



14.11.22

Høringsinnspill til opptrappingsplan for psykisk helse og bedre innvandrers helse

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. Stressende livshendelser før migrasjon, som atskillelse og tap av familiemedlemmer, tortur og andre krigsrelaterte opplevelser, er særlig forbundet med økt risiko for depresjon og post-traumatiske stressplager.

Kunnskap om helse basert på registerdata begrenser seg til de individene som er registrert i landet til enhver tid, og ekskluderer dermed systematisk papirløse innvandrere og arbeidsinnvandrere som har bodd i Norge under seks måneder. Vi mangler også oversikt over asylsøkeres bruk av helsetjenester og legemidler fordi de er vanskelig å identifisere i registerdata. Når det gjelder spørreundersøkelser og helseundersøkelser, er de som regel ikke tilrettelagt for innvandrere med hensyn til språk, innhold og rekruttering¹.

Helseundersøkelser og spørreundersøkelser må tilrettelegges for at individer kan delta uavhengig av språkferdigheter og helsekompetanse.

Seksuell og reproduktiv helse

Innenfor seksuell og reproduktiv helse er det spesielt tydelige ulikheter mellom norskfødte og enkelte grupper innvandrerkvinner. Innvandrerkvinner som gruppe er mer utsatt for både fødselskomplikasjoner og svangerskapsdepresjon som følge av eventuelle tidligere fysiske og psykiske traumer. I tillegg kan sårbarhetsfaktorer som lite nettverk, lite norskkunnskaper og kort botid føre til uønskede hendelser i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Dette inkluderer bl.a. mindre smertelindring under fødsel, høyere risiko for dødfødsel og de er overrepresentert blant dem med barseldepresjon. Depresjon under svangerskap og spedbarnstid (perinatal depresjon) forekommer hyppig og er til skade for mor, barn, familie og samfunn². 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 fødselsdepresjon³. Forekomsten av fødselsdepresjon er særlig høy blant innvandrerkvinner fra Midtøsten og Sør-Asia. Mange kvinner fra disse områdene har levd under svært krevende forhold. Flere har forlatt hjemlandet på grunn av krig, uro, utrygghet og/eller fattigdom. Noen har vært på flukt og vært gjennom en belastende asylprosess, og mange har hatt et forhøyet angst- og stressnivå over tid. Dette kan være med på å forklare den høye forekomsten av fødselsdepresjon blant kvinner fra disse områdene.

¹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>

² [Fødselsdepresjon. Fy skam til Regjeringen.](#)

³ [A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population](#)



Forslag til nye tiltak:

- Helhetlig lavterskeltilbud for oppfølging av den enkelte kvinne også etter fødsel. Dette kan skje innen eksisterende rammer, som på helsestasjonen, eller legges til Sanitetskvinnenes kvinnehelsehus⁴.
- Systematisk heve flerkulturell forståelse og kompetanse om migrasjonshelse hos helsepersonell.

Eksisterende tiltak som bør styrkes, utvides og gjøres kjent for flere:

- Flerkulturell doula⁵: 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.⁶
- Oversette appen Mamma Mia til flere språk⁷. Mamma Mia er et forskningsbasert selvhjelpsprogram som fremmer trivsel og helse for mor, barn og partner i tiden før og etter fødselen.
- Motherhood⁸: Refleksjonsprogram for mødre som er oppdrar barn i nytt land. Kan tilbys i flere kommuner i samarbeid med Sanitetskvinnene. Gjennom programmet styrkes mors selvfølelse og relasjon til eget/egne barn. For mange en velferdsstatens interesse for foreldrerollen uvant, og gjennom Motherhood blir hun tryggere på hvorfor det er slik.

