Rådet for psykisk helse
Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo
Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo
Tlf. 23 10 38 80
post@psykiskhelse.no www.psykiskhelse.no
Bank: 1609.08.79875 Org.nr. 971524499

Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvite Ørn, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse – LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådgiving om spiseforstyrrelser, Spiseforstyrrelsesforeningen, WSO – Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU – Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet Oslo, 10.06.2023

Innspill til NOU 2023:5 Den store forskjellen

Det er betydelige kjønnsforskjeller i helse, og Kvinnehelseutvalgets NOU 2023: 5 vil i fremtiden bli et referansepunkt i arbeidet med å utjevne disse forskjellene. Mange av tiltakene vil bedre kunnskapen om og derved statusen til kvinnehelsen. Det er et betydelig arbeid som er lagt ned, og vi takker for en svært god NOU. I det følgende vil vi gi noen bemerkninger og forslag.

Seksuelle overgrep og vold mot kvinner - en risikofaktor for psykiske lidelser

Totalt blir mellom 75.000 og 150.000 mennesker utsatt for vold i nære relasjoner i Norge hvert år, så forebyggingspotensialet er betydelig. Vold og overgrep er blant de sterkeste risikofaktorene vi kjenner til for psykiske lidelser, og det anslås en mer enn doblet risiko for så godt som alle psykiske lidelser hos volds- eller overgrepsutsatte. Ifølge tall fra Storbritannia hadde halvparten av kvinner med psykiske helseproblemer opplevd overgrep.

Vold og overgrep er folkehelseutfordringer i Norge, og det rammer som oftest kvinner. Selv om slike saker skal prioriteres, er det en økning i antall henleggelser i saker med vold, og 70% av anmeldelsene blir nå henlagt. Videre synker oppklaringsprosenten, og er nå nede på kun 23%. 7 % av alle anmeldelser av familievold er avvist som ikke-lovbrudd. 55 % av alle anmeldelser av mishandling i nære relasjoner, og 38 % av anmeldelsene av andre typer familievold, er henlagt på grunn av manglende bevis. Det har i tillegg vært en nedgang i antall tilfeller av anmeldt vold i nære relasjoner. Hvordan er vi som samfunn i stand til å ivareta kvinner når vi vet at vold og overgrep så sjelden får konsekvenser for voldsutøver?

Vi vet at det å bli utsatt for vold kan gi psykiske vansker og forhøyet selvmordsrisiko. Seksuelle overgrep øker selvmordsrisikoen betraktelig, særlig dersom det skjer tidlig i livet. Har man vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen mellom fire og 12 år øker sannsynligheten (odds ratio) for selvmordsforsøk med elleve ganger. For ungdom og unge voksne mellom 13 og 19 år kan vi gange med seks. Tallene er så høye og risikoen for menneskers liv og helse så stor at det er umulig å forsone seg med at kunnskap, kompetanse og prioritert innsats ikke forsterkes og intensiveres.

Helseplager og sykdom i tilknytning fødsel er sterkt assosiert med voldserfaringer. Riksrevisjonen nylig undersøkte myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner, og betegnet situasjonen som alvorlig. Lovverket er på plass, og det finnes rutiner og verktøy for å øke kunnskap om tematikken. Likevel viser det seg at mange fastleger, barnehageansatte, og grunnskolelærere synes det er vanskelig å vurdere når avvergeplikten gjelder. For å hjelpe mennesker i krise må viktige aktører skoleres i hvordan og om de skal melde fra om voldsmistanker og vi trenger et hjelpetilbud og kommunal oppfølging basert på kvalitet og forutsigbarhet over hele landet. Fagpersoner underlagt opplysningsplikt melder ofte ikke fra ved mistanke om vold fordi de er redde for å bryte taushetsplikten, og konsekvensen kan bli økte helseplager og risiko for mor og barn. Vi må vite at funn følges opp i alle ledd. Riksrevisjonen vurderer de samlede svakhetene ved myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner som alvorlige, fordi det kan få betydelige konsekvenser for de voldsutsatte. Når vi vet hvilke enorme ringvirkninger vold og overgrep kan påføre deg i livet og hvor ødeleggende det kan være, er vi forpliktet som samfunn til å gjøre en bedre jobb for å beskytte for risikofaktorer og gjentakelser.

Vi anbefaler på dette grunnlaget å prioritere disse tiltakene:

Tiltak 37: Sikre effektive tiltak mot seksuell trakassering i skolen

Tiltak 56: Innføre retningslinjer for helse- og omsorgspersonell som sikrer at alle eldre pasienter blir spurt om de har erfaring med vold eller overgrep
Tiltak 66: Styrke krisesentertilbudet i det samiske bosettingsområdet

Kjønnsparadoks i selvmordsfeltet
Bak de opp mot 6000 selvmordsforsøkene vi har i året, står det tre ganger så ofte en kvinne. Bak de rundt 650 gjennomførte årlige selvmordene står det langt oftere en mann. I 2021 var det 658 selvmord, hvorav 176 var kvinner. Vi savner anbefalinger til tiltak som innrettes mot oppfølging etter selvmordsforsøk generelt, og mot høyrisikogruppene spesielt. Kvinner peker seg ut som spesielt utsatt i høyrisikogruppen med selvmordsforsøk.

