eller mer enn et halvt år. Ny boligsosial lov, jf. kapittel 2.4, kan bidra til at flere vanskeligstilte får nødvendig hjelp og at nivået på den boligsosiale bistanden blir mer likeverdig mellom kommuner.

Ifølge Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, opplever 16 prosent av kommuner at boligsituasjonen til målgruppen innen psykisk helse er dårlig eller svært dårlig. De vanligste utfordringene oppgis å være boliger til personer med samtidig rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser), for lite differensiert botilbud og mangel på bolig/bofellesskap der brukeren har nødvendig tilgang til personell.⁴¹ Personer med rus- og psykiske lidelser kan trenge hjelp til å mestre å bo i egen bolig, for eksempel råd, veiledning, praktisk bistand eller opplæring. For personer med ROP-lidelser er samordning av tjenester særlig viktig.⁴² Se kapittel 4.5.1 for nærmere omtale av tjenestetilbudet til disse.

Tilpassede boliger til mennesker med omsorgsbehov

Mennesker med langvarige og sammensatte behov bør ha tilgang på boliger tilpasset deres behov. Arbeidet med å bedre tilgangen til tilpassede boliger til mennesker med omsorgsbehov adresseres også i stortingsmeldingen om «bo trygt hjemme»-reformen. Reformen er avgrenset til eldre, men flere av tiltakene i reformen vil gjelde for hele befolkningen, og ha relevans for mennesker med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk. For noen mennesker med langvarige og sammensatte behov kan boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester være en løsning, jf.

³⁹ Dyb og Zeiner, 2021.

⁴⁰ Dyb og Zeiner, 2021.

⁴¹ Ose og Kaspersen, 2022.

⁴² Helsetilsynet, 2019.

³⁸ Helsedirektoratet, 2021b.

Boks 4.7 Ljabruveien bo- og behandlingssenhet

Ljabruveien bo- og behandlingssenhet består av ti nybygde og spesialtilpassede boliger for rusavhengige menn med alvorlige psykiske lidelser og lang historikk med utfordrende atferd knyttet til vold, trusler og skadeverk.

Boligene er tilknyttet en døgnbemannet personalbase. Tiltaket tilbyr, i samarbeid med bydel og spesialisthelsetjeneste, bistand for å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon, og en mulighet til å kunne bo i egen bolig over tid.

De samlokaliserte boligene skal legge til rette for et trygt og godt bomiljø, og ivaretar både privatlivet og sikkerheten til den enkelte beboer.

Personalgruppen har stort fokus på både trivsel og sikkerhet, og bygningsmasse med personalbase er bygget med tanke på målgruppen.

Kilde: Oslo kommune, 2023.

helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser, som forvaltes av Husbanken, skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, uavhengig av beboerens alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse. Investeringsstilskuddet er tilrettelagt slik at kommunene, i tillegg til å øke antallet heldøgns omsorgsplasser, også kan erstatte, renovere og oppgradere allerede eksisterende bygningsmasse. Regjeringen vil bidra til å gjøre investeringsstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser kjent blant norske kommuner, for å stimulere til flere boliger til personer med rusproblemer og/eller psykiske problemer.

Helsedirektoratet har i forbindelse med arbeidet med forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet fått i oppdrag å kartlegge omfang og type døgntilbud som kommunene yter til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og å vurdere om det ivaretar ulike gruppers behov. Oppdraget vil også være relevant for arbeidet som følger av opptappingsplanen.

Bo- og tjenestetilbud til personer med forhøyet volds- og sikkerhetsrisiko

I innspill til opptappingsplanen rapporterer mange kommuner om utfordringer knyttet til å skaffe tilpassede boliger, spesielt for dem med omfattende tjenestebehov og voldsproblematikk. Dette inkluderer de som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Brukere og pasienter med volds- og utageringsproblematikk er en mindre gruppe, som har behov for særlig tilpassede og samtidige helse- og omsorgstjenester. De er ofte blant de vanskeligstilte på boligmarkedet, både når det gjelder å finne egnet bolig, og når det gjelder å opprettholde boforholdet over tid.⁴³ Utfordringer knyttet til utskrivningsprosesser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig voldsproblematikk er beskrevet i flere rapporter de senere årene.⁴⁴ Pasientpopulasjonen har omfattende utfordringer og komplekse behov, og det beskrives i økende grad at både spesialisthelsetjenesten og kommunene strever med å gi et adekvat sikkerhets-, behandlings-, og omsorgstilbud.

I 2020 ble det gjennomført en kartlegging av pasienter og utskrivningsprosesser fra sikkerhetsavdelinger.⁴⁵ Kartleggingen viser at mange kommuner tar imot pasienter med sammensatte utfordringer fra sikkerhetspsykiatriske avdelinger og at det er en økning i antall utskrivelser. Funnene peker på komplekse og sammensatte behov hos pasientgruppen, og på utfordringer for kommunene som skal motta dem. Det handler om lovverk, økonomi, kompetanse, kultur for samhandling og om å danne en felles forståelse for utfordringsbildet mellom alle involverte.

Rapporten belyser hvilke tiltak som kan ha betydning for bedret rettssikkerhet og livskvalitet for pasientgruppen. Tiltakene knytter seg til boligformer som ivaretar pasientgruppens behandlings- og omsorgsbehov og deres rettssikkerhet knyttet til frihetsbegrensninger og bruk av tvang, samtidig med at hensynet til samfunnsvernet ivaretas.

Fafo ga i februar 2023 ut rapporten *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv*.⁴⁶ Rapporten drøfter kommunenes utfordringer med å gi forsvarlige tjenester til personer som skrives ut fra psykisk helsevern / sikkerhetspsykiatrien for gjennomføring av tvun-

⁴³ Helsedirektoratet, 2014.

⁴⁴ Hansen m.fl., 2023.

⁴⁵ SIFER, 2020.

⁴⁶ Hansen m.fl., 2023.

gent psykisk helsevern utenfor døgninstitusjon (TUD), og hvor hensyn til samfunnsvern står sentralt.

Rapporten viser at kommunene gir tjenester til en sammensatt gruppe brukere med alvorlige psykiske lidelser, ofte samtidige rusproblemer, og hvor det er en vurdert forhøyet volds- eller sikkerhetsrisiko. Ulike tjenesteområder i kommunen er involvert i å følge opp målgruppen. Personene i denne gruppen, befinner seg ofte i et grenseland mellom kommunens tjenesteansvar og spesialisthelsetjenestens. De har ofte samtidig behov for de ulike virkemidlene som spesialisthelsetjenesten og kommunen kan tilby. Kommunen har ansvar for bo- og tjenestetilbud, men kommunale tjenester er basert på at innbyggerne frivillig ønsker å motta dem. Rapporten viser at kommuner og spesialisthelsetjenesten ofte kan ha ulik forståelse og vurdering av pasienters behov, og begrenset kjennskap til hverandres kontekst og rammer. Det kan være uenighet om både pasientens situasjon og behov, hva som er et egnet og godt tilbud, og hvem som har ansvar for å gi nødvendige tjenester, behandling og oppfølging. Begrenset døgnkapasitet i psykisk helsevern skaper press på utskrivning av pasienter og høyere terskel for innleggelse.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å lage en overordnet plan for sikkerhetspsykiatri. Helseforetakene skal blant annet vurdere behovet for langvarig forsterkede botilbud i samarbeid med kommunene og om det kan være hensiktsmessig å etablere tverrfaglige ambulante team for å ivareta personer som utgjør en sikkerhetsrisiko.

4.6 Riktig bruk av legemidler

Legemidler kan ha en viktig plass i behandlingen av psykiske lidelser, spesielt ved mer alvorlige tilstander. Når det er behov for psykofarmaka, bør dette være en del av et helhetlig behandlingsforløp. Regjeringen vil bidra til å fremme riktig bruk av legemidler.

Bruken av legemidler for behandling av psykiske lidelser øker. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at rundt 390 000 nordmenn fikk utlevert minst ett legemiddel av typene antidepressiva og antipsykotika i 2021.⁴⁷ Antidepressiva er mest brukt, men også bruk av antipsykotika øker. Antall brukere av sovemidler og beroligende lege-

midler per 1000 innbygger er tilnærmet uendret de siste årene.

For flere av de mest brukte legemidlene for behandling av depresjon eller psykose, kan det være genetiske forhold som påvirker kroppens omsetning av virkestoffet. Persontilpasset medisin kan her bidra til optimal legemiddelbruk hos den enkelte pasient. Senter for psykofarmakologi ved Diakonhjemmet sykehus har over de siste 20 årene utviklet og innført farmakogenetiske analyser for presisjonsdosering av psykofarmaka. De genetiske undersøkelsene bidrar til økt treffsikkerhet i valg av legemiddel og dose til den enkelte pasient. Regjeringens strategi for persontilpasset medisin (2023–2030) har som visjon at persontilpasset medisin er en integrert del av forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging i helsetjenesten med mål om bedre helse og mestring gjennom livet. Et tiltak i strategien er at Helsedirektoratet skal vurdere behovet for anbefalinger knyttet til farmakogenetiske analyser. Dette skal særlig bidra til å møte behovene for slike anbefalinger i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Flere studier peker også på en økning i totalbruken av psykofarmaka i aldersgruppen 0–17 år over den siste tiårsperioden i Norge, særlig blant unge jenter.⁴⁸

Det er begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser bruk av psykofarmaka kan ha hos barn og unge på kort og lengre sikt. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygt. Kompetansenettverket har fått i oppdrag å etablere og drifte et nasjonalt legemiddelnettverk innen barne- og ungdomspsykiatri. Nasjonalt kompetansenettverk for psykofarmaka til barn og unge (psykofarmakanettverket) startet opp i januar 2022 og består av en tverrfaglig gruppe med farmasøyer og spesialister i barne- og ungdomspsykiatri fra ulike helseforetak.

