

# Helsepartiets program for psykisk helse og psykiatri



**Helsepartiet**  
Verdighet, omsorg og respekt

**Nok festtaler:**

## **Psykiatri og psykisk helsevern er i krise!**

**Helsepartiets landsmøte 2020 besluttet derfor å vedta et  
eget partiprogram på dette området**

**Ingen andre partier har helse som sitt soleklare satsingsområde.**

# 1. HVORFOR ET EGET PSYKIATRIPROGRAM?

**Psykiske lidelser utgjør mer enn en tredjedel av total sykdomsbelastning hos det norske folk. For mennesker under 44 år er psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uførhet.**

Til tross for helseministerens festtaler om viktigheten av en satsing på psykisk helse og statsministerens nyttårstale der hun ber folk som «sliter om å søke hjelp» ser vi at tilbudet til de aller sykeste psykiatriske pasientene systematisk bygges ned.

Bent Høies gylne regel om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal vokse mest og prioriteres i spesialisthelsetjenesten, blir i praksis ikke fulgt opp av byråkratiet. Tilbudet blir ikke større, det blir mindre. Ergo er ytringer fra politisk ledelse lite annet enn vakre, men tomme ord. Dette løser ikke mangelen på kapasitet og ressurser. Tilstanden i norsk psykiatri betegnes av stadig flere psykiatri- og rusansatte som «kritisk». **Psykiatrien bruker en svært liten andel av helsebudsjettene. Den gylne reglen følges ikke i praksis.**

**Statistisk sentralbyrå skrev i juni 2018 følgende om kostnadene i spesialisthelsetjenesten:** Fysisk helse tar stadig størstedelen av kaken. Somatiske tjenester utgjør en langt større del av kostnadene enn psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vår kommentar). Samlet går 7 av 10 kroner til behandling av fysisk sykdom, mens 2 av 10 kroner går til psykisk helsevern og TSB. Regnet i kroner og øre øker derfor den største utgiftsposten mest hvert år.

## Hovedproblemer

Helsepartiet mener følgende er hovedproblemene i psykiatri og rusomsorgen:

1. Stadig flere unge rapporterer om psykiske helseutfordringer.
2. Høye selvmordstall spesielt blant unge menn i 20-årene.
3. Høy forekomst av selvskading, selvmordsforsøk og spiseforstyrrelser.
4. Behandlingstilbudet til mennesker med alvorlige, psykiatriske sykdommer og alvorlige rusproblemer bygges ned i spesialisthelsetjenesten. Krevende pasienter overføres til kommunene som mangler kompetanse og ressurser til å hjelpe dem.
5. Pårørende bli altfor ofte sittende med et krevende ansvar for svært syke pasienter som mangler et behandlingstilbud.
6. De mest alvorlig syke pasientene har fått et dårligere tilbud.
7. Ytterligere reduksjon i antallet døgnplasser planlegges både i akuttpsykiatri og på såkalte intermedieravdelinger som tilbyr langtidsbehandling.
8. Store vanskeligheter med å få samordnet behandlingen av ruslidelser og psykisk sykdom. Når disse henger sammen bør de behandles samtidig for et optimalt resultat.

9. Mange eldre har udiagnostiserte, psykiske lidelser som de ikke får hjelp med.
10. Velferdsordningene kuttes. Syke mennesker får også økonomiske problemer og må i tillegg slåss mot «systemet».
11. Presset i hjelpeapparatet er ekstremt høyt fordi det «effektiviseres» for hardt. Ventetider for å få hjelp for mindre alvorlig psykisk sykdom er uakseptabelt lange og muligheten til å få kvalifisert hjelp er ofte ikke-eksisterende.

Helsepartiet er sterkt bekymret for nedprioriteringen av psykiatri og rus i spesialisthelsetjenesten, og for nedleggelsen av sykehussenger og langtidsplasser innen psykiatri og rusbehandling. Kapasiteten er nå så sprengt i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten, at én av tre henvisninger blir avslått! Ikke fordi pasienten ikke har behov for hjelp, men fordi kapasiteten mangler.

Den minskede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten til mennesker med alvorlig psykiatriske lidelser og rusproblemer fører til et svært stort press på kommunehelsetjenesten. Manglende kapasitet ved de psykiatriske akuttavdelingene på sykehusene fører også til økt press ved de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). DPS'ene var i utgangspunktet ment for pasienter med behov for poliklinisk behandling, altså ikke innleggelse, men dagbehandling. Nå opprettes noen sengeplasser på en del DPS'er utenfor sykehusene, men DPS'ene må avvise de mest alvorlig syke pasientene fordi de ikke har bemanning som kan håndtere dem – ofte av sikkerhetsmessige årsaker. Derfor er det ofte de aller sykeste og de akutt syke pasientene som blir overlatt til de pårørendes omsorg.

Langtidsplasser med langvarig behandling for pasienter med store behov og spesialisert helsehjelp blir det også stadig færre av.

Dersom regjeringen hadde kommet med nødvendige ressurser ville det vært bra med psykiatriske tilbud nærme folk, der de bor. Slik kunne flere pasienter bo hjemme. Ressursene følger dessverre sjelden med, det mangler i dag både penger og kompetanse. Mange kommuner er i ferd med å legge ned institusjoner for rusavhengige uten at det er bygget opp annet, fullgodt tilbud i kommunene. Nedleggelsene synes økonomisk begrunnet og kommer uten at konsekvensene for pasienter, pårørende og samfunnet for øvrig er belyst, meddelt demokratiet eller overhodet vurdert.

Lavterskeltilbud i kommunene kan hjelpe noen i akutte livskriser, men dette vil i de fleste tilfeller ikke være et tilbud for personer med alvorlig psykiatriske lidelser. De har behov langvarig og spesialisert hjelp.

## 2. DIFFERENSIERTE TILTAK – IKKE ALT SOM ER «VONDT OG VANSKELIG» ER SYKDOM.

Når psykisk helsevern, psykiatri og rus omtales i politiske dokumenter, samles gjerne alt fra lette, midlertidige problemer til alvorlig psykiatrisk sykdom i samme handlingsplaner. Helsepartiet mener at dette er uheldig.

Psykisk sykdom og psykisk uhelse er ikke én sykdom og kan ikke behandles som det. I en del tilfelle gaper også dokumentene over deler av psykologien som ikke er psykisk sykdom. Når lett og tungt blandes sammen til et stort «sekkebegrep» blir det vanskelig å innrette gode tiltak.

Tilbudene må skille mellom en pasient med langvarig psykose som fungerer dårlig i samfunnet, et barn med sterk utviklingshemming, en ung jente med akutt kjærlighets sorg og en stresset småbarnsfar med gjeldsproblemer i en akutt samlivskrise. Tiltakene som skal til for å forbygge, behandle, rehabilitere og tilby omsorg for så ulike utfordringer er selvsagt ikke de samme. Noe er sykdom, noe er livsmotgang.