Kvinner er på generell basis mer opptatt av venner og familie og bruker nettverket sitt til å snakke om problemene sine i større grad enn menn. Dette øker sjansen for at det blir oppdaget når kvinner har det vanskelig, og kvinner får derfor gjerne fortere hjelp i helsevesenet enn menn. Ny kunnskap viser at andelen kvinner i kontakt med psykisk helsevern og TSB siste år før selvmord var betydelig høyere enn blant menn. Av totalt antall selvmord i perioden 2009–2018 var 4129 menn og 1753 kvinner. Antall kvinner og menn i direkte kontakt med tjenestene siste år før selvmord var henholdsvis 1022 og 1581. Blant kvinner uten kontakt med tjenestene siste år var totalt antall selvmord i perioden 702, sammenlignet med 2 477 menn. Vi ser av disse tallene at over 1000 kvinner var tilgjengelige for hjelpeapparatet i perioden, og vi bør utrede tiltak som kan fange opp denne store gruppen og gi dem håp, bistand og støtte til å klare å leve videre. I 2018 døde totalt 203 kvinner og 476 menn i selvmord. Av disse hadde 123 kvinner og 181 menn direkte kontakt med tjenestene siste året. Det er et stort mulighetsrom til å nå kvinner i kontakt med tjenestene som vi per i dag ikke har gode nok tiltak til å utnytte. I 2022 var det totalt 610 selvmord, hvorav 174 av dem var kvinner.

I 2018 hadde totalt 39,2 % kontakt med psykisk helsevern for voksne siste år før de døde i selvmord, og selvmordsraten var 125,8 for kvinner og 249,5 for menn per 100 000 pasienter. I perioden 2009–2018 var 48,9 % av kvinnene i kontakt med tjenestene siste 90 dager før selvmord. I 2018 hadde 10,6 % kontakt med TSB siste år før de døde i selvmord, og selvmordsraten var på 188,8 for kvinner og 234,9 for menn per 100 000 pasienter i TSB. En betydelig andel kvinner (29,2 %) hadde opplevd traumer og seksuelt misbruk i barndommen og over en tredjedel hadde en kjent negativ livshendelse siste tre måneder før dødsfallet. Mange lever marginaliserte liv. Tjenestene må rette en egen innsats i å forstå kvinneperspektivet i disse sakene, da eksempelvis traumatiske hendelser som vold og overgrep oftere rammer kvinner, og vi må ha et ekstra blikk på potensielle konsekvenser og tydelige broer rett til hjelpen for å avverge selvmordsforsøk.

Blant annet vet vi at 44,8 % av kvinnene som tok selvmord i psykisk helsevern var enslige på dødstidspunktet og rundt halvparten av kvinnene hadde uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger (AAP) som inntektskilde på dødstidspunktet, 61,5 % av kvinnene hadde en psykiatrisk sykehistorie på over fem år, 66,7% av kvinnene hadde en historie med villet egenskade, en fjerdedel av kvinnene hadde et kjent alkoholproblem og andelen kan være underestimert i tillegg til at 27,1 % hadde andre kjente ruslidelser og 25,0 %av kvinnene hadde en kjent somatisk lidelse. Når vi kjenner risikofaktorene må vi også utarbeide tiltak som fanger opp overrepresentasjonen blant kvinner med denne historikken. Vi foreslår å anbefale et spesifikt kvinneperspektiv knyttet til de kjente risikofaktorene i høyrisikogruppen og rulle ut denne kunnskapen bredt, eksempelvis i helsefellesskapene slik at kommunen kan sikre kontakten og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten må vi få bedre og mer tilgjengelig frivillig behandling, mer tid med behandlere og et styrket sikkerhetsnett slik at vi tetter hullene mellom

tjenestenivåene der risikoen er størst. Når kommunehelsetjenesten aktivt oppsøker de som nylig er utskrevet og følger dem opp i de første 30 dagene der risikoen er mest markant, må dette perspektivet være present.

Mange former for behandling krever ikke en spesialist. Det er viktig å tydeliggjøre hva kommunale tjenester, som for eksempel skolehelsetjenesten, kan tilby. Det vil også øke tilliten til tjenestene. Lavterskeltilbud i kommunene må ha nok kapasitet og kompetanse, bedre pårørendeinvolvering og skolering. Videre må vi styrke helsekompetansen hos alle berørte parter og målrette tiltak i skolen for blant annet selvmordsforebygging. Vi anbefaler å innføre det helsefremmende og preventive undervisningsprogrammet YAM for psykisk helse blant unge i skolen. YAM er et tiltak vi vet virker. En studie blant drøyt 11.000 skoleelever i ti EU-land viser at YAM har vist seg å være effektivt, og selvmordstanker og -handlinger reduseres med 50% etter 12 måneder.