Nasjonale faglige råd for bruk av psykofarmaka til barn og unge ble publisert i september 2022. Rådene skal blant annet bidra til at det bare er barn og unge med nødvendig indikasjon som får psykofarmaka, og at behandlingen blir fulgt opp systematisk og avsluttet ved manglende effekt eller ved store bivirkninger.

I nasjonale pasientforløp er det anbefalinger om hvordan man skal følge opp bruk av legemidler, og konkrete råd for oppfølging ved bruk av antipsykotika.⁴⁹ Legeforeningen har utarbeidet

⁴⁷ Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet, 2021.

⁴⁸ Bang m.fl., 2022.

⁴⁹ Helsedirektoratet, 2018a; 2018b.

råd for nedtrapping og seponering av antipsykotika.⁵⁰

Medisinfrie behandlingstilbud

Medisinfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern kom på plass i alle helseregioner i 2017, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen for satsingen var et tydelig kommunisert behov fra brukerne om å få et alternativ til den tradisjonelle, medisinbaserte behandlingen i psykisk helsevern. Tilbudet hjelper mennesker til å oppnå bedre psykisk helse uten bivirkningene som følger av medisin, eller til å klare seg med lavere doser. Det er dermed et viktig bidrag til økt egenmestring, samt redusere unødvendig bruk av psykofarmaka.

Evalueringsene fra Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT) viser at tilbudet langt på vei har svart til brukernes forventninger med hensyn til å få hjelp til nedtrapping eller til å avslutte behandling med psykofarmaka. Andre former for terapi (for eksempel samtaleterapi, gruppeterapi, musikk- og kunstterapi og dyreassistert terapi) og støttetiltak, kan bidra til bedre funksjonsevne og mindre plager av eventuelle bivirkninger fra medisin.

KBTs siste rapport viser at det har vært stor variasjon i implementering av de legemiddelfrie tilbudene, og at mye gjenstår for å gjøre tilbudene tilgjengelige på lik linje med andre tilbud innen psykisk helsevern.⁵¹ De medisinfrie tilbudene oppleves, ifølge rapporten, som vanskelig tilgjengelig for brukerne. Dette handler dels om manglende informasjon om at et slikt tilbud finnes og hva alternativene til medisiner innebærer. Medisinfrie behandlingstilbud har en naturlig plass i en moderne, pasientrettet psykisk helsetjeneste. Den videre utviklingen av tilbudet bør skje i nær dialog mellom fagmiljøene, brukerne og pårørende.

4.7 Gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren

Mange innsatte eller personer som er dømt til behandling eller tvungen omsorg, har komplekse og sammensatte psykiske lidelser eller utviklingshemming som stiller krav til tilrettelagte soningsforhold og oppfølging av helseutfordringer. Regjeringen vil legge til rette for gode og samordnede tilbud fra helse- og justissektoren som skal bidra

til å bedre den enkeltes livssituasjon og helse, samtidig som samfunnsvernet ivaretas.

4.7.1 Dom til tvungen behandling

Dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg er strafferettslige særreaksjoner (straffeloven § 62 til 65). De to særreaksjonene kommer i stedet for fengselsstraff for personer som var utilregnelige da lovbruddet ble begått.

Det har vært betydelig økning i antall dømte til behandling de siste årene, særlig fra 2020 fram til i dag.⁵² Se figur 4.2 og 4.3. Økningen sammenfaller med endringen i vilkårene i straffeloven for å idømme overføring til tvungent psykisk helsevern, som trådte i kraft i oktober 2020. I enkelte områder er økningen meget stor og gir kapasitetsproblemer. Dersom trenden vedvarer de neste ti årene, vil antallet domfelte i psykisk helsevern utgjøre 500–600 personer, nesten en dobling fra i dag, ifølge framskrivninger fra de regionale helseforetakene. Det vil være behov for en betydelig kapasitetsvekst for behandling og oppfølging for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern, dersom vilkårene for bruk av særreaksjon forblir uendret. Regjeringen vil om kort tid oppnevne et utvalg som blant annet skal evaluere ordningene med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg.

De fleste gjennomfører dom til tvungent psykisk helsevern i døgnavdelinger. Noen er i sikkerhetsavdelinger (regionale eller lokale), og andre i ordinære døgnavdelinger i sykehus eller DPS. Mange gjennomfører imidlertid også dommen uten døgnopphold.

Rapporter og tilsyn viser at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har betydelige utfordringer med å sikre gode og koordinerte tilbud til personer med sikkerhetsrisiko og samtidig ivareta samfunnsvernet.⁵³ Det er utfordringer knyttet til kapasitet, kompetanse, botilbud og samarbeid mellom politi og helse. Ved en fortsatt økning i antall dømte til behandling vil nåværende utfordringer forsterkes og ytterligere påvirke den generelle kapasiteten og personellbruken i tjenestene.

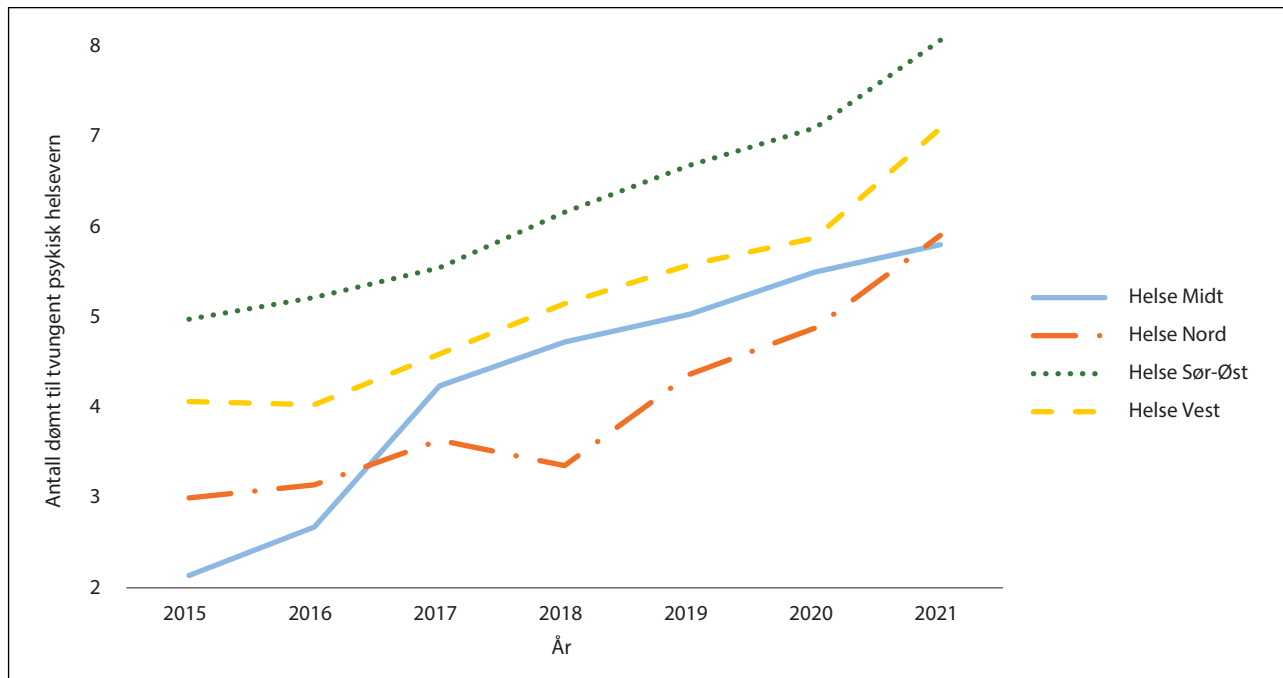
Helhetlige og stabile tjenester er nødvendige forutsetninger for å ivareta samfunnsvernet under gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Voksne uten lovlig opphold har imidlertid kun rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan

⁵⁰ Bramness m.fl., 2020.

⁵¹ Johansen m.fl., 2020.

⁵² Helse Sør-Øst, 2022.

⁵³ SIFER, 2020; Fafo, 2023.



Figur 4.2 Antall dømt til tvungent psykisk helsevern i perioden 2015–2021

Kilde: Helse Sør-Øst, 2022

vente. Særreaksjonsdømte som ikke har lovlig opphold i Norge, risikerer derfor å bli værende i døgntiltak i spesialisthelsetjenesten utover det som kan begrunnes med personens behov for behandling.

Med bakgrunn i en henvendelse fra Sivilombudet fikk Helsedirektoratet sammen med Utlendingsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, i oppdrag å foreslå praktiske løsninger innenfor dagens regelverk og systemer, for situasjoner der faglig ansvarlig behandler i institusjon i psykisk helsevern mener at en særreaksjonsdømt utlending uten oppholdstillatelse bør skrives ut fra døgninstitusjon innen psykisk helsevern. Rapporten ble levert i oktober 2022.