At en del unge blir utmattet og utbrent som følge av stress og ulikt press, er ikke bare et ungdomsproblem, men også et samfunnsproblem. Da må også skolesystemet og samfunnet oppfølging analyseres og forbedres, i tillegg til at syke, unge mennesker må få hjelp.

Det er bra at stigma og tabu rundt psykiske lidelser blir dempet. Samtidig er det svært uheldig å sykeliggjøre normale følelser og variasjoner hos mennesker. Samlivsbrudd, arbeidsledighet, sorg, skader, alvorlig sykdom og andre problemer fører til engstelse, tristhet og vonde følelser, men det er sjeldent sykdom. Myndighetene, med sin tilgang på fagekspertise, må klare å skille klarere mellom å være syk og å være trist med mental smerte.

Vi er også oppmerksomme på faren ved å alminneliggjøre alvorlig, psykiatrisk sykdom. Denne må kjennes igjen av fagfolk og bli behandlet i offentlig regi.

Behandlingen må tilpasses behovet, ulike utfordringer må løses på dertil egnet vis. Sykdom må prioriteres.

## 3. EN SKIKKELIG SATSTING PÅ FOREBYGGING AV SELVMORD

**Selvordstallene i Norge øker år for år. Antallet selvmord kan være et «temperaturmål» på befolkningens psykiske helse. Disse tragediene er som toppen av et isfjell, og under overflaten ligger større masser av folk med alvorlige problemer. Psykisk sykdom er en risikofaktor.**

Tendensen i Norge er økte selvmordstall. I 2012 tok 523 mennesker selvmord, mens antallet som tok sitt eget liv i 2018 var steget til 674.

Selvord rammer hardt. Påførende etterlates med enorme og langvarige belastninger, skyld, skam, sinne og ubesvarte spørsmål. En av de største risikomomentene for selvmord er faktisk om man selv har opplevd selvmord i familien eller blant nære venner. Selvmord er også et stort problem for samfunnet. Tap av individer er tap av styrke, støtte og ressurser.

### Tiltak må rettes inn mot hele samfunnet

På samme måte som med dødsfall i trafikken kan ikke selvmord forhindres ved tiltak rettet bare mot enkeltpersoner. Tiltakene må rettes mot hele samfunnet. For å hindre trafikkdød, må trafikkopplæringen være god, trafikantene må ha sunne holdninger og så videre, men veiene må også gjøres tryggere, vi må ha fartskontroller og bilene må konstrueres for trygghet.

Vi vet at selvmordsrisikofaktorene er mange og sammensatte: samlivsbrudd, sorg, vold, mobbing, rus, sykdom, fattigdom, arbeidsløshet, utenforskap, opplevelse av meningsløshet, opplevelse av at man er verdiløs, konkurs, ensomhet og håpløshet. Ikke noe av dette er psykisk sykdom. Likevel må dette bli tatt på alvor. Når ungdom sliter med å mestre livet, snakker de gjerne om stress og press, at de ikke føler seg gode nok og pene nok etc. Ensomhet er også et stort problem blant unge. De trenger bånd til andre unge for å slippe taket i foreldrene og utvikle seg til selvstendige individer. Terapi for den enkelte vil ikke være nok.

Selvord blant eldre er også et hyppig og underkommunisert problem. Ifølge dagens helsemyndigheter skal eldre helst bo hjemme til de er så skrøpelige at de trenger omsorg hele døgnet. Tidligere fikk eldre bo på aldershjem når de ønsket det, og mange var så spreke at de kunne reise med bussen på shoppingturer sammen. I stedet får de eldre nå stoppeklokkeomsorg fra en hardt presset hjemmetjeneste med tilmålte 10 minutter til dusjing en gang i uken og Fjordland-plastpakket mat lagt på dørmatten. Trygghetsalarmer

skal sikre at noen finner deg hvis du faller og brenner hoften, og da kommer du på sykehus en stund. Men sykehusene er så fulle at ambulansen henter deg og kjører deg ut igjen midt på natten. Er du heldig kommer du til et helsehus der du får være til hoften har grodd sånn noenlunde før du sendes hjem igjen. Mange er ensomme, alene, redde, forvirrede og usikre. I et samfunn der mange føler seg som en byrde og uønsket utgift -eller opplever at de som skulle hjelpe er noen du må slåss mot mens du er syk – ja, da kan veien til å gi opp bli veldig kort.

Ari Behns selvmord, og datteren Maud Angelica Behns minnetale i julen 2019, førte til et stort, men kortvarig fokus på selvmord. Datterens bønn til alle som sliter om at de må be om hjelp, gjorde også inntrykk. Hun fikk mye ros og mange takket henne for talen, men politikere som trykket denne talen til sitt bryst og gjentok 16-åringens budskap om å søke hjelp, fikk også sinnene til å koke hos mange. For hvor mener de at skal folk søke hjelp? Det finnes jo ikke i nærheten av nok tilbud! Køene for å få psykologhjelp fra psykolog med kommunale driftsavtaler er milelange. Det kan være mange måneder å vente. Mennesker som betror seg om angst, depresjon, ensomhet og livskriser til fastlegen får en henvisning og en liste over psykologer i kommunen som de må kontakte selv. De fleste krever en skriftlig henvendelse hvor han eller hun som sliter må skrive et brev om hva som er problemet, så må man vente på svaret som ofte er negativt. Slik må man fortsette på samme vis videre på listen. Dette skaper enorme frustrasjoner og mye lidelse.

Mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv blir behandlet for skadene på sykehus, men så blir de skrevet raskt ut – ofte uten en plan for videre oppfølging. Flertallet av norske kommuner har ingen plan for hvordan de skal håndtere og følge opp mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv. Svaret fra statsministeren var å bevilge *10 millioner ekstra til hjelpetelefontjenester* som bemannes av frivillige organisasjoner. Det er en spe hjelp mot selvmord, som mange opplevde nærmest som et hån.

I våre naboland Danmark og Sverige har selvmordstallene blitt betydelig redusert de siste årene. Dette mens vi i Norge ser en alarmerende økning. Antallet har i det siste økt hvert eneste år. Dette til tross for handlingsplaner og nasjonale strategier.

Til tross for innføring av pakkeforløp har ikke ventetiden til poliklinisk behandling for barn og unge i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) blitt kortere, den er nå i snitt 50 døgn. Fagfolk melder at pakkeforløpende gjør at barne- og ungdomspsykiatrien behandler færre pasienter enn tidligere, på grunn av et krevende standardforløp av (til dels unødvendige) tester, og krav til dokumentasjon om at pakkeforløpet følges.

