



01.09.22

Høringsinnspill til opptrappingsplan for psykisk helse

Norske Kvinners Sanitetsforening er Norges største kvinneorganisasjon med over 43 000 medlemmer og 600 lokalforeninger. Vi ønsker å legge frem utfordringer knyttet til tre målgrupper innenfor psykisk helse, med medfølgende forslag til tiltak:

- Barn og unge
- Voldsutsatte
- Sårbare kvinner

Utfordringer for barn og unge

Flere studier har påvist negative konsekvenser for barn og unges psykologiske utvikling ved å vokse opp med dårlige levekår eller i en familie med lav sosioøkonomisk status. En rekke undersøkelser viser også at det er en økning i ungdoms selv-rapporterte psykiske helseplager, og denne økningen er større for jenter enn for gutter¹. Flere kommuner rapporterer også om en økning i antall henvendelser for psykiske helseproblemer fra barn og unge.² Tiltak som sikrer god psykisk helse for barn og ungdom krever en prioritert og målrettet innsats mot å løfte familier ut av vedvarende lavinntekt. Vi er bekymret over den økningen vi opplever av flere familier som havner i vedvarende lavinntekt og de konsekvenser dette medfører for barn og unge i et livsløpsperspektiv. Barn i familier med svak økonomi deltar sjeldnere på aktiviteter enn andre barn, har færre materielle goder og større risiko for helseproblemer enn andre barn. Nasjonale myndigheter må legge bedre til rette for at alle barn og unge skal oppleve mestring, tilhørighet og inkludering, samt tilrettelegge for at frivillige organisasjoner kan være et supplement til det offentlige. Universelle tiltak som fokuserer på tidlig innsats og god tilgjengelighet for både foreldre og barn må styrkes.

Tiltak for barn og unge

- Barn og unge må sikres tilgang til likeverdige helsetjenester. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom må styrkes.

Barnekonvensjonen gir barn rett til likeverdige tjenester uavhengig av hvor de bor. I 2018 anbefalte FNs barnekomité at Norge øker sin innsats for å avskaffe regionale forskjeller i tjenestetilbudet. De anbefaler at området psykisk helse får tilstrekkelige ressurser, både

¹ [Samspill mellom subjektivt og objektivt velvære blant norske ungdoms mentale helse](#)

² [Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2021: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene](#)



generelt og i forhold til behovene i den enkelte kommune. Myndighetene må sikre at befolkningen gis likeverdige tjenester og at ikke kommuneøkonomien avgjør hvilken tilgang barn og foreldre tilbys, samt hvilken kvalitet dette tilbudet har. Det er statens ansvar å sikre at barrierer for likeverdig tilgang som for eksempel, økonomiske, institusjonelle og kulturelle identifiseres og elimineres, identifiseres og elimineres. Forebygging og tidlig innsats for å motvirke utenforskap må prioriteres i de kommunale tjenestene som møter barn og unge. Selv om barn på papiret har tilgang til helsehjelp, så er det barn i dag som ikke har tilgang på fastlege på grunn av deres oppholdsstats. Å ha tilgang til en lege som kjenner barnets og deres historikk er viktig for å yte god helsehjelp for sårbare grupper³. Både kompetanse og kvalitet i tjenesten må sikres. Vi mener at et viktig tiltak vil være å prioritere og løfte skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. En studie fra Sintef⁴ viser at det er for få helsesykepleierstillinger for å dekke behovet ut fra gjeldene normtall. Helsesykepleiere og lærere er viktige for å fange opp barn og unge som sliter tidlig.

Utfordringer for voldsutsatte

Siste nasjonale forekomstundersøkelse⁵ viste at omtrent 8% kvinner og 2% menn hadde blitt utsatt for alvorlig vold av sin partner, mens omtrent 15% av både kvinner og menn oppgav å ha blitt utsatt for mindre alvorlig vold av sin partner. Omtrent 5% av både kvinner og menn oppgav at de hadde blitt utsatt for alvorlig fysisk vold fra foresatte i barndommen. Tall fra Vista analyse⁶ estimerer at alvorlig vold i hjemmet koster samfunnet 19-25 milliarder kroner årlig, men legger til at kostnaden trolig er mye høyere med tanke på store mørketall i voldsstatistikken. Selv om kostnadene estimert er høye og drastiske, er de største konsekvensene for individet, blant annet gjennom tap av livskvalitet og lidelser av psykisk og fysisk karakter.