Per oktober 2022 var fem særreaksjonsdømte uten lovlig opphold fortsatt i døgninstitusjon i psykisk helsevern selv om faglig ansvarlig mente at de var utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Det vil si at de av hensyn til progresjon i behandlingen burde vært overført til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Hovedkonklusjonen fra Helsedirektoratet er at det innenfor dagens regelverk ikke vil være mulig å sikre at særreaksjonsdømte uten lovlig opphold skrives ut av døgninstitusjon når faglig ansvarlig mener det er riktig. Det foreslås likevel løsninger – innenfor dagens regelverk – som kan avhjelpe situasjonen fram til retur. Helse- og omsorgsdepartementet vil, i samarbeid med Justis- og beredskapsdeparte-

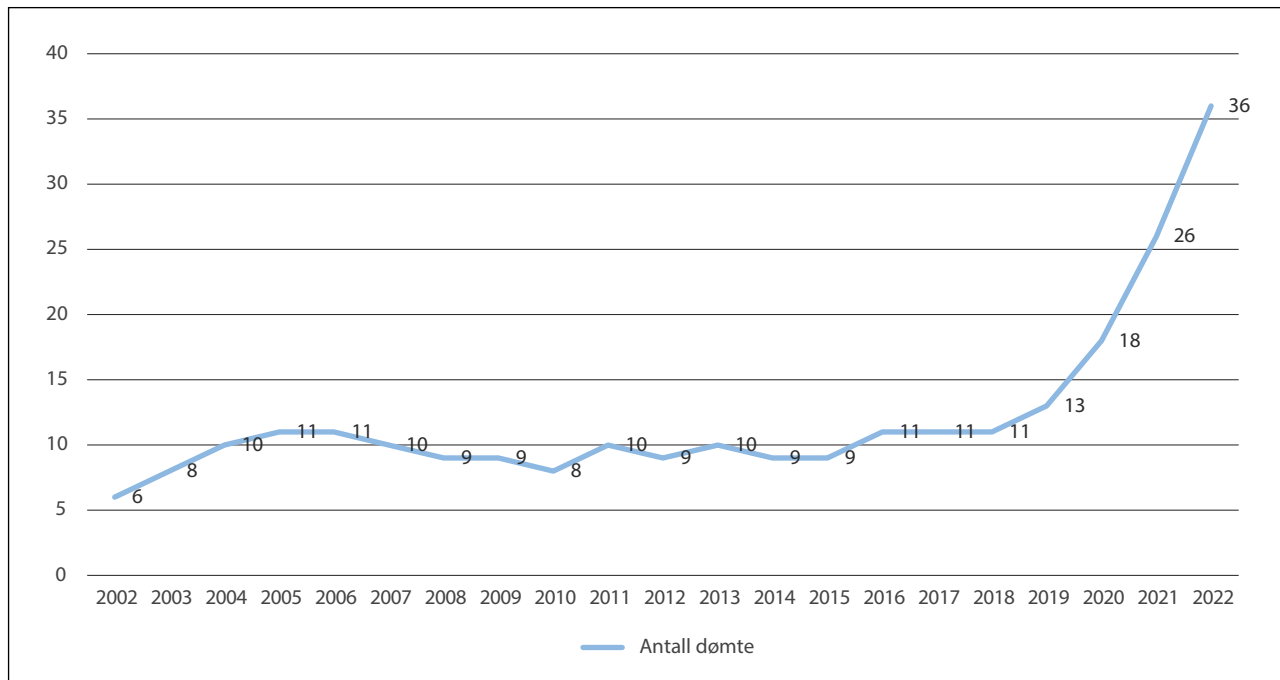
mentet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, ta stilling til hvordan utredningen bør følges opp.

Det er behov for tiltak både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og i samarbeidet mellom disse framover for å møte veksten i antall dømte.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2022 de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvungent psykisk helsevern. Rapporten skal etter planen ferdigstilles sommeren 2023. Rapporten vil blant annet redegjøre for behovet for innhold, organisering og sammenheng i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet, med det formål å legge til rette for bedre pasientforløp i psykisk helsevern. Rapporten vil også ta for seg kapasitetsbehov, og føringer for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Rapporten vil være retningsgivende for videre veivalg for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.

4.7.2 Dom til tvungen omsorg

Tvungen omsorg er en strafferettslig særreaksjon som opprinnelig ble etablert for personer med høygradig psykisk utviklingshemming som har begått alvorlige lovbrudd mot andres liv, helse eller frihet (for eksempel seksuallovbrudd, ildspåsettelse, alvorlig vold, mv.). Det er opprettet en



Figur 4.3 Utvikling i antall dømte til tvungen omsorg i perioden 2002–2022

Kilde: Sentral fagenhet for tvungen omsorg, 2022.

nasjonale enhet med ansvar for gjennomføring av særreaksjonen. Sentral fagenhet for tvungen omsorg er lagt til St. Olavs hospital, Helse Midt-Norge RHF. Fagenheten har ansvaret for at alle dømte utredes i enhetens døgnavdeling. Når hensynet til den domfelte tilsier det og sikkerhetshensyn ikke taler imot, kan fagenheten inngå avtale om gjennomføring av omsorgen utenfor fagenheten, for eksempel i domfeltes hjemkommune. I tillegg til ansvaret for å ta imot dømte til tvungen omsorg etter §§ 63 og 64 i straffeloven, er fagenheten pliktig til å motta personer for gjennomføring av varetektsurrogat etter straffeprosessloven § 188 og/eller rettspsykiatrisk undersøkelse etter straffeprosessloven § 167.

Fra oppstarten i 2002 og fram til 2019 ble relativt få personer dømt til tvungen omsorg (inntil to personer per år). Siden 2020 har antall dømte økt sterkt. Flere personer er kommet inn i ordningen de siste tre årene enn totalt i perioden 2002–2019.⁵⁴ Hovedgrunnen til dette er endringer i reglene i straffeloven om skyldevne og vilkår for å idømme tvungen omsorg. Endringene ble iverksatt høsten 2020. Etter lovendringen er dom til tvungen omsorg ikke lenger forbeholdt psykisk utviklingshemmede. Også personer med symptomtunge psykiske lidelser, samt likestilte orga-

niske og somatiske tilstander som påvirker sinnet (for eksempel demens, alzheimer, hjerneskade og autismeforstyrrelser), kan dømmes til ordningen, dersom lovbruddet ifølge påtalemyndigheten og domstolen tilsier dette. Det er, til forskjell fra tidligere, overlatt til rettens skjønn å velge særreaksjon (dom til tvungent psykisk helsevern eller dom til tvungen omsorg) ut fra hva retten mener passer best i hvert tilfelle. I tillegg er den veiledende IQ-grensen for når en person skal anses å ha en høygradig psykisk utviklingshemming i straffelovens forstand, hevet fra 55 til 60.

Også når det gjelder dom til tvungen omsorg, har utviklingen satt ordningen under høyt press. Kapasiteten i sengeposten ved Sentral fagenhet for tvungen omsorg er overskredet, og Helse Midt-Norge RHF har blitt nødt til å ta i bruk sengeplasser i regional sikkerhetsavdeling. Det kan bli nødvendig å bygge ut det allerede nyoppførte sikkerhetsbygget ved St. Olavs hospital for å håndtere tilstrømmingen av nye dømte. Utviklingen i antall dommer har også medført en svært høy kostnadsøkning, med gjentatte overskridelser av bevilgningen til ordningen på statsbudsjettet. De administrative og økonomiske konsekvensene av å senke terskelen og utvide virkeområdet for dom til tvungen omsorg ble i liten grad utredet forut for lovendringene.

⁵⁴ Sentral fagenhet for tvungen omsorg, 2022.

4.7.3 Innsatte i fengsel

Forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte i norske fengsler er høyere enn i befolkningen for øvrig, og det er heller ikke uvanlig at de innsatte har flere psykiske lidelser samtidig. Studier viser stor grad av samsykelighet, og at 92 prosent av innsatte har en eller annen form for personlighetsforstyrrelse eller annen psykisk lidelse.⁵⁵

Mange innsatte i norske fengsler har derfor behov for helsehjelp. En del innsatte har allerede før de kommer i fengsel, komplekse og sammensatte psykiske lidelser eller utviklingshemming som stiller større krav til soningsforhold og god oppfølging av psykiske helseutfordringer.

Uten gode soningsforhold og tilstrekkelig helsehjelp øker risikoen for at den enkelte blir isolert, og mulighetene for rehabilitering til et liv uten kriminalitet svekkes. Dette er et felles ansvar for kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten.

Å begrense menneskers mulighet til å ha sosial kontakt med andre, er et omfattende inngrep i den enkeltes personlige integritet og autonomi. I tillegg kan begrensninger av menneskelig kontakt, mangelfullt tilbud om aktiviteter og meningsfullt fellesskap med andre – og i mange tilfeller hel eller delvis isolasjon – medføre både fysiske og psykiske helseskader. I hvilken grad fengslene legger til rette for sosial kontakt, fellesskap og aktiviteter, er derfor av vesentlig betydning for de innsattes psykiske og fysiske helse.

De siste årene er det rettet særlig kritikk mot norske myndigheter, med påpekning av at mange innsatte i norske fengsler er isolert. I juni 2019 leverte Sivilombudsmannen (nå Sivilombudet) en særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler (Dokument 4:3 (2018–2019)). I Innst. 172 S (2019–2020) ba Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité om at regjeringen iverksetter tiltak og fremmer forslag til Stortinget om nødvendige lovendringer for å følge opp anbefalingene fra Sivilombudsmannens særskilte melding. Sivilombudsmannen anbefalte forbedringer, som å lovfeste helsetjenestens oppfølgingsansvar ved isolasjon og bruk av sikkerhetscelle eller sikkerhetseng, og å sørge for at fengselshelsetjenesten får en felles faglig plattform. Endringer av straffegjennomføringslovens bestemmelser om utelukkelse fra fellesskapet, samt styrking av tilsynsordningen, var også blant anbefalingene. Både Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgs-

departementet arbeider med tiltak for å følge opp Sivilombudsmannens rapport.