Selvmord forekommer i alle aldre, men er dobbelt så hyppig blant gutter og menn enn blant jenter og kvinner. Selvmord er det vanligste årsaken til at mennesker under 25 år mister livet. Og bak disse tallene ligger det minst ti ganger så mange selvmordsforsøk viser undersøkelser. Norge mangler også en eksakt oversikt over selvmordsforsøk.

Det er all grunn å være bekymret for de høye tallene og det faktum at utviklingen går i feil retning.

## New Public Management gir et kaldere, hardere samfunn

Helsepartiet mener at det tallorienterte, kulturløse og psykologiblinde styringssystemet New Public Management (NPM) som i dag preger norsk offentlig sektor med mål- og resultatstyring også i barnehager, skole og høyere utdanning, er svært uheldig. Kanskje er det også farlig, når vi ser hvordan barn og unge måles og vurderes fra de er veldig små og opp gjennom oppveksten. Fokuset på tallfestet effektivitet og produksjon tar ikke høyde for viktige samfunnsegenskaper som evnen til empati, omsorg, humor, motivasjon eller nærhet. NPM er med på å skape et kaldt prestasjonssamfunn der flere faller utenfor når de ikke når opp i sammenligningene. Altfor mange opplever meningsløshet og ensomhet. De som ikke henger med opplever ikke mestring. Som et resultat av et ekstremt fokus på individet de siste tiårene, på konkurranse fremfor samarbeid og på en amerikansk drøm om at «alle kan bli hva de vil bare de arbeider hardt nok», kan unge tro at de feiler på alle plan eller at de er «en mislykket person» fordi de ikke er gode nok i akkurat det som måles.

Helsepartiet er opptatt av at menneskeverdet er likt. I dag drukner dette i NPMs prestasjonsmålinger. Individfokuset og fokuset på frihet og uendelige muligheter for hver enkelt, kaster mørke skygger av ensomhet, mangel på samhold og omsorg, manglete fokus på andre og motivasjon til å løfte hverandre frem -og på hvordan vi kan skape et bedre samfunn.

De siste tiårene har fellesskapsløsningene i velferdsstaten gradvis blitt bygget ned. Helsetjenestene er under press, lokalsykehus legges ned, og det kuttes i stønader til mennesker som trenger hjelp. Samfunnet har blitt digitalisert og hos NAV -som altså skal hjelpe mennesker som er syke, har mistet jobben eller sliter med store økonomiske problemer- er det bortimot umulig å møte et menneske som skal hjelpe i nøden, altså en saksbehandler. Enda mindre, å møte forståelse, empati og aktiv hjelp. Også i NAV dreier det meste seg nå om å få saker unna, om å effektivere tallmålene ovenfra. NPM krever lojalitet til systemene fremfor til de menneskene systemer er satt der for å hjelpe. NAV handler altfor lite om de menneskene som behøver hjelp, om å skape økt livskvalitet eller gode samfunn. Iveren etter å passe på at ingen misbruker systemet eller urettmessig får penger de ikke skal ha, har som vi vet etter NAV-skandalen, ført til at mennesker i store kriser er blitt satt uskyldig i fengsel. Av et system som skulle ha hjulpet dem.

Det kan ikke utelukkes at den kraftige byråkratiseringen, og den instrumentelle tilnærmingen mange opplever i møtet med det offentlige -med sine avkryssingsbokser, samlebåndsbehandling, fastleger med kort tid til hver pasient, mistenkeliggjøringen hos NAV, ja rett og slett mangel på varme og omsorg i velferdsstaten- er en medvirkende årsak til økende selvmordstall i Norge.

Norge er blitt et hardere samfunn for syke mennesker. Mange trenger mer hjelp. Helsepartiet mener at det er helt nødvendig nå å styrke og opprettholde den norske velferdsmodellen, utvikle New Public Management og sørge for enkel tilgang til omsorg, støtte og nødvendig helsehjelp for alle. Vi må prioritere å ivareta befolkningens psykiske helse og forebygge selvmord.

Norge har lenge hatt en nullvisjon for antall trafikkdøde, som en «etisk veiviser og retningslinje».

### **Helsepartiet har vedtatt en nullvisjon for selvmord i Norge.**

Mål- og resultatstyringen i offentlig sektor påvirker både samfunnet og enkeltmenneskene som jobber under dette regimet. Også mennesker som må motta sine tjenester i dette systemet, preges av systemkulden. Mål- og resultatstyringen fører til at hensikten med tjenestene – nemlig å gi best mulig hjelp til den enkelte – tapes av syne. Fokuset er å levere målbare og tellbare resultater til ledelse og administrasjon, mens resultat og kvalitet på hjelpen i forsvinnende liten grad måles eller vektlegges. Dermed blir det mindre viktig.

Helsepartiet ser at dette systemet er svært usunt. Det er heller ikke sunt for ansatte å bli målt i alt de gjør, overvåket og mistrodd. Hele systemet bygger på mistillit og derfor føres det nitid kontroll. Mistro og mistillit smitter og skaper kulde, avstand og ensomhet.

### *Helsepartiet advarer mot et samfunn der pris og kroner trumfer verdi og menneskeverdet.*

#### **Helsepartiet vil**

- Jobbe for mer varme, omsorg og respekt i samfunnet, spesielt i møtet mellom det offentlige og innbyggerne.
- Opprettholde og utvikle velferdsstaten i tråd med den nordiske velferdsmodellen og utvikle New Public Management-tiltakene, spesielt mål- og resultatstyringen, helseforetaksmodellen, avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE) med sine såkalte ostehøvelkutt som fører til at offentlig ansatte får stadig mindre tid til hver enkelt sak. Dette iskalde effektiviseringssamfunnet er ikke det samfunnet Helsepartiet arbeider for.
- Organisere all helsehjelp på ett og samme forvaltningsnivå og med det utvikle samhandlingsmodellen som med sine kvasiøkonomiske incentiver har ført til konkurranse snarere enn samarbeid innen helsesektorens ulike deler. Den har også gjort pasienter til en uønsket utgift som alle vil at noen andre skal ta ansvaret for, med den følge at det altfor ofte ikke er noen som tar ansvar.
- Avvikle hele NAV og bygge opp igjen trygdekontorer, sosialkontorer og arbeidsformidling slik vi hadde, med fagfolk som har ekspertise på hver sine felt. Disse menneskene skal møte mennesker med hjelpebehov ansikt til ansikt og lytte. De skal bruke skjønn og sin kompetanse til det beste for den som trenger hjelp. Systemet må ikke ha seg selv som mål, men innbyggernes beste.
- Innføre en nullvisjon for selvmord etter modellen om nullvisjon for dødsfall i trafikken.