Gjennom Istanbulkonvensjonen⁷ foreligger en rekke konkrete forpliktelser for staten og kommunene, som krever målrettede og koordinerte tiltak på flere nivåer, i tillegg til samarbeid med sivilsamfunnet og frivilligheten. Gjennom krisesenterlova §4 er kommunene pålagt å tilby voldsutsatte en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet. Slik det påpekes både i Riksrevisjonens rapport om myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner og av NKVTS/NORCE i rapport om kommunenes arbeid og oppfølging i reetableringsfasen er det ingen instans i kommunene som har et overordnet ansvar for å sikre et helhetlig eller tilrettelagt tilbud til voldsutsatte. Selv om krisesentrene ofte strekker seg langt for å sørge for en oppfølging i reetableringsfasen, er ikke dagens tilbud til for utsatte i nærhet av hva

³ [Helserettigheter for «papirløse»](#)

⁴ [Helsesykepleiere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2020](#)

⁵ [Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv](#)

⁶ Estimert presentert på konferanse mars 2022

⁷ [Istanbulkonvensjonen](#)



de har krav på og oppfølgingen møter ikke deres behov. Oppfølging og ivaretagelse av voldsutsatte er per i dag mangelfull og variert ut ifra lokale forhold. Det er særlig viktig at barn som utsettes for og erfarer vold i hjemmet får en oppfølging som er tilrettelagt deres behov.

En konsekvens av manglende oppfølging kan være retur til relasjonen hvor man tidligere er blitt utsatt for vold, eller at man ikke får bearbeidet sine opplevelser og lever med større psykiske og fysiske belastninger. For å sikre en bedre oppfølging er det viktig med en gjennomgang av krisesenterlova og dagens krisesentertilbud, hvor ansvar og krav til oppfølging av utsatte voksne og barn tydeliggjøres. Det er viktig at vold i nære relasjoner blir et tydeligere satsningsområde for myndighetene på flere nivå, både i form av opplæring, bevisstgjøring og bedre oppfølging- og behandlingstilbud, noe som vil føre til viktig forebygging. Dette vil på sikt spare samfunnet med store utgifter og bygge en sunnere nasjon.

Tiltak for voldsutsatte

- Alle kommuner i Norge må sette av ressurser til en familievoldskoordinator. Hver kommune må få en familievoldskoordinator som samarbeider tett med krisesentrene, politiets familievoldskoordinator og andre aktuelle tjenester, og som følger opp og koordinerer handlingsplanarbeidet.
- Myndighetene må sørge for at alle kommuner har en aktiv handlingsplan mot vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, der kommunenes krisesentertilbud står i sentrum av arbeidet.
- Myndighetene bør nedsette et utvalg for oppfølging av voldsutsatte.
- Myndighetene må sikre et godt krisesentertilbud over hele landet.
- Myndighetene og utdanningsinstitusjonene må sikre voldskompetanse inn i fagplan for høyere utdanning til alle relevante yrkesgrupper som politi, helsepersonell, Nav, sosionom, eldre, barnehage og skole.
- Myndighetene og virksomhetseiere må sikre god undervisning i skole, og på andre relevante arenaer slik som eldresenter, sykehjem og menigheter, om samtykke, vold og seksuell trakassering.
- For å forebygge vold må man ha kunnskap om utøvere og det må foreligge et nasjonalt tilrettelagt hjelpetilbud for oppfølging av utøvere/overgripere.
- Myndighetene må legge bedre til rette for at frivillige og ideelle aktører kan bidra med voldsforebyggende tiltak i lokalmiljøet.



Utfordringer for sårbare kvinner:

Personer med etnisk minoritetsbakgrunn oppsøker sjeldnere helsetjenester enn etnisk norske nordmenn. På grunn av språklige og kulturelle barrierer, manglende kunnskap om systemet eller egen kropp, utgjør de en særlig sårbar gruppe. Dette fører til ulikhet i helse og ulik tilgang til helsetjenester.