Bruken av isolasjon i kriminalomsorgen har gått ned. Justis- og beredskapsdepartementet sendte forslag om endring i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel) på høring i februar 2023 med høringsfrist 1. juni 2023. Forslagene har til hensikt å avhjelpe problemene med isolasjon i fengsel, ivareta hensynet til innsatte og ansatte, og ivareta samfunnets behov for fengsler med god sikkerhet og god rehabiliterende effekt. Stortinget har vedtatt nye regler om tilsynsråd for kriminalomsorgen. Endringene omhandler nye regler for uavhengighet, oppnevning, myndighet og organisering, samt rettigheter og plikter under gjennomføringen av tilsyn.

Kriminalomsorgens bygningsmasse består av mange og relativt små fengselsenheter, og flere av dem er i dårlig teknisk stand og lite egnet for moderne fengselsdrift. Det er en betydelig utfordring at mange fengsler og avdelinger mangler egnede arealer for helse- og velferdstjenester og for fellesskap og aktivisering av innsatte. Det er en overordnet målsetting for kriminalomsorgen å legge til rette for at flest mulig innsatte, også de med psykiske lidelser, kommer seg ut i fellesskap og aktivitet med andre, eventuelt med tilpasninger av fellesskapsarealer.

Innsatte i fengsel har de samme rettighetene til helse- og omsorgstjenester som befolkningen ellers. Det er kommunen der fengselet ligger, som har ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester, mens helseforetaket har ansvaret for å tilby spesialisthelsetjenester. Kriminalomsorgen har ansvaret for å legge til rette for at innsatte kan motta nødvendige helsetjenester. Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel er sendt på høring med høringsfrist 2. juni 2023.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere stedlige spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i fengslene. Det er også gitt oppdrag til de regionale helseforetakene om å etablere nasjonale forsterkede tilbud til de aller sykeste innsatte ved Ila fengsel- og forvaringsanstalt for menn og ved Bredtveit fengsel- og forvaringsanstalt for kvinner. Det er viktig at de stedlige tjenestene og de forsterkede enhetene får drifte over tid med planlagte og anbefalte ressurser.

⁵⁵ Cramer, 2014.

Det er behov for å utrede hvordan innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og tilbakeføring til samfunnet. Regjeringen har besluttet at det opprettes et utvalg som skal utrede dette, samt evaluere reaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og dom til tvungen omsorg.

Kvinner utgjør et klart mindretall av domfelte og innsatte. Samtidig viser flere rapporter og undersøkelser at andelen med psykiske helseutfordringer er markert høyere for kvinner enn for menn.⁵⁶ Kvinnelige innsatte i fengsel er en særlig sårbar gruppe når det gjelder utsatthet for selvmord og selvmordsforsøk. I 2022 ble det gjennomført 95 selvmordsforsøk i fengsel, og majoriteten ble utført av kvinner.⁵⁷ Denne situasjonen er også noe Sivilombudet har påpekt i sin rapport Selvmord i fengsel fra 2023. Kriminalomsorgen har stor oppmerksomhet på å hindre selvmord i fengsel, og ved indikasjoner skal det utarbeides en tiltaksplan. Helsetjenesten skal informeres ved utarbeidelse av denne planen. Det kan også være aktuelt å plassere sårbare innsatte på egne forsterkede avdelinger i fengselet, dersom det er tilgjengelig.

Kvinner skal så langt det er mulig, gjennomføre fengselsopphold i egne fengsler eller i fengselsavdelinger som er tilrettelagt for kvinner. Det er behov for å vurdere hvilke særlige hensyn som må tas til kvinner i forbindelse med varetekt, straffegjennomføring eller ved gjennomføring av særreaksjon, og vurdere behovet for nye tiltak og løsninger som kan forbedre psykisk helse blant disse kvinnene.

Terskelen for å fengsle barn og unge er høy, og fengselsstraff skal tillates kun der dette er særlig påkrevet. De barna som blir idømt ubetinget fengsel, gjennomfører som hovedregel straffen ved en av de to særlig tilrettelagte ungdomsenhetene som er etablert under kriminalomsorgen. Unge innsatte har de samme psykiske helseutfordringene som andre innsatte, men er i tillegg særlig utsatt på grunn av sin alder. Ungdomsenhetene skal ha en tverrfaglig basisbemanning, og et tverretattlig team for å sikre deltakelse fra ulike etater. Når barn fyller 18 år underveis i straffegjennomføringen, overføres vedkommende i all hovedsak fra ungdomsenhetene til et ordinært fengsel. Det kan oppleves som en stor overgang, og det er risiko

for at gode tilbakeførings- og rehabiliteringsløp stopper opp. Det er etablert tverrfaglige ungdomsteam ved flere fengsler for å gi aldersgruppen 18–24 år en forsterket oppfølging. Det er i tillegg behov for tverrsektorielt samarbeid og lokalt tjenestetilbud, men det varierer hvor godt dette fungerer. Gjennom Kjernegruppe for utsatte barn og unge arbeides det derfor med et felles oppdrag til berørte direktorater om å utrede hindringer og muligheter for tverrsektorielt samarbeid og velferdstjenestenes deltakelse før, under og etter straffegjennomføring for aldersgruppen 18–24 år.

4.7.4 Ansvar ved transport av personer med psykiske lidelser

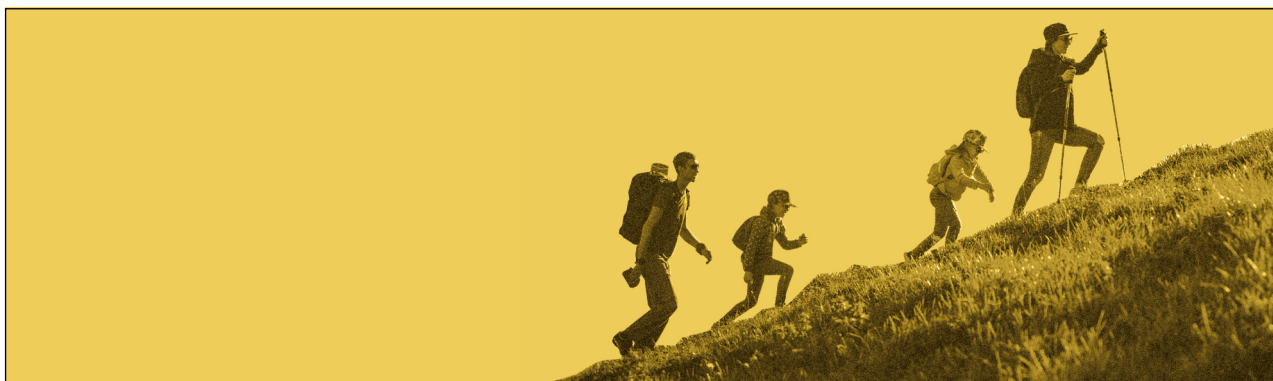
I noen tilfeller har helsetjenesten behov for bistand fra politiet ved transport av personer med psykiske lidelser. Slik bistand kan for eksempel innebære å bringe personer til tvungen legeundersøkelse eller bringe personer videre til psykisk helsevern. Det er et krav om at transportbistand fra politiet skal være nødvendig, og det er helsetjenesten som vurderer og tar stilling til om det skal anmodes om bistand, og nødvendigheten av bistanden. De siste årene er det gjennomført flere tiltak regionalt og lokalt for å øke kompetanse og samhandling mellom aktørene som møter pasientene i ulike deler av forløpet, herunder med politiet. Samarbeidet fungerer godt mange steder. Samtidig viser erfaringer at politiet enkelte ganger opplever å bli brukt for ofte, og at helsetjenesten noen ganger erfarer at det er vanskelig å få bistand fra politiet.

Helsedirektoratet har, sammen med Politidirektoratet, fått i oppdrag å revidere rundskrivet om *Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke*. En målsetting i samarbeidet er å løse ansvarsoppgavene på en minst mulig inngripende måte og til det beste for disse personene. Revidert utgave skal blant annet presisere nærmere når det er behov for bistand fra politiet, for eksempel i forbindelse med transport, og når helsetjenesten selv kan ivareta dette. Det reviderte rundskrivet planlegges ferdigstilt sommeren 2023. Det legges opp til en bred implementering av det reviderte rundskrivet.

Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester hvor det også er naturlig å omtale eventuelle problemstillinger knyttet til transport av pasienter med psykiske lidelser.

⁵⁶ Bukten m.fl., 2016.

⁵⁷ Kriminalomsorgsdirektoratet, 2023.



Figur 5.1

5 Økonomiske og administrative konsekvenser og resultatoppfølging

Regjeringen foreslår å øke bevilgningene til psykisk helse med 3 mrd. kroner i perioden 2023–2033. Dette innebærer en permanent styrking til et nytt nivå. Økte bevilgninger til enkelttiltak tar forbehold om prioritering i de årlige budsjettprosessene.

Som et ledd i satsingen er det for budsjettåret 2023 bevilget 150 mill. kroner til nye og styrkede tiltak relatert til opptappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Det er også øremerket 150 mill. kroner til styrket døgnbehandling innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne av den økte grunnfinansieringen for sykehusene.