Kvinnelig kjønnslemlestelse

Det mangler psykisk helsetilbud til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Prosedyren som utføres under kjønnslemlestelsen kan være svært traumatisk, og fører ofte til langsiktige psykiske problemer og traumer, tillegg til de fysiske plagene⁹. Fra Sveits og Frankrike ser vi at kvinner som har fått god oppfølging av psykolog, sexolog og sosiolog etter at de søkte om kirurgisk korreksjon etter kjønnslemlestelse fikk et bedre sexliv. Både de som fikk kirurgisk hjelp og de som ikke fikk inngrep fikk samme gode resultat¹⁰. Dette viser at bearbeidelse av opplevelsen og traumene er særdeles viktig. Vi har i vårt tidligere innspill foreslått en rekke tiltak for å forbedre oppfølgingen av jenter og kvinner som har gjennomgått kjønnslemlestelse.

Forslag til tiltak:

- For å sikre et helhetlig tilbud er det et 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 finnes i dag

⁴ [N.K.S. Kvinnehelsehus](#)

⁵ [Flerkulturell doula](#)

⁶ <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-04-14>

⁷ [Mamma Mia](#)

⁸ [Våre tilbud | Norske Kvinners Sanitetsforening \(sanitetskvinnene.no\)](#)

⁹ [Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review - PMC \(nih.gov\)](#)

¹⁰ <https://voldsveileder.nkvt.no/innhold/negativ-sosial-kontroll-tvangsektekap-og-kjonnslemlestelse/kjonnslemlestelse/oppfolging/>



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. Et lavterskeltilbud kan legges til Sanitetskvinnenes kvinnehelsehus¹¹. I et slikt hus kan også frivilligheten og likepersoner aktivt arbeide for økt helsekompetanse hos kvinner utsatt for kjønnslemlestelse.

Eldre innvandrerkvinnens helse

Mange eldre innvandrere sliter med angst og depresjon. Det kan sette seg i kroppen som kroniske muskel- og skjelettsmerter og kan bidra til en raskere aldring. For noen kvinner har det ikke vært vanlig å sette ord på psykiske problemer. De snakker mer om kroppslige plager, og har ikke vært vant til å se en sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager. Dette skyldes i stor grad lav helsekompetanse. Sanitetskvinnenes frivillige melder at det er mye ensomhet hos mange av innvandrerkvinnene de møter, og spesielt hos dem med helseutfordringer. De opplever ikke at de har arenaer for sosiale sammenkomster, et møtepunkt hvor kvinnene føler at de kan delta på lik linje som andre.

Forslag til tiltak

- I *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*¹² er frivilligheten nevnt som en aktør som kan ha treffsikre tiltak. For å kunne drifte tiltak som har som mål å øke helsekompetanse, må det settes av søkbare midler til frivilligheten.

Eksisterende tiltak som bør styrkes, utvides og gjøres kjent for flere:

- Sanitetskvinnene driver lavterskel møteplasser for å øke deltakernes helsekompetanse¹³ og tilhørighet til et fellesskap. Gjennom ulike tiltak innenfor møteplass-virksomheten styrkes deltakernes selvfølelse og selvtillit¹⁴ og deltakerne får tilpasset helseinformasjon og tilbud om blant annet gratis livmorhalsprøver¹⁵. I tillegg er de del av et sosialt fellesskap og ut av isolasjon, og kan lære seg mer norsk.

Med vennlig hilsen

Norske Kvinners Sanitetsforening

Anniken Schwamborn, Seksjonsleder, Vold mot kvinner, integrering og kvinnehelse

Marit Stene Severinsen, Jordmor og prosjektleder Flerkulturell doula

¹¹ [Kvinnehelsehus - en ny satsing for Sanitetskvinnene](#)

¹² [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#)

¹³ [Helsemøter i fellesskap | Norske Kvinners Sanitetsforening \(sanitetskvinnene.no\)](#)

¹⁴ [Kortstokk | Norske Kvinners Sanitetsforening \(sanitetskvinnene.no\)](#)

¹⁵ [Helsedager for innvandrerkvinner | Norske Kvinners Sanitetsforening \(sanitetskvinnene.no\)](#)