- Registrere antall selvmordsforsøk som krever behandling og sørge for at årsakene til selvmordsforsøk kartlegges og forskes på – det er behov for mer kunnskap om selvmord.
- Opprette sentere for selvmordsforebygging etter modell fra Danmark: hit kan fastleger og annet helsepersonell henvise mennesker i faresonen og de vil få nærmest øyeblikkelig hjelp.
- Ha mindre måling og vurdering av barn og unge, samt innføre et skolesystem som legger mindre press kontinuerlig prestasjoner. Barna må også oppleve egenverd, ikke bare prestasjonsbelønnes.
- Fjerne ordningen med kommunal driftsstøtte til psykologer og la pengene følge pasienten – slik vil køene reduseres.
- Jobbe for å hindre fattigdom, støtteordningene må styrkes (se vårt øvrige program). Fattigdom skaper sykdom og helseutfordringer. Men dette fungerer også motsatt; sykdom skaper i dag fattigdom fordi støtteordningene er utarmet.
- Ha en differensiert eldreomsorg – med gode hjemmetjenester for dem som kan og vil bo hjemme, opprette flere omsorgsboliger, bofelleskap og boenheter der eldre som trenger mer tilsyn. Også sykehjemskapasiteten må tilpasses de eldres behov, ikke systemets.

## 4. BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE ER HELE SAMFUNNETS ANSVAR

Vi vet at det ofte er vanskelig for barn og unge som sliter å få riktig hjelp, raskt nok. Feil hjelp kan i mange tilfeller gjøre situasjonen enda verre for barnet. Og den riktige hjelpen kan ofte være langt unna.

Utbrente barn og unge som sliter med å fullføre videregående skole er en utfordring både for samfunnet og for den enkelte. Årsakene til at barn og unge har det vanskelig er mange og sammensatte, det handler om mer enn press i samfunnet og psykiske lidelser. Det kan skyldes problemer i hjemmet med syke foreldre, dødsfall i familien, vold, rusmisbruk og fattigdom mm. Det kan også skyldes lærevansker, sykdom hos barnet eller mobbing.

Helsepartiet har gått inn for at vi skal innføre en norsk variant av TRUST-modellen som har fungert meget godt i Miami, USA. Der har man desentralisert hjelpetiltakene for barn slik at de som skal hjelpe er samlokalisert med skolene. Samtidig er alle ansatte på skolene, fra vaktmester til kontorpersonelet og lærerne opplært til å se etter signaler på at et barn ikke har det bra. Når dette oppdages handles det med én gang, altså samme dag. Barnet får en samtale med en såkalt TRUST-rådgiver som vurderer problemet og foretar seg noe der og da om nødvendig; de kaller gjerne foreldrene til en samtale. Ulike fagpersoner innen barnevern, familievern, psykologer, spesialpedagoger og så videre er tilgjengelig på skolene.

Miami hadde på nittitallet skyhøye selvmordstall blant skoleelevene og var en by med omfattende sosiale problemer. Miami var også da hovedinngangsporten for narkotika til USA. Kriminalitet, rus, misbruk og vold var et stort samfunnsproblem. I tillegg var det mange konflikter mellom ulike etniske grupper, innvandrersproblematikk og mye fattigdom. *Ved hjelp av TRUST-modellen lyktes Miami å redusere selvmordstallene ned til så godt som null og tallene har holdt seg lave siden.*

Også i Miami innførte de nulltoleranse for selvmord blant barn og unge. Noen reagerer på at selvmord er i fokus, men i praksis betyr en nulltoleranse riktig fokus og høy prioritering av tiltak som sikrer at barn og unge får hjelp raskt slik at situasjonen ikke forverres. Slik slipper den unge å bli fratatt troen og håpet om at det er hjelp å få, at den finnes.

Ved å flytte deler av barne- og ungdomspsykiatrien og annen kompetanse ut på skolene der barna er, blir fokus snudd fra behandling og reaksjon *til forebygging*. Tjenestene må rett og slett omorganiseres og ressurser i dette tilfellet flyttes fra spesialisthelsetjenesten til skolene.

Dette vil Helsepartiet innføre i Norge. Det vil ikke bli dyrere. Tvert imot er det mye å spare på å sette inn innsats som monner tidlig. Dette vil være med å hindre noen unge i å bli lovbrøtere, få rusproblemer, å skade seg selv og andre, bli syke og det vil forebygge frafall i skolen. Alt dette kan være starten på varig utenforskap, som igjen kan føre til sykdom, uførhet og i siste instans, til selvmord.

**Helsepartiet vil innføre en variant av TRUST-modellen i norske barnehager og skoler.**

## Unge med rusproblemer

Det er for liten kunnskap knyttet til rusproblemer i barne- og ungdomspsykiatrien. Det finnes barn og unge som bruker rus som flukt fra problemer. Når ungdom blir bragt inn på sykehus med rusforgiftning blir de bare unntaksvis spurt om hvorfor de har ruset seg. De blir i liten grad tilbudt oppfølging. Ungdomsrus kan være et signal om at noe er galt, derfor er det viktig at den unge får rask og riktig hjelp. Det finnes ikke noe tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjeneste for barn og unge under 18 år, til tross for mange barn så tidlig som i starten av tenårene utvikler alvorlige rusproblemer.

### Helsepartiet vil

- Sikre at unge med risikofylt bruk av rusmidler får effektiv behandling og oppfølging også i spesialisthelsetjenestene.
- Sørge for at barne- og ungdomspsykiatrien styrker sin kompetanse, for å oppdage og behandle rusproblemer.
- Gjenopprette ambulerende team «gatepatruljer» og forebyggende enheter i politiet som oppsøker ungdomsmiljøer og holder øye med og tilbyr hjelp til utsatte barn og unge.
- Utvide ordningen med fritak for egenandel hos fastlegen opp til 20 år slik at dårlig økonomi ikke skal hindre barn og unge i å oppsøke helsehjelp.

## 5. HELT NY SATSING PÅ DE MEST ALVORLIG SYKE PSYKIATRISKE PASIENTENE MÅ TIL OG DET HASTER

I 1960 fantes det over 18.000 senger i psykiatrien. I 2018 hadde vi under 4000 døgnplasser igjen. Mye var annerledes i 1960, da pasientene ble lagt inn for mange år – kanskje for resten av livet. Alle fylker hadde psykiatriske sykehus, tidligere kalt asyl. Det var også et riksdekkende sykehus, Reitgjerdet, for særlig farlige og vanskelige «sinnssyke menn».

Fra 1960-tallet og utover kom det stadig mer effektive medisiner mot psykoser på markedet og folketrygden gjorde at alvorlig psykisk syke ikke behøvde å bo i sykehus for å bli sørget for. Nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene begynte.