Opptappingsplanen er en dynamisk plan som tar utgangspunkt i de overordnede resultatmålene. Flere av tiltakene som foreslås i planen, krever ytterligere utredning og vil ta tid å planlegge, kostnadsberegne og gjennomføre. I utredningene vil blant annet konsekvenser for etterspørsmål etter personell det er knapphet på, vurderes. Planen kan dermed også tilpasses utviklingen og bygge på den til enhver tid mest oppdaterte kunnskapen om behov for tjenester og folkehelse-tiltak. Tiltak i planen vil konkretiseres og fremmes i de ordinære budsjettprosessene. Stortinget kan dermed ta stilling til konkrete tiltak og innfasingshastighet underveis i planperioden. Status og framdrift i planen presenteres årlig i Prop. 1 S.

Kostnadene ved å følge opp resultatmålet om tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud anslås å være i intervallet 900–1100 mill. kroner. Beregningene tar utgangspunkt i erfaringer med tilbudene Rask psykisk helsehjelp og Ungarena. Ifølge Sintefs rapport IS 24/8 om årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, mangler 11 prosent av kommunene et lavterskeltilbud til barn og unge, mens 20 prosent angir å ha et delvis tilpasset tilbud til målgruppen. For Rask psykisk helsehjelp er det 268 kommuner som ikke har et slikt tilbud i dag. Kostnadene ved å etablere nye Ungarena-tilbud ligger i intervallet 2–3 mill. kroner per tjeneste, mens det for Rask psykisk helsehjelp anslås en kostnad på om lag 6 mill. kroner per team. For å kunne etablere slike tilbud vil mange kommuner måtte gå sammen, eller benytte andre modeller, siden modellene det tas utgangspunkt i, forutsetter befolkningsgrunnlag på 15 000 til 20 000. Kostnadsvurderingen tar utgangspunkt i at det er behov for å etablere 15 nye tilbud for barn og unge, og om lag 140 nye tilbud for voksne. I tillegg er det behov for å videreutvikle tilbudet til barn og unge tilsvarende 20 nye tilbud.

De økonomiske konsekvensene av et mål om at barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge, tilbys vurderingssamtale, anslås til om lag 30 mill. 2023-kroner (for barn og unge opp til 18 år). Anslaget baserer seg på beregninger fra de regionale helseforetakene. Det er

lagt til grunn at innføring av vurderingssamtale innebærer at om lag 8500 nye pasienter tas inn til samtale i psykisk helsevern barn og unge, og at det må påregnes økt samarbeid med kommunene for å avklare riktig hjelpetilbud. Det innebærer imidlertid ikke at 8500 flere går videre i pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Foreløpige erfaringer fra for eksempel BUP Øvre Romerike viser at en del blir avsluttet etter vurderingssamtale, mens andre blir vurdert til å ha behov for spesialisthelsetjenester og andre får et videre tilbud i kommunen. Departementet anslår at å ta inn alle til samtale vil kreve om lag 30 ekstra årsverk, til en kostnad på om lag 1 mill. kroner per årsverk. En utvidelse av målgruppen for vurderingssamtale til 25 år vil øke de økonomiske konsekvensene.

Mange av tiltakene som foreslås, vil ha positive samfunnsøkonomiske konsekvenser langt utover helse- og omsorgstjenestene. Dette er imidlertid gevinster det er krevende å tallfeste med det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag. Psykiske lidelser bidrar til helsetap allerede fra tiårsalder. Det er ingen sykdomsgruppe som gir større helsetap eller medfører større kostnader knyttet til uføretrygd enn psykiske lidelser, og selv en liten reduksjon i andelen av unge som blir varig uføre, vil kunne ha betydelig effekt over livsløpet både for enkeltmennesket og for samfunnet.

Det er også krevende å beregne gevinstene av økt livslengde og livskvalitet for mennesker med alvorlig psykisk sykdom. NAPHA anslo i 2017 at om lag 26 000 brukere kunne anslås å være i målgruppen for oppfølging fra et FACT-team¹, og dermed ha behov for spesialisert, langvarig og sammensatt hjelp med alvorlig psykisk helse- og/eller rusproblematikk. Anslaget bygger på kommunenes rapportering i BrukerPlan, og er antallet brukere kommunene har kartlagt som har alvorlige psykisk helse- og/eller rusproblemer, og som samtidig skårer svært lavt eller alvorlig på funksjonsnivå. Det innebærer at minst 26 000 personer har alvorlige sammensatte psykisk helse- og/eller rusproblemer og vansker på de fleste livsområder. Holden-gruppen² brukte i sin samfunnsøkonomiske vurdering av smitteverntiltakene under covid-19-pandemien 1,4 mill. kroner som anslag på verdien av et ikke-kvalitetsjustert leveår. Dette anslaget bygget på Helsedirektoratets anbefalte beregningsmetodikk. Om man legger til grunn et lavt anslag for tapte leveår i gruppen av 26 000 mennesker på ti år per person, innebærer det

260 000 forventede tapte leveår. Bygget på disse forutsetningene kan man anslå verdien av tapte statistiske liv og leveår for mennesker med alvorlig psykisk sykdom og/eller alvorlig rusproblematikk til å være om lag 364 mrd. kroner.

Erfaringene fra evalueringen av ACT-teamene³ viser at mer tilpasset oppfølging reduserer bruken av døgnopphold med tvang betydelig, og hever livskvalitet. Det er imidlertid for tidlig å si noe om slike tiltak har konkrete effekter for levealder. Mer helhetlig og sammensatt hjelp vil uansett være avgjørende for å bedre den helsemessige oppfølgingen av både psykiske lidelser, rusmiddelproblematikk og somatisk uhelse.

Gevinster for de enkelte tiltak belyses i respektive avsnitt i planen. I arbeidet med å utrede konkrete tiltak både innenfor og utenfor helse- og omsorgssektoren vil det arbeides for å belyse gevinstene av tiltakene, og Stortinget vil få forelagt forslag til konkrete tiltak i de årlige budsjettprosessene fra 2024.

Virkemidler i planen

Regjeringen legger til grunn at mål og tiltak som er rettet mot kommunene, som hovedregel skal finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. Dagens kommunale utgifter knyttet til feltet for psykisk helse dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og en videre satsing gjennom kommunenes frie inntekter bidrar til forenkling og forutsigbarhet for kommunene. Frie inntekter stimulerer også til effektiv ressursutnyttelse i tråd med lokale behov, slik at kommunene kan se sine velferdsoppgaver i sammenheng, herunder integrere det kommunale arbeidet med psykisk helse inn i det ordinære tjenesteapparatet. Tilsvarende skal finansieringen av spesialisthelsetjenesten skje gjennom de årlige økonomiske oppleggene for helseforetakene. Enkelte prioriterte satsinger vil imidlertid kreve særskilt finansiering, blant annet for å gi bedre kunnskapsstøtte til tjenestene, utvikle og spre nye tiltak og modeller og stimulere til samhandling.

Resultatoppfølging

Helse- og omsorgsdepartementet vil som koordinerende departement fortløpende følge opp framdriften og resultatoppnåelsen i opptappingsplanen. For å sikre lav rapporteringsbyrde skal det så langt som mulig benyttes eksisterende

¹ Landheim m.fl., 2017.

² Ekspertgruppen for samfunnsøkonomiske vurderinger i forbindelse med koronavirusutbruddet, 2020.

³ Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2014.

datakilder for å følge med på planen. For å kartlegge innsatsen i kommunene, skal Helsedirektoratets skjema IS-24/8 benyttes. I tillegg vil tall fra Brukerplan, Ungdata mv. gi oss verdifull informasjon om situasjonen i kommunene og om brukerne og deres funksjonsnivå. Tilsvarende vil Norsk pasientregister og Samdata gi oss informasjon om utviklingen innen psykisk helsevern. Videre vil Husbankens rapporteringsrutiner benyttes til å følge opp kommunenes arbeid med å bidra til at flere med psykiske helseutfordringer får et godt sted å bo. For de fleste resultatmålene finnes det allerede etablerte indikatorer for oppfølging. Det må imidlertid utvikles nye indikatorer for tre av resultatmålene:

- Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus
- Mennesker med alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert
- Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling

I planperioden foreslås det å videreutvikle kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) slik at det kan inkludere det kommunale tjenestetilbudet knyttet til psykisk helse og rus. Dette vil gi mulighet for kunnskapsutvikling og bedre kommunale tjenestedata for å følge med på utviklingen på feltet. Det er også behov for å videreutvikle Nasjonalt pasientregister (NPR) for å gi bedre og mer helhetlige forløpsdata.

Gjennomføring og evaluering

Det legges opp til en tiårig planperiode. Det vil bli etablert et eget evalueringsprogram. Evalueringen skal inkludere oppfølging av planens måloppnåelse på de spesifikke resultatmålene, i tillegg til brukeres og pårørendes erfaringer fra planperioden. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et evalueringsprogram fra 2024 for å følge effektene av opptappingsplanen etter hvert som denne gjennomføres. Evalueringen vil være en del av grunnlaget for å vurdere oppfølging og gjennomføring av tiltak i planperioden, herunder vurdere behovet for endringer eller justert virkemiddelbruk. Status, måloppnåelse og framdrift på tiltak skal rapporteres årlig til Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er viktig å gjøre planen kjent og bidra til utvikling av lokale planer på feltet for psykisk helse. Helsedirektoratet vil derfor, i samarbeid med statsforvalterne, få i oppdrag å sikre erfaringsutveksling og spredning av gode eksempler. Forankring av opptappingsplanen i kommunale, administrative og politiske organer er sentralt for gjennomføring og måloppnåelse. Statsforvalterne skal gjennom råd og veiledning og sine kontaktpunkter med kommunene, understøtte kommunene i planlegging og utvikling av psykisk helsearbeid i planperioden.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet
9. juni 2023 om Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) blir sendt Stortinget.