Innenfor reproduktiv helse og kvinners rett til å gjennomføre svangerskap og fødsel slik de selv ønsker, er det spesielt tydelige ulikheter. Innvandrerkvinner som har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep eller kjønnslemlestelse i hjemlandet er mer utsatt for både fødselskomplikasjoner og svangerskapsdepresjon som følge av de tidligere fysiske og psykiske traumene. Enkelte grupper innvandrede kvinner har høyere risiko for alvorlige komplikasjoner under fødselen, får mindre smertelindring under fødsel, har høyere risiko for dødfødsel og er overrepresentert blant dem med barseldepresjon. Depresjon under svangerskap og spedbarnstid (perinatal depresjon) forekommer hyppig og er til skade for mor, barn, familie og samfunn⁸. Forekomsten av fødselsdepresjon er dobbelt så høy blant etniske minoritetskvinner i vestlige land sammenliknet med vesteuropeiske kvinner. I tillegg til at hormonendringer antakelig spiller inn for alle som utvikler fødselsdepresjon, ser det også ut til at kvinner som tidligere har hatt depresjon og/eller relativt nylig har opplevd en belastende livsendring er mer disponerte enn andre for å utvikle fødselsdepresjon⁹.

Det mangler psykisk helsetilbud til unge jenter og kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse. Prosedyren som utføres under kjønnslemlestelsen kan være svært traumatisk, og fører ofte til langsiktige psykiske problemer og traumer. Vi foreslår en rekke tiltak for å forbedre oppfølgingen av jenter og kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse.

Tiltak for sårbare kvinner:

- Innføre flere lavterskel tiltak slik som Flerkulturell doula¹⁰ En flerkulturell doula har etnisk minoritetsbakgrunn, og har selv innvandret til Norge og født barn her. En flerkulturell doula er en emosjonell og praktisk støtte. Tilbudet skal ikke erstatte ordinær oppfølging i helsevesenet, men komme i tillegg.
- Oversette Mamma Mia til flere språk¹¹. Mamma Mia er et forskningsbasert selvhjelpsprogram som fremmer trivsel og helse for mor, barn og partner i tiden før og etter fødselen.

⁸ [Fødselsdepresjon. Fy skam til Regjeringen.](#)

⁹ [A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population](#)

¹⁰ [Flerkulturell doula](#)

¹¹ [Mamma Mia](#)



- Det er behov for en egen og ny handlingsplan mot kvinnelig kjønnslemlestelse som også omhandler helse, og som tydelig plasseres i Helsedirektoratet. Det er avgjørende at det følger midler med en slik handlingsplan.
- Det finnes i dag gjenåpningstilbud ved flere sykehus. Slike tilbud er avhengig av sykehusets ressurser og prioriteringer, og vi har derfor ikke et likeverdig tilbud. Det mangler helhetlig oppfølging, og tilbudet er fokusert på det fysiske inngrepet, ikke på psykologisk og seksuell rådgivning. For å sikre et helhetlig tilbud er det behov for lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten, med et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det argumenteres i dag med lite behandlingsgrunnlag, men dersom modellen er riktig, kan man anta at flere ønsker å benytte seg av et slik tilbud.
- Det er behov for at et nasjonalt kunnskaps- og kompetansemiljø knyttet til kjønnslemlestelse blant annet kan bidra til å sikre økt kompetanse hos helsepersonell, godt innhold i tilbudet som gis og i oppfølgingen i etterkant.
- Det bør opprettes egne tilbud for par der en part har gjennomgått kjønnslemlestelse, med veiledning og rådgivning rundt seksualitet og samliv.
- Samtale om kvinnelig kjønnslemlestelse må startes av helsepersonell, ikke pasient. Helsepersonell melder om mangel på verktøy, både til samtale og i oppfølging. Helsepersonell må få mer kunnskap om helsekonsekvenser av kjønnslemlestelse. Jordmødre og fastleger som møter gravide jevnlig under svangerskap, samt i barseltiden, er nøkkelpersoner. Myndighetene må iverksette tiltak for å sikre mangfold blant alle typer helsepersonell.
- Likepersoner, ideelle aktører og frivillighet må involveres aktivt for å nå pasientene. Kvinner utsatt for kjønnslemlestelse er en mangfoldig gruppe. Noen har behov for å øke sin helsekompetanse, andre trenger å få informasjon om eksisterende helsetilbud. Frivillige organisasjoner som jobber med helse innen integreringsfeltet må få bygge spisskompetanse og må følges opp av Helsedirektoratet. Arbeidet likepersoner legger ned må anerkjennes som arbeid og lønnes. Derfor er det behov for at frivillige aktører får mandat og midler.
- Det er lite kartlegging og forskning på barn som er blitt utsatt for kjønnslemlestelse. Myndighetene må iverksette tiltak for forebygging av kjønnslemlestelse mot og helsehjelp til barn.