Det ble også avdekket kritikkverdige forhold og uønsket kultur ved asylene. Det er mørke kapitler i psykiatriens historie, ikke minst fra Reitgjerdet. Det har blitt sagt at inskripsjonen over Helvetes port fra Dantes Canto III «Den som trer inn her må la alt håp fare» gjerne kunne ha vært mottoet for Reitgjerdet. Skandalene knyttet til Reitgjerdet bidro også til et politisk ønske om en stort omleggingen av psykiatrien i Norge. Reitgjerdet sykehus ble besluttet nedlagt på 1980-tallet. Intensjonen var at de alvorligst syke, aggressive pasientene skulle få behandling og omsorg i lokale sykehus, og enkelte ved regionale sikkerhetsavdelinger.

I 2018 var bare 3390 døgnplasser igjen i norsk psykiatri. Mesteparten av behandlingen av psykisk syke skulle skje poliklinisk. Tankegangen om «asyl» er avleggs og pasientene skal bo i egne boliger. Ved behov blir de lagt inn på korttid. Det er liten tvil om at pendelen nå har svingt for langt i «spareretning». Det er nå alt for få plasser for de sårbare pasientene i psykiatrien. Nedbyggingen og nedprioriteringen fortsetter. Sengepostene er i dag overfylte med alvorlig syke pasienter -også på korridorene. Allikevel er det planlagt en ytterligere 25 prosent kutt i antallet sykehussenger fremover!

I Norge i dag har mennesker med alvorlig psykisk sykdom 20 år kortere forventet levetid enn gjennomsnittet av befolkningen. 60 prosent av dødsfallene hos psykisk syke skyldes somatisk sykdom som kunne vært forebygget. Blant annet derfor blir det ansett som viktig at psykiatrien samlokaliseres med somatikken på vanlige sykehus. Et stort akuttpsykehus er imidlertid lite egnet for langtidsbehandling for pasienter som trenger plass, ro og stabilitet. Psykiatriske pasienter er vanligvis ikke sengeliggende, de trenger plass og rom for å bli bedre, ikke bare en seng. Deler av psykiatrien -da spesielt akuttpsykiatrien- kan samlokaliseres med somatikken, *men for pasienter med behov for langvarig hjelp mener Helsepartiet at egne sykehus med psykiatrisk ekspertise er bedre.*

Det er også tydelig at de «vanlige» sykehusene -slik de er organisert i dag via helseforetak med fokus på innsatsstyrt finansiering, rask behandling og gjennomstrømming av pasienter som skal skrives ut til kommunene- ikke prioriterer psykiatrien. Dette fordi langvarig behandling er ikke økonomisk lønnsomt for sykehusene. At det ville være «lønnsomt» både for pasienten, de pårørende og for samfunnet, fremkommer ingen steder. Helseforetakene har ikke etterkommet helseminister Bent Høies klare pålegg om at det skal være størst vekst i psykiatrien. Dette til tross for at disse befalingene har kommet helt siden han tiltrådte som helseminister i 2013. Andre pasientgrupper med større appell og tunge somatiske fagmiljøer trekker stadig de store ressursene. Omsorg er tilsynelatende ikke lenger en oppgave for spesialisthelsetjenesten, nå skal omsorg gis i kommunene/bydelen som ofte hverken har ressurser, kompetanse eller juridisk mulighet til å gi nødvendig støtte, omsorg og nødvendig tilsyn til pasienter som mangler evne til samhandling, autonomi og ofte ikke har sykdomsinnsikt eller samtykkekompetanse. Sykehusene er i dag ikke rigget for å prioritere individuell og langvarig behandling.

Pakkeforløp ved alvorlig psykiatrisk sykdom er kritisert av mange, fordi det kan være u hensiktsmessig og kanskje sågar skadelig. Raskt inn og kjapt ut, med stadige reinnleggelser, utgjør en tilleggsbelastning for pasienter og ikke til gunst for ansatte eller samfunnet.

Med den dramatiske reduksjonen av døgnplasser i psykiatrien, finnes det i dag ikke nok senger til akutt pasienter. Derfor må også psykiatriske pasienter ligge på korridorer -noe som kan være både uheldig og farlig for andre pasienter og for ansatte. En seng på en korridor gir ikke alvorlig syke pasienter den ro som ofte er avgjørende for deres helbred. Psykiatrien har forandret seg mye etter at vi fikk medikamenter som raskt gjør mange av disse pasientene symptomfrie. Behandlingen er blitt fokusert på psykofarmaka og demping av symptomer, mens årsaksbehandling, miljøbehandling og omsorg er prioritert ned. Med effektiv symptomdemping har det blitt mulig å skrive pasientene raskt ut, innimellom uten annen nødvendig behandling, og ofte til en vanskelig livssituasjon med lite oppfølging i kommunene.

Pasientene skrives også ut stadig raskere. Det er en naturlig konsekvens av et underdimensjonert helsevesen. I tillegg melder ansatte at de som blir skrevet inn er stadig sykere, fordi terskelen for innleggelse er blitt høyere. Muligheten til å holde på pasienter mot deres vilje har samtidig blitt mindre. Nå kan pasienter skrive seg selv ut etter kort tid, og mot helsefaglige råd fra de ansatte. Dette er til gunst for helseforetakets økonomi, men ikke for pasienten, og kanskje heller ikke for samfunnet.

Noen av mest alvorlige psykiatriske sykdommene gir seg utfall i psykose; en realitetsbrist som kan gi vrangforestillinger, sviktende dømmekraft eller paranoia. Psykose oppstår hovedsakelig som en følge av tre sykdommer/tilstander: schizofreni, bipolar lidelse og organisk psykose (hovedsakelig forårsaket av ruspåført hjerne/hjerneskode). Også såkalt akutt ruspåført psykose sees hyppig, og dette er en relativt raskt forbigående tilstand, men rusmisbruket kan også dekke til en underliggende schizofreni som ved korte innleggelser ofte ikke blir diagnostisert.

I den moderne tenkningen rundt psykiatri skal også alvorlig syke psykiatriske pasienter raskt ut av sykehusene. Med dagens medisiner kommer en del psykosestilstander ganske raskt under kontroll. Dette fører til at mange pasienter med lav evne til å ta vare på seg selv skrives raskt ut. Verd å merke seg; ved første gangs psykose kan man i de fleste tilfeller avhjelpe så psykosen ikke gjenoppstår. Ved annen gangs psykose er det vanskeligere og for hver gang en pasient får psykose øker risikoen for at sykdommen blir kronisk. Da går pasienten over i en tilstand hvor psykosen kan vende tilbake resten av livet. Det må derfor være et viktig mål å hindre tilbakefall. Raske utskrivninger fører økt fare for at flere blir alvorlig syke gjentatte ganger, med alle de lidelser og omkostninger som følger. Dette er en stor bekymring hos mange fagfolk.