Litteraturliste

- Ambrosi, C., Zaiontz, C., Peragine, G., Sarchi, S., & Bona, F. (2019). Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*, 19(1), 55-64. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psyg.12367>
- Arbeids- og velferdsetaten. (2023). AAP, nedsatt arbeidsevne og uføretrygd – statistikk.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet. (2021). *Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse (IS-3023)*. https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/Strategi%202021%20E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf/_/attachment/inline/5a1a73df-bed0-4d3c-890f-ff15839ed62a:534106be0-bae56cd647d35845769395968a9ed59/Strategi%202021%20E2%80%93%20Strategi%20for%20fagfeltet%20arbeid%20og%20helse.pdf
- Andrews, T. M., & Eide, A. K. (2019). *Mellom hjelp og straff-fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?* (NF-rapport 2:2019). Nordlandsforskning. <https://nforsk.brage.unit.no/nforsk-xmlui/bitstream/handle/11250/2611062/NF-rapport+2-2019.pdf?sequence=2>
- Australian Psychological Society. (2018). Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders. A review of the literature. 4th ed. <https://psychology.org.au/getmedia/23c6a11b-2600-4e19-9a1d-6ff9c2f26fae/evidence-based-psych-interventions.pdf>
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., & Torgersen, L. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *The journals of gerontology series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, 1–12. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/57/7/M428/553460>
- Barneombudet. (2022). *Hvem skal jeg snakke med nå? Psykisk helsehjelp til barn og unge i kommunene*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Hvem-skal-jeg-snakke-med-na.pdf>
- Barneombudet. (u.å.). *Barnerettighetsvurdering*. Hentet 1. juni 2023 fra <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/barnerettighetsvurdering>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022). *Helse for personer med nedsatt funksjonsevne*.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.a.). *Psykisk helse*. Hentet 1. juni 2023 fra https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Helse/Psykisk_helse/
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.b.). *Samers helse*. Hentet 1. juni 2023 fra https://www2.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Etnisitet/helse_og_livskvalitet/samers_helse/
- Barstad, A., (2021a). Blir vi stadig mer ensomme? SSB Analyse 2021/8
- Barstad, A., (2021b). Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon? SSB Analyse 2021/4
- Bergene, A. C., Samuelsen, Ø. A., Stubhaug, M. E., Vika, K. S., & Wiborg, V. (2022). Spørsmål til Skole-Norge. Analyser og resultater fra Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse til skoler og skoleeiere høsten 2022. Rapport 2022:30. Oslo: Nifu.
- Bjørland, E., & Brekke, M. (2015). What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(3), 206–211. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1067518>
- Bramness, J. G., Castberg, I., Hanssen, K. M., Johnsen, E., Kroken, R. A., Røssberg, J. I., & Skrede, S. (2020). Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler.
- Bufdir. (2022). Statusrapport 15. Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien. <https://www.regjeringen.no/contentassets/>

- 07a94a46945c43408c50a168e540079d/status-rapport-15-fra-koordineringsgruppen-03.03.22.pdf
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Kunøe, N., Lobmaier, P. P., Lund, I. O., & Clausen, T. (2016). *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel*. Resultater fra The Norwegian offender mental health and addiction study (NorMA).
- Bøe, T., Hysing, M., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2021). Financial difficulties and student health: results from a National Cross-Sectional Survey of Norwegian college and university students. *Mental Health & Prevention*, 21, 200196.
- Bøe, T. (u. dato). *Psykisk helse og sosioøkonomisk status*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/relasjoner/psykisk-helse-og-sosiookonomisk-status/#heading11>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 828-843. <https://doi.org/10.1177/1524838018801334>
- Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. *Kompetansesenterets Prosjektrapport 2014–1*, 2014-1.
- Dahli, M. P., Šaltytė-Benth, J., Haavet, O. R., Ruud, T., & Brekke, M. (2021). Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice*, 38(6), 766-772.
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., & Strøm, I. F. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen* (NKVTS-rapport 1/23). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/03/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf
- Dyb, E., & Zeiner, H. (2021). Bostedsløse i Norge 2020-en kartlegging. <https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Bostedslose%20i%20norge%202020.pdf>
- Eisenstadt, M., Liverpool, S., Infanti, E., Ciuvat, R. M., & Carlsson, C. (2021). Mobile apps that promote emotion regulation, positive mental health, and well-being in the general population: systematic review and meta-analysis. *JMIR mental health*, 8(11), e31170.
- Ekspertgruppen for samfunnsøkonomiske vurderinger i forbindelse med koronavirusutbruddet. (2020). *Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak (covid-19)*.
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Eriksen, A. M. A. (2020). Omfang av vold og seksuelle overgrep blant samer og ikke-samer. *Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge*, 127.
- Eriksen, A. M. A., Melhus, M., Jacobsen, B. K., Schei, B., Broderstad, A. R. (2021). Intimate partner violence and its association with mental health problems: The importance of childhood violence – The SAMINOR 2 Questionnaire Survey. *Scand J Public Health* 2021; 14034948211024481. DOI: <https://doi.org/10.1177/14034948211024481>.
- Evensen, M., Klitkou, S. T., Tollånes, M. C., Øverland, S., Lyngstad, T. H., Vollset, S.E., & Kinge, J. M. (2021). Parental income gradients in adult health: a national cohort study. *BMC Medicine*, 19(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02022-4>.
- Fagerholt, R. A., Myhr, A. R., Naper, L. R., & Løe, I. C. (2020). *Spørsmål til Barnehage-Norge 2019. Analyse og resultater fra Utdanningsdirektoratets spørreundersøkelse til barnehagesektoren*. TFoU-rapport 2020:1. Trøndelag Forskning og Utvikling AS. <https://www.udir.no/contentassets/f0371753ee3f448-ba7219046082f7df6/sporsmal-til-barnehage-norge-20192.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2017). *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dødelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>
- Folkehelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Betydningen av sosial ulikhet for barns helse og oppvekst*. <https://www.fhi.no/fp/oppvekstprofiler/betydningen-av-sosial-ulikhet-for-barns-helse-og-oppvekst/#:~:text=Fritidsaktiviteter%20som%20arena%20for%20sosial%20utjevning%20%C3%85%20delta,erfaringer%20som%20har%20betydning%20senere%20i%20livet%20%2812%29>.
- Folkehelseinstituttet. (2023a). *Sosiale medier kan være et sted hvor ungdom oppsøker og mottar støtte*. <https://www.fhi.no/nyheter/2022/sosiale-medier-kan-vare-et-sted-hvor-ungdom-oppsoker-og-mottar-stotte/>
- Folkehelseinstituttet. (2023b). *Økningen i psykiske plager hos barn og unge – mulige årsaker og tiltak*. Upublisert notat.

- Fontenehus Norge. (u.å.). *Rehabilitering*. Hentet 3. juni 2023 fra <https://www.fontenehus.no/rehabilitering>
- Forsetlund, L., Smedslund, G., Hval, G., & Bergsund, H. B. (2023). Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet: en systematisk oversikt. Folkehelseinstituttet.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925.
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. (2023). *Koble kropp og sinn – sammenhengen mellom somatisk sykdom og psykisk helse*. <https://ffo.no/globalassets/rapporter/Koble-kropp-og-sinn-2023>
- Fyhn, T., Øygarden, O., Monstad, K., & Skagseth, M. (2021). *Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten om Individuell jobbstøtte (IPS)*. (Rapport 1-2021, NORCE Helse). Norwegian Research Centre AS. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2773606/FINAL%2bSluttrapport%2bNORCE%2bSamhandling%2bIPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205.
- Hafstad, G. S. (2021). *Kunnskapsoppsummering om helsekonsekvenser og helseeffekt*. Avrop 11/2021 Rammeavtalen mellom NKVTS og Helsedirektoratet
- Hagen, I. M., & Svalund, J. (2019). *Vold, trusler og trakassering i helse- og sosialsektoren*.
- Hamilton, S. J., Mills, B., Birch, E. M., & Thompson, S. C. (2018). Smartphones in the secondary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *BMC cardiovascular disorders*, 18(1), 1-23.
- Hansen, I. L. S. H., Markussen, T. E., & Ketil Bråthen, K. (2023). *I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv* (Fafo-rapport 23:06). Fafo. <https://fafo.no/images/pub/2023/20841.pdf>
- Hansen, K. L., & Skaar, S. W. (2021). *Unge samers psykiske helse. En kvalitativ og kvantitativ studie av unge samers psykososiale helse*.
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., ... & Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*, 13(8), e0202028.
- Helgesen, M. K., Holm, A., & Monkerud, L. (2013). *Bolig og folkehelse–hva er sammenhengen? En litteraturstudie* (NIBR-rapport 2014:16). Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Bolig%20og%20folkehelse%20hva%20er%20sammenhengen.pdf>
- Helland, S. S., Wilhelmsen, T., Alexandersen, N., Brandlistuen, R. E., Schjøberg, S., & Wang, M. V. (2019). *Skoleferdigheter og psykisk helse hos 8-åringer. Betydningen av pedagogisk praksis i barnehagen og læringsmiljø i skolen*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2019/skoleferdigheter-og-psykisk-helse-hos-8-aringer-betydningen-av-pedagogisk/>
- Helse Møre og Romsdal. (u.å.). *Barn og unges helseteneste*. Hentet 1. juli 2023 fra <https://helsemr.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/avdeling-for-psykisk-helsevern-barn-og-ungdom/barn-og-unges-helseteneste>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025. Ingen å miste*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. 2019-2023*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helse Sør-Øst. (2020). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Helse Sør-Øst. (2022). *Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2022/1216/153-2022%20Vedlegg%20>

- %20Revidert%20framskrivningsmodell%20PHV%20og%20TSB.pdf
- Helse Sør-Øst. (2021). *Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/041-2021%20Vedlegg%20-%20Regional%20fagplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling.pdf>
- Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis*.
- Helsebiblioteket. (2018). *Pasienter med rusproblematikk reinnlegges oftere enn andre pasienter i psykisk helsevern*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/pasienter-med-rusproblematikk-reinnlegges-oftere-enn-andre-pasienter-i-psykisk-helsevern-helsedirektoratet-3470092619134187641>
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestringsveileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* (IS-2076). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5-bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet (2015). ACT-, FACT- og FACTung-team. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsedirektoratet (2016a). *Aktiv bruk av sosiale nettverk, selvhjelpsgrupper og støttegrupper*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/iverksetting-av-tiltak/intervensjonsprinsipper/aktiv-bruk-av-sosiale-nettverkselvhjelpsgrupper-og-stottegrupper>
- Helsedirektoratet (2016b). *Nasjonal veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer>
- Helsedirektoratet (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet (2017b). Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017c). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>
- Helsedirektoratet (2018a). *Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Psykiske lidelser – voksne. Nasjonalt pasientforløp*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 30. september 2022)
- Psykiske lidelser – voksne – Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2021a). *Kommunen bør aktivt fremme sosial støtte og mestringsfor barn og unge på deres arenaer*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. mai 2023, lest 11. mai 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse-tiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-aktivt-fremme-sosial-stotte-og-mestring-for-barn-og-unge-pa-deres-arenaer>
- Helsedirektoratet (2021b). *Forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne. Nasjonale faglige råd*
- Helsedirektoratet. (2021c). *Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 13.12.2021). Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2021d). *Rapport Psykisk helsearbeid for barn og unge – en innsiktsrapport*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2021e). *Rapport Kompetanseløft 2020. Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet (2021f). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 20. oktober 2021, lest 11. mai 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>

- Helsedirektoratet. (2022a). Utredning av hvordan spesialisert rusbehandling for barn og unge bør tilbys – konkrete forslag til styrking av tjenesten.
- Helsedirektoratet. (2022b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud* (IS-1896). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131-dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet (2023). *Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsenorge. (2022). *Pengespel og avhengnad*. Pengespel og avhengnad – Helsenorge
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Rapport 7/2019). https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport7_2019.pdf
- Heshmati, A., Honkaniemi, H., & Juárez, S. P. (2023). The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *The Lancet Public Health*, 8(1), e57-e75.
- Hjemås, G., Jia, Z., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*.
- Hjertø, K.M. (2023). *Tilbakemeldingsverktøy*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Tilbakemeldingsverktøy – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301.
- Hovedresultater og dokumentasjon (2022/42). Statistisk Sentralbyrå
- Hustvedt, I. B., Bosnic, H., & Håland, M. E. (2021). BRUKERPLAN – ÅRSRAPPORT 2020. Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjeneste. KORFOR Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.
- Ipsos. (2018). *Kartlegging av endrede kompetansebehov i en digitalisert helse- og omsorgssektor*. <https://www.ks.no/contentassets/9d044ddc1e12472b8c3a11fb2f851d85/rapport-ks-dydykk-ledere-2018--oppdatert.pdf>
- Jacobsen, S. E., Andersen, P. L., Nordø, Å. D., Sletten, M. A., & Arnesen, D. (2021). Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Betydningen av sosioøkonomiske ressurser, geografi og landsbakgrunn (Rapport 2021:01). Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <https://hdl.handle.net/11250/2728534>
- JanusCentret. (2022). *Januscentrets statusrapport XVIII 2003-2021*. <https://www.januscentret.dk/wp-content/uploads/2022/04/Statusrapport-JanusCentret-2003-2021.pdf>
- Jensen, P., Haug, E., Sivertsen, B., & Skogen, J. C. (2021). Satisfaction with life, mental health problems and potential alcohol-related problems among Norwegian university students. *Frontiers in psychiatry*, 12, 578180.
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N.M., & Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (SSB rapport 2023/2). Statistisk sentralbyrå. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040 (ssb.no)
- Kantar (13.04.2021). Helsepolitisk barometer 2021. Befolkningens holdninger i helsepolitiske spørsmål. [Lysarkpresentasjon/Eva Fosby Livgard]. https://kantar.no/globalassets/ekspertiseomrader/politikk-og-samfunn/helsepolitisk/2021/helsepolitisk-barometer-2021_presentation_13-april-2021_for-publicering_september-2021.pdf
- Kaspersen, S. L., Lassemo, E., Kroken, A., Ose, S. O., & Ådnes, M. (2018). *Tilskudd til rekruttering av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester*.
- Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A.M. og Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. Trondheim: NTNU.
- Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M.C., Evensen, M.E., ... Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International*

- Journal of Epidemiology*, 50(5), 1615-627. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab066>.
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of prompt mental health care, the Norwegian version of improving access to psychological therapies: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105
- Kompetansebroen. (2023, 23. mai). *Om kompetansebroen*. Kompetansebroen. Om Kompetansebroen – Kompetansebroen
- Kompetanseutvikling rus og vold. (2022). Om Kompetanseutvikling rus og vold. <https://www.rusogvold.no/om>
- Konfliktrådet. (uten dato). SLT-modellen. <https://konfliktraadet.no/slt-modellen/>
- Krokstad, S. (2020). Nytt verktøy for allmennpraksis: ABC for bedre psykisk helse. *Utposten*, 49(2), 6-11.
- Kristensen, J. H., Leino, T. M., & Pallesen, S. (2022). *Den samfunnsøkonomiske kostnaden av problemspilling i Norge*.
- Kumar, B. N., Bruun, T., Indseth, T., Hussaini, L., Labberton, A. S., Warsame, A. A., Syse, A., Olsen, A. O., Qureshi, S. A., Bærug, A. B., & Straiton, M. L. (2023). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>
- Kunnskapsdepartementet. (2023). *Barnehagen for en ny tid*. Nasjonal barnehagestrategi mot 2030. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnehagen-for-en-ny-tid/id2959402/>
- Kysnes, B., Hjetland, G. J., Haug, E., Holsen, I., & Skogen, J. C. (2022). The association between sharing something difficult on social media and mental well-being among adolescents. Results from the «LifeOnSoMe»-study. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1026973>
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19)–et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*. Rapport IS-2959. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57-de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1-bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Legeforeningens arbeidsgruppe for somatisk helse hos personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse (2023). *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/bedre-helse-og-lengre-liv/>
- Lehmann, S. (2017). *Hva vet vi om barn som bor i fosterhjem i dag? Hva vet vi om behov og virkosome tiltak?* <https://www.fosterhjemsforening.no/wp-content/uploads/2017/12/Hva-vet-vi-om-barn-som-bor-i-fosterhjem-i-dag-Stine-Lehmann.pdf>
- Lehn, H. (2022). *Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del III: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser* (Rapport IS-3047). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/bff79a7a-ab34-4d7a-beb3-f64b68a3e22f:81bcadd3274193b51ff72d8-deb5b226643912600/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20rapport%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf
- Lillejord, S., Børte, K., Ruud, E., og Morgan, K. (2017). *Stress i skolen – en systematisk kunnskapsoversikt*. (KSU 4/2017). Kunnskapscenter for utdanning. <https://utdanningsforskning.no/globalassets/stress-i-skolen-en-systematisk-kunnskapsoversikt.pdf>
- Lunde, E. S. & Ramm, J. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester – 2. Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd* (2021/23). Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler-og-publikasjoner/sosial-ulikhet-i-bruk-av-helsetjenester-2/_/attachment/inline/000f4984-ed11-42d3-b5cb-ba9f3ce43847:29074da6c77dc56a92e1780ded59ccb2a973ff19/RAPP2021-23_web.pdf
- Løwe, Kristine. (2016). *Hundebesøk gir positive helseeffekter for eldre*. Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. <https://www.nmbu.no/fakultet/landsam/aktuelt/node/28026>
- Marciniak, M. A., Shanahan, L., Rohde, J., Schulz, A., Wackerhagen, C., Kobylińska, D., Tues-