***Det er derfor avgjørende at psykosepasienter får kvalifisert hjelp allerede ved første gangs hendelse.***

Helsepartiet er kritiske til pakkeforløp for psykiatriske pasienter. Overføring av store deler av psykiatrien fra spesialisthelsetjenesten til kommuner uten ressurser, er en trussel både mot pasienter og øvrig befolkning. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene blir presentert som tiltak «til beste for pasientene». Det er nytale / tåketale. Dette er tiltak som først og fremst sparer helseforetakene for utgifter. Mindre ressurser på et lavere behandlingsnivå er sjelden godt nytt for pasientene.

Pakkeforløp kan muligens være en idé for de minst alvorlig psykisk syke, de som er under utredning og frem til diagnose er stilt, dersom det kan gå fortere enn i dag. Samtidig vil mange fagfolk være uenige i dette fordi raske utredninger ofte betyr dårlige utredninger. Da risikerer vi feil diagnoser og feil tiltak. Psykisk sykdom handler om mer enn diagnoser, det handler også mye om årsaker, pasientens livssituasjon og evne til å mestre hverdagen. Rigide forløp og fokus på effektivitet er det motsatte av det disse pasientene trenger. De mest alvorlig syke har behov for tid, ro og individuell behandling. Ansatte forteller om stadig sykere pasienter, at de skrives ut mens de fremdeles er svært syke så poliklinikkene må håndtere mer alvorlig syke pasienter. I tillegg blir de flere og flere – ergo mindre tid til hver enkelt.

### **Helsepartiet vil**

- Jobbe aktivt imot den planlagte nedleggelsen av Gaustad psykiatriske sykehus som har et meget godt tilbud til psykiatriske pasienter i vakre, landlige omgivelser med plass, ro, meningsfulle aktiviteter og muligheter for langtidsbehandling. På Gaustad sykehus er det ergoterpiavdeling, kafé og teater som pasientene driver, malerverksted og utstillingsmuligheter. Der er hester og eplehage, samt høyt spesialisert personale med riktig kompetanse. Det er plass til å utvide og utvikle sykehuset uten å bryte med vernebestemmelser. Det finnes planer for en slik utvidelse og fornyelse fra 2011. Den bør tas frem igjen.
- Jobbe for at alle pasienter som trenger det skal få mulighet til langtidsbehandling i egnede omgivelser, så lenge de har behov for det. Noen kan bli friske og velfungerende etter så lenge som fem eller syv år. Andre vil kanskje aldri bli helt friske, men kan få et godt liv med meningsfylt innhold i trygge og stabile omgivelser.

- At pasientene i psykiatrien skal få godt tilpassede, individuelle tilbud fra spesialister, av lang nok varighet. De skal ikke flyttes rundt. Hele livssituasjonen til pasientene må vurderes og pasienter som har lav evne til å fungere autonomt må få plass på en spesialisert døgnavdeling. Raske utskrivninger bør ikke være et mål i psykiatrien. For pasienter med psykoseproblematikk må det settes inn ekstra innsats og ressurser for å forhindre tredjegangsgjennombrudd.
- Øke antallet døgnplasser til behovet er dekket, slik at alle kan få forsvarlig behandling.

## Farlige pasienter

Langt de færreste av de psykiatriske pasientene blir voldelige. Av 100 pasienter med psykose er det svært få som utagerer, men det er vanskelig å forutse akkurat hvem og når. Det eneste sikre faresignalet er at pasienten har vært voldelig tidligere. Dersom psykotiske pasienter blir voldelige kan de være svært farlige.

Pårørende og samfunnet må beskyttes mot de farligste pasientene. For å sikre samfunnet må vi ha kapasitet til å behandle alle de 100 pasientene bedre for å forhindre vold fra de få. Det er ikke å be om for mye.

## Innsatte i fengsler med alvorlig psykiatrisk sykdom

Det er velkjent at fengselspsykiatrien er i alvorlig krise. Den har også altfor knappe ressurser og vanskeligheter med å få alvorlig syke innsatte lagt inn på sikkerhetsavdelingene. Disse er allerede overfylte. Fengslene har lite annet å hjelpe seg med enn isolat for de sykeste innsatte. Det kan være svært uheldig fordi opphold i isolat kan være sykdomsforverrende og skadelig. Av hensyn til ansatte og andre innsatte er dette innimellom det eneste alternativ. Isolasjon blir jevnlig brukt mot psykisk syke innsatte, med den potensielt forverrende effekt det kan ha.

Dette er ikke holdbart. FN har kritisert Norge for brudd på menneskerettighetene nettopp med isolasjon av psykisk syke innsatte. Også disse menneskene har krav på helsehjelp, og ikke å bli holdt unødig adskilt fra andre.

Helsepartiet er bekymret for mangelen på helsehjelp i norske fengsler. Å ikke gi mennesker helt nødvendig helsehjelp faller inn under begrepet tortur. Det er forbudt ved Grunnlovens §96.

### Helsepartiet vil:

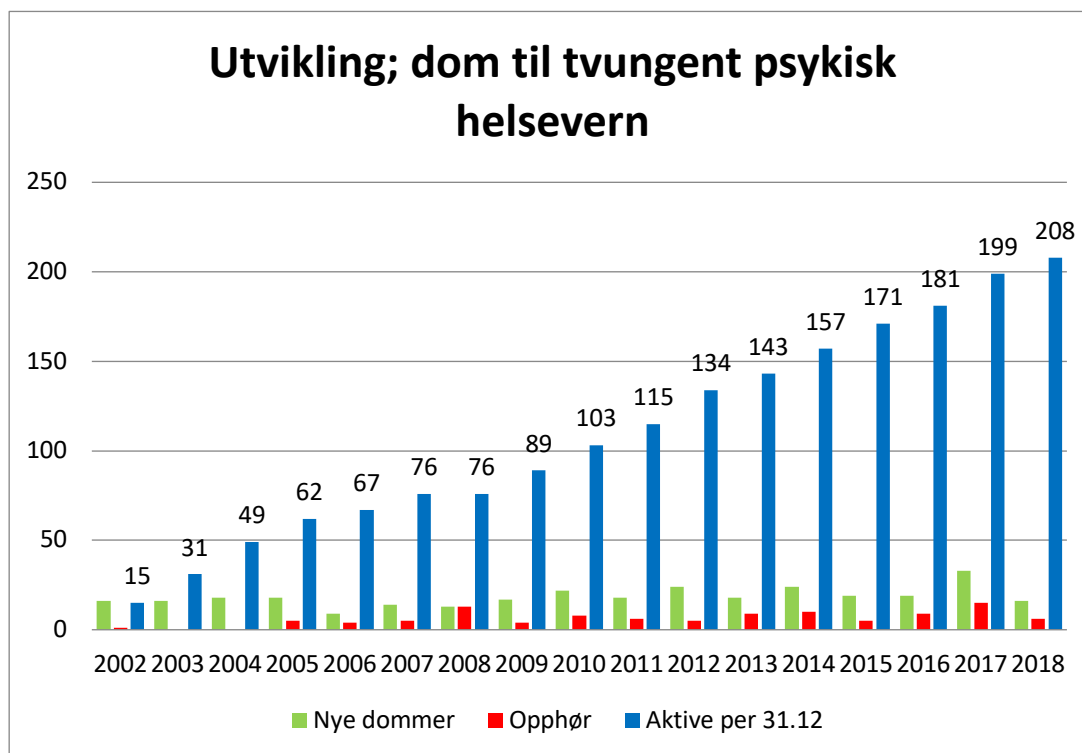
- Sørge for at Norge etterkommer FN's anbefalinger:
  - sørge for at kapasiteten på psykiatriske avdelinger i fengsler er store nok.
  - forby bruk av isolasjon mot psykisk syke fanger, spesielt når det gjør dem sykere.
  - Sikre at alle fanger får god nok mental helsehjelp.

- Bygge ut flere plasser ved regionale sikkerhetsavdelinger slik at disse også kan ta imot innsatte fra fengslene. Sån vil syke innsatte sikres nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

## Regionale og lokale sikkerhetsavdelinger (RSA) er fulle og til dels i svært dårlig stand

Sikkerhetsavdelingene er psykiatriske avdelinger for de aller farligste pasientene. For noen tilstander er grov vold en del av sykdommen, og disse pasientene krever svært spesifikke omgivelser og fagansatte.

I Norge er både regionale sikkerhetsavdelinger og lokale sikkerhetsavdelinger fulle av alvorlig syke pasienter som er dømt til psykisk helsevern. Økningen av fanger som blir dømt til psykisk helsevern er stor, og hvert år går det flere inn i ordningen enn det går ut. Antallet er stadig voksende. Ordningen ble innført i 2002 da kun 15 personer ble dømt. I dag er over 200 pasienter dømt til behandling, som psykiatrien altså ikke kan skrive ut annet enn gjennom en rettslig prosess.



Situasjonen for pasientene ved den regionale sikkerhetsavdelingen på Dikemark i Asker er prekær. Dikemark tar imot pasienter med det høyeste behovet for sikkerhet fra hele Helse Sør-Øst. RSA på Dikemark holder til i bygg som nå er i så dårlig stand at personalet ved flere anledninger og i mange år har varslet om at forholdene ikke er forsvarlige. Deler av bygningsmassen er kondemnabel, med løse vinduer og sprekker i tak og vegger. Etter planene skulle en ny, regional sikkerhetsavdeling stått ferdig på Ila i Bærum i første halvår



2021. På grunn av problemer med regulering av tomten er prosjektet utsatt på ubestemt tid. Det er nå uklart om byggingen i det hele tatt vil la seg gjennomføre på Ila.

Helsepartiet mener det er sterkt kritikkverdig at Helse Sør-Øst (HSØ) og Oslo Universitetssykehus (OUS) ikke har evnet å utbedre forholdene ved Norges mest utslitte sykehusbygg. HSØ og OUS skulle ha prioritert å bygge ny, regional sikkerhetsavdeling for flere år siden, men har i stedet brukt voldsomt med energi, ressurser og antatt 300 millioner kroner (!) på stadige endringer i planen om å legge ned Ullevål sykehus og bygge nytt på inngangspartiet til Rikshospitalet og på Aker-tomten. Det er grunn til å tro at reguleringsproblemene ved Ila må ha vært kjent for HSØ lenge. De skulle ha vært håndtert ved at man utredet en alternativ plassering for nytt RSA for lenge siden. Med dagens situasjon passer det ironisk nok godt for de som ivrer etter å bygge nytt og dyrt på Gaustad (ledelsen i HSØ og OUS) å «slippe å bruke penger» på nytt RSA. De har byggeplaner for 50 milliarder på Gaustad-Aker som de prioriterer. Problemet er bare at pasienter og ansatte fremdeles trenger et nytt RSA. Og nå haster det.

### Helsepartiet vil

- Jobbe for å sikre at det snarest bygges en ny, regional sikkerhetsavdeling i OUS som kan erstatte de utgåtte byggene på Dikemark. Den nye sikkerhetsavdelingen må ha god nok kapasitet til alle alvorlig sinnslidende innsatte som ikke kan hjelpes ved vanlige psykiatriske avdelinger. Det nye sykehuset må være stort nok til å kunne driftes med egnede aktiviteter for pasientene, vakthavende leger, laboratorietjenester, sosionomtjeneste, vaktmestertjenester og transportmuligheter, kjøkken og sekretærfunksjoner siden det vil ligge langt unna andre kliniske funksjoner ved OUS.

### Pasienter med behov for behandling som motsetter seg helsehjelp - ny «lov om begrensning av tvang»

Et lovforslag som skal begrense bruken av tvang i psykiatrien til et minimum er under behandling. Dette forslaget har allerede blitt en bekymring for helseansatte som mener at en slik lov kan bli til fare for pasienten. For å behandle pasienter som mangler innsikt i egen sykdom er tvang nødvendig. En del av sykdomsbildet er at mange motsetter seg behandling, og dette er ofte de mest alvorlig syke pasientene. Disse kan stå fare for å skade seg selv eller andre. Konsekvensen av det nye lovforslaget kan bli at helsetjenesten står uten muligheter til å gi nødvendig helsehjelp til alvorlig syke som motsetter seg behandling. Alle pasienter må sikres forsvarlig helsehjelp, uavhengig av om de har evne til å samtykke eller ei. Helsepartiet mener at staten må ta et større ansvar, mens dette lovforslaget gjør det motsatte: staten fraskriver seg ansvar.

Det er fare for at pasienter, som følge av manglende behandling, kan komme til å skade både seg selv eller andre. Dom og fengsel eller tvungent psykisk helsevern kan følge. I lovforslaget ligger også et forbud mot tvungen medisinerings med antipsykotika, samt bruk av



mekaniske hjelpemidler. Spørsmålet er da hvordan helsepersonell skal kunne håndtere en farlig situasjon.

I 2017 ble lovendringer vedtatt, som begrenset muligheten til tvang. Unødvendig bruk av tvang er selvsagt svært uheldig og det er åpenbart at tvang må benyttes riktig. Helsepartiet mener at gode retningslinjer er veien gå. Tvang er dessverre ofte nødvendig for at psykisk syke skal kunne få nødvendig helsehjelp i en akutt situasjon.