- cher, O., Binder, H., Walter, H., Kalisch, R., & Kleim, B. (2020). Standalone Smartphone Cognitive Behavioral Therapy–Based Ecological Momentary Interventions to Increase Mental Health: Narrative Review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e19836.
- Medietilsynet. (2022). *Barn og medier 2022: Barn og unges bruk av sosiale medier*. https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2022/Barn_og_unges_bruk_av_sosiale_medier.pdf
- Melby, L., Ådnanes, M., Kaasbøll, J., Kasteng, F. & Ose, S.O. (2017). *Evaluering av samhandlings-tiltak rettet mot utsatte barn og unge*. SINTEF. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_evaluering-samhandlingstiltak_endelig-22.9.17-003.pdf
- Melhus og Broderstad (2020). FHI??
- Ministry of Social Affairs and Health. (2020). *National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020-2030*. National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030 (valtioneuvosto.fi)
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-9.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?
- Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2022). *Evaluering av FACT ung-piloter*.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (uten dato). Risikofaktorer. <https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-og-overgrep-mot-voksne-og-eldre/risikofaktorer-tegn-vold/risikofaktorer/>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning -og forebygging. (2020). Fakta om selvsykdom. Universitetet i Oslo. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvskading-selvskading/nssf_hva-er-selvskading.pdf
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021). *Livskvalitet i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1>
- Nordlandssykehuset. (2023). Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser – NorSpis. <https://nordlandssykehuset.no/forskning-og-innovasjon/kvalitetsregistre/norsk-kvalitetsregister-for-behandling-av-spi-seforstyrrelser-norspis>
- NOU 2017: 12. (2017). *Svipt og svipt — Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvipt*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2020: 17. (2020). *Varslede drap? — Partnerdrapsutvalgets utredning*. Justis- og beredskapsdepartementet.
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSSF og NKVTS (2022). Selvmordsproblematikk blant utsatte for og utøvere av vold og overgrep: En systematisk gjennomgang av ver-siktsartikler
- Nøkleby H., Borge T. C., & Johansen T. B. (2021). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse – oppdatering av hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/oppdatering-av-hurtigoversikt-covid-barn-002.pdf>
- Ormhaug, S.M., Skjærvø, I., Fagermoen, E.M.K., Gurandsrud, P., Haabrekke, K.J., Knutsen, M.L., Næss, A., Päivärinte, H.M., & Jensen, T.K. (2022). *Tidlig hjelp til traumeutsatte barn – utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunale tjenester for barn og unge. Oppsummering av resultater fra en gjennomførbarhetsstudie*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/10/Tidlig-hjelp-til-traumeutsatte-barn.pdf>
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2021). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%E5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf/_attachment/inline/cabeb7bb-7db3-43ee-b017-aaf-bf3807be5:16286828bbb6f49d6d1dd870a854-deb553a4a9b7/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202021.pdf
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2022). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa-5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf
- Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T., & van Weeghel, J. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a

- national census. *Nordic journal of psychiatry*, 71(8), 551-560.
- Oslo Economics. (2022). *Kjennetegn ved barn og unge som begår kriminelle handlinger og virkninger av straff*. Rapport 2022-25.
- Oslo kommune. (2023). *Ljabruveien bo og behandling*. Ljabruveien bo og behandling – Alle rusinstitusjoner – Oslo kommune
- Oslo kommune og Oslo politidistrikt. (2022). *Risiko og livssammenheng for unge kriminelle i Oslo. En ustødig grunnmur for mestring*. Saltrapport 2022
- Pasient- og brukerombudet. (2022). Årsmelding. https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_bokmal.pdf
- Regjeringen. (2021). *Helse og omsorg: Velferd til alle*. Hurdalsplattformen. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/?q=kunnskapsbaserter&ch=13#match_0
- Regjeringen. (u.å.). *Tillitsreformen*. Hentet 23. mai 2023 fra Tillitsreformen – regjeringen.no
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., & Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport*. Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret. <https://norcere-search.brage.unit.no/norcere-search-xmlui/bitstream/handle/1956/15564/Sluttrapport%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet. (2021). *Norgeshelsa statistikkbank*. <https://www.norghelsa.no/norghelsa/>
- Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 3:11 (2014–2015). Fagbokforlaget. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020–2021). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Riksrevisjonen. (2022). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*. Dokument 3:8 (2021–2022).
- Rugkåsa, J., Tveit, O. G., Berteig, J., Hussain, A., & Ruud, T. (2020). Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. *BMC Health Services Research*, 20, 1-10.
- Seland, I., & Andersen, P. L. (2020). Hva kjennetegner ungdom som går på norske fritidsklubber og ungdomshus?. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 1(1), 6-26. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2020-01-0>
- Sifer. (2020). *Utskrivningsklare pasienter i sikkerhetspsykiatrien – en kartlegging av utskrivningsprosessen fra sikkerhetsavdeling til kommune*
- Sivertsen, B., & Johansen, M. S. (2022). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2022*.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. A., Siqveland, J., & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseiltak/>
- Smith, O. R. F., Alves, D. E., & Knapstad, M. (2016). *Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>
- Smith, R., Vedaa, Ø., Klungsøyr, K., Knapstad, M., Knudsen, A. K. S., & Skogen, J. C. (2022). *Arbeid og helse i Noreg*. (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/arbeid-og-helse/>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., ... & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281-295.
- Sommerfeldt, B. & Skårderud F. (2009): Hva er selvskadning? *Tidsskrift for den Norske legeforening*. 129;754:8.
- Statistisk sentralbyrå. (2020a). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019*. SSB-rapporter 2020/54. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Statistisk Sentralbyrå (2020). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/statistikk/helseforhold-levekarsundersokelsen>
- Strand, B. H., Syse, A., Nielsen, C. S., Skirbekk, V. F., Totland, T. H., Hansen, T., Vollrath, M. E. M. T., Blix, H. S., Husabø, K. J., Gjertsen, F.,

- Meyer, H. E., Kvaavik, E., Bang Nes, R. B., Reneflot, A., Ranhoff, A. H., Bye, E. K., Holvik, K., Hjellvik, V., Dalene, K. E., Steingrimsdóttir, O. A., Engdahl, B. L., & Håberg, A. K. (2023). *Helse hos eldre i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021* (Rapport 2021/27). Statistisk Sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Sunhedsstyrelsen, 2022. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*. 10AARS_PSYK-PLAN.ashx (sst.dk)
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A., & Hart, R.K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022;5(7):e2222079. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.22079
- Tannhelsetjenesteloven. (1983). Lov om tannhelsetjenesten. (LOV-1983-06-03-54). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54?q=tannhelse>
- Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1>
- Texmon, I. (2022). Sterk vekst i bruk av fastleger. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegjetjenesten/artikler/sterk-vekst-i-bruk-av-fastleger>
- Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Øverland, S. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Tong, H. L., Quiroz, J. C., Kocaballi, A. B., Fat, S. C. M., Dao, K. P., Gehringer, H., Chow, C. K., & Laranjo, L. (2021). Personalized mobile technologies for lifestyle behavior change: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 148, Article 106532. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.106532>
- Tømmerbakke, S.G. (2020, 11. mai). *En dobling av vold og trusler mot ansatte*. *Dagens medisin*. En dobling av vold og trusler mot ansatte (dagens-medisin.no)
- Tømmerås, A. M. (2021). *Nå bor over 1 million nordmenn alene*. Nå bor over 1 million nordmenn alene (ssb.no)
- Tørmoen, A. J., Myhre, M., Walby, F. A., Grøholt, B., & Rossow, I. (2020). Change in prevalence of self-harm from 2002 to 2018 among Norwegian adolescents. *European journal of public health*, 30(4), 688-692.
- Ukom. (2022). To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi-status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>
- Ulset, V. S., Bakken, A., & Soest, T. V. (2021). Ungdoms opplevelser av konsekvenser av pandemien etter ett år med covid-19-restriksjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 141(13), 1264-1270.
- Umblis, Janis; von Simson, Kristine & Mohn, Ferdinand A (2019). *Boligens betydning for annen velferd: en gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning* (Rapport 2019:01). Institutt for samfunnsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2579810>
- Utdanningsdirektoratet (2021). *Fakta om barnehager 2021*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-barnehage/analyser/fakta-om-barnehager/tall-om-barnehagen/#:-:text=268%20465%20gikk%20i%20barnehage,0%2C6%20prosentpoeng%20siden%202020>
- Utdann.no. (u.å.). *Spesialsykepleier innen psykisk helse og rus*. Hentet 23. mai 2023. Spesialsykepleier innen psykisk helse og rus | Utdanning.no
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160–173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>
- Walås, Y. T. (2017). «Man snakker ikke om sånt» – En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2),
- Wiig, O. & Olsen, B. M. (2022). Ressursbruk til forskning i helseforetakene i 2021
- Wooding, S., Pollitt, A., Castle-Clarke, S., Cochrane, G., Diepeveen, S., Guthrie, S., Horvitz-Lennon, M., Larivière, V., Jones, M.M., Chonail, S.N., O'Brien, C., Olmsted, S.S., Schultz, D., Winpenny, E.M., Pincus, H.A., & Grant, J. (2014). Mental Health Retrosight:

Understanding the Returns From Research (Lessons From Schizophrenia): Policy Report. *Rand health quarterly*, 4 1, 8.

Aakvaag, H. F. & Strøm, I. F. (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. (Rapport 1/2019). <https://www.nkvts.no/rapport/vold-i-oppveksten-varige-spor-en-longitudinell-undersokelse-av-reviktimisering-helse-rus-og-sosiale-relasjoner-hos-unge-utsatt-for-vold-i-barndommen/>

Aas, E. M. (2022). Individuell jobbstøtte for pasienter med ruslidelser er god samfunnsøkonomi. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/forskning/forskningsmiljoer/rusforsk/hekta-pa-jobb/individuell-jobbstotte-for-pasienter-med-ruslidelser-er-god-samfunnsokonomi?fbclid=IwAR0SxnBaSBpWpJr8DEbX-koaosvq512RhJFNlqikYIPIcXTSArmvG879n-spl>