Lovendringen i 2017 gikk blant annet ut på at manglende samtykkekompetanse (et dårlig definert begrep) var et vilkår ved bruk av tvungent psykisk helsevern i behandling. Dette har ført til at det har blitt vanskeligere å få innlagt pasienter som motsetter seg. Fortvilte pårørende melder om fullstendig uholdbare situasjoner og det samme gjør fagfolk.

De pårørende må ta ansvar for svært syke pasienter **som er for syke til å innse at de trenger behandling**, men som ikke er **syke nok** til at de kan tvinges til behandling. Mange blir også «svingdørspasienter»; lagt inn under tvang, men så oppstår det tvil om hvorvidt pasienten er samtykkekompetent, og mange pasienter skrives derfor raskt ut igjen.

## Helsepartiet vil

- Stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien.
- Opprette flere, egne psykiatriske sykehus med langtidsplasser der det legges til rette for høy grad av omsorg og en meningsfull og trygg tilværelse for pasienter som fungerer dårlig i samfunnet og i vanlige sykehus.
- Ha langt flere sengeplasser for akuttpsykiatri som gjerne kan være samlokalisert med somatikken for akuttpasienter og pasienter med behov for langtidsbehandling, som også trenger annen helsehjelp.
- At fastleger som henviser pasienter til psykisk helsevern og får avslag, alltid skal få en begrunnelse og konkrete råd om videre behandling av pasienten.
- Sikre tilstrekkelig spesialistkompetanse i alle enheter i psykisk helsevern.
- Utarbeide en plan for å sikre bedre rekruttering av leger til psykiatrien.
- Gå inn for at det skal bli lettere å behandle pasienter med behov for behandling under tvang i en lengre periode, men under streng kvalitetskontroll og kun når dette utvilsomt er til det beste for pasienten. Manglende innsikt i egen situasjon og manglende forståelse av virkeligheten – at pasienten ikke erkjenner sykdom og motsetter seg behandling på grunn av sykdommen- er vanlig ved en del psykiatriske lidelser. Ved slik sykdom kan den eneste måten å gi forsvarlig helsehjelp være ved bruk av tvang. Tvang må selvsagt begrenses til det som er til det beste for pasienten og må ikke omfatte ting som ikke er nødvendig for å behandle pasienten for den aktuelle sykdommen.
- Ikke ha pakkeforløp for behandling av personer med alvorlig psykiatrisk sykdom.
- Erstatte Bent Høies utskjulte «gylne regel» om at psykisk helsevern og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken i spesialisthelsetjenesten. Ingen helseforetak har klart å nå denne målsetningen, annet enn det SSB kaller «prosentvis vekst» som er tallmagi fordi vekst fra en liten sum til litt høyere kan fremstilles som «større

vekst» (fra 1 krone til 2 kroner er 100% vekst) enn en adskillig større vekst fra et høyere utgangstall (Fra 100 millioner til 110 millioner er bare 10% vekst). Den gyldne regel må erstattes med en konkret opptrappingsplan med øremerkede midler snarest.

## Ikke alle pasienter med psykisk sykdom kan eller skal være på sykehus hele tiden

Mange pasienter med alvorlige sykdommer som schizofreni og bipolar lidelse kan fungere godt. Kun 10-20 prosent har et langvarig behov for døgnopphold. Alle med en alvorlig psykiatrisk sykdom må følges tett opp i kommunene. Ettervernet etter opphold på sykehus er ofte dårlig og nærmest ikke-eksisterende. Manglende ettervern øker risikoen for tilbakefall. Spesielt viktig er god hjelp etter utskrivelse fra langvarig sykehusopphold for unge pasienter som har vært innlagt lenge i barne- og ungdomspsykiatrien. Unge mennesker som har gått glipp av utdanning, mangler nettverk, har små muligheter til å få seg arbeid, som kanskje sliter med NAV og som mangler trening i å bo for seg selv, må få spesiell oppfølging. Disse unge, sårbare menneskene kan ikke overlates til seg selv gjennom lange dager uten meningsfylt innhold, i en kommunal bolig, bare med besøk av psykiatrisk sykepleier én gang i uken.

Personer med alvorlig psykisk sykdom må følges opp langt bedre i kommunene.

### Helsepartiet vil

- At pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og risiko for akutt forverring, skal sikres tilgang til stabil og kvalifisert helsehjelp over tid, gjerne i form av tverrfaglige ambulante team.
- At det skal utarbeides funksjonelle kriseplaner for pasientene, med beskrivelse av hva pasienten skal gjøre i krisesituasjoner. Disse bør også hjelpeinstansene kunne få tilgang til, raskt og enkelt ved behov.
- At pasienter med alvorlig psykisk lidelse skal være sikret et godt kommunalt botilbud, med nødvendig tilsyn og oppfølging fra helsepersonell.
- At hjemmetjenestene, fastlegene og annet helsefaglig personell skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten når pasienter skrives ut til kommunene. I dag mangler mange, spesielt i hjemmetjenestene kunnskap om pasientene de skal ta hånd om. Det kan skape både frykt og usikkerhet i møte med pasientene. Det må utvikles et langt bedre samarbeid og de ansatte i hjemmetjenestene må få nok opplæring om den enkelte pasient til at de er trygge på situasjonen. De må også ha en ansvarlig lege de kan henvende seg til om det oppstår problemer. I dag er det ofte slik at når en pasient er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten er ansvaret overlatt til kommunen. Sykehusene har ingen assistanse å tilby. I akutte situasjoner må hjemmetjenesten kontakte politiet som stadig mangler kapasitet eller vegrer seg for å rykke ut.
- Sikre at pasienter med alvorlige psykiske sykdommer som ikke får døgnbemanning, har tilgang på rask, spesialisert hjelp hele døgnet.

- At fastleger må ha lett tilgang på kunnskap for oppfølging av pasienter med en spesialist.
- Gå inn for at poliklinikk, ambulant virksomhet og døgnbehandling samlokaliseres i størst mulig grad, og at bestemte fagfelt lokaliseres i samme avdeling. Da vil man oppnå bedre kontinuitet i behandlingen. Avdelingen der pasienten var innlagt, vil kunne følge ham eller henne opp videre med den kunnskap de har.
- Sikre at pasientens behov for riktig kompetanse, oversikt, kontinuitet og forutsigbarhet er i fokus hos alle relevante individer og instanser.
- Unge som skrives ut av barne- og ungdomspsykiatrien må få tett oppfølging og hjelp til å komme i aktivitet, skole eller arbeid. Den unge må få et tilbud som oppleves som meningsfylt, samt sikres samfunnsopplæring, økonomisk støtte og praktisk hjelp til å mestre hverdagen. Det bør legges inn stor innsats for å sikre at den unge pasienten får mulighet til å klare seg godt i samfunnet etter utskrivning. Det er viktig både for pasienten, pårørende og samfunnet.