Vi anbefaler på dette grunnlaget å prioritere tiltakene:
Tiltak 67: Etablere fagnettverk for samordning av selvmordsforebygging i den samiske befolkningen
Tiltak 71: Øke kompetanse om pårørendesamarbeid blant helsepersonell
Tiltak 69: Styrke kunnskapsgrunnlaget om pårørende og utarbeide ny pårørendestrategi og handlingsplan 2025–2030
Tiltak 75: Styrke frivillighetens rolle i pårørendearbeid

Alenemødre og barnefattigdom
36,1% av barn som lever i fattigdom har enslig forsørger. Den enslige forsørgeren er stort sett en kvinne. Statistisk har enslige forsørgere, og da særlige kvinner, større risiko for lavinntekt. Barn som har opplevd et samlivsbrudd, har fire ganger så stor sannsynlighet for å havne i lavinntektsgruppen, sammenlignet med barn som ikke har det. Man kan på denne måten si at samlivsbrudd kan være en vei inn i fattigdom. Det er samtidig en vesentlig andel barn som blir født av enslige. Av barn som ble født i 2020, ble 11 prosent født av enslige kvinner. Statistisk sett blir helsen i befolkningen gradvis bedre med økende inntekt, og sammenhengen nederst i inntektshierarkiet er sterk: De med dårligst råd har det verst. Pasienter med mye penger får raskere og bedre hjelp fordi de kan betale seg bort fra ventetid ved en rekke problemer. Har man behov for behandling vil det være lettere å få den i rett tid om du kan betale for hjelpen. Vi savner flere perspektiver på hvordan den spesifikke kvinnefattigdommen belaster helse og livskvalitet og utgjør en risiko for barna.

På befolkningsnivå påvirkes vi negativt av å vokse opp i en familie med dårlig råd, og i snitt oppnår vi lavere utdanning og svakere tilknytning til arbeidslivet. Det er vanskelig å si når i livet fattigdommen har størst negativ effekt på den psykiske helsa, da levekårene henger sammen med så mange andre utviklingsfaktorer. Hvis du er fattig i oppveksten vil du eksempelvis oftere bli mobbet, stå utenfor ulike aktiviteter og ha foreldre som er utsatt for belastning og stress i en grad som kan påvirke omsorgen de er i stand til å gi. Dårlig økonomi er også en risikofaktor for vold og overgrep. Dette er livshendelser som på ulikt vis blir med deg videre i livet og som kan manifestere seg svært individuelt. Økende barnefattigdom har de siste 20 årene vært en skamplett i norsk politikk. Selv om tiltak og politisk velvilje har florert, har effekten vært minimal. Det var først i 2021, da barnetrygden for barn under seks år økte, at tallet gikk noe ned. Vi snakker om en nedgang på 0,4 prosent. Ved siste måling vokste fremdeles over **11 prosent av barn i Norge opp i en fattig familie.** Det betyr at vi i snitt har to til tre elever i hvert klasserom som lever i en familie med dårlig råd. Hvordan den privatøkonomiske krisen vi nå er inne i vil påvirke statistikken, vet vi foreløpig ikke, men vi må forebygge slik at dette ikke blir nok et kvinnehelseproblem. Så langt er det ingenting som tyder på at det blir færre fattige barn i Norge i tiden

som kommer, og vi savner målrettede strakstiltak som kan forebygge risikoen vi løper knyttet til disse barnas psykiske helse og følelse av mulighetsrom, samt tiltak og støttefunksjoner som kan bidra til å ivareta helsa til alenemødre. Vi vet at kvinner som bor uten partner i større grad har dårligere psykisk helse enn kvinner som lever i parforhold, og bør derfor innrette spesielle oppfølgingstiltak inn mot denne gruppen slik at vi kompenserer for potensielle mangler på sosial støtte, helsemessig bistand og økonomiske vansker.

Helsekompetanse og systemforståelse hos foresatte vil også gi langt mer beskyttelse for barn, og som kjent sitter denne kunnskapen som oftest bedre i de øvre sosioøkonomiske sjiktene. I et samfunnsperspektiv vil man få mindre og tregere hjelp jo lavere inntekt man har. I denne kunnskapen ligger det et kvinneperspektiv vi må integrere i arbeidet for å heve helsekompetansen.

Spiseforstyrrelser - et kvinnehelseproblem

Spiseforstyrrelser kjennetegnes av at tanker og atferd om mat og vekt begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten. Det er en form for selvskading. Maten og kroppen blir et eget språk for å takle følelser og problemer. Når nesten tre firedeler av alle som lider av spiseforstyrrelser er kvinner, og en av tre jenter i alderen 16–19 år opplever store problemer knyttet til mat, kropp og spising, og hele 16 prosent oppfyller kriteriene for en spiseforstyrrelse iflg tall fra 2020-2021 har vi et alvorlig folkehelseproblem.

Anoreksi er vår mest dødelige psykiske lidelse. Det er forvirrende og på mange måter uforståelig for de rundt. Vi har alle et behov for å bli sett for den vi er. For personer med spiseforstyrrelse betyr det et ønske om å bli sett for noe mer enn denne atferden. For en spiseforstyrrelse er aldri bare en spiseforstyrrelse, men et forsøk på å regulere egne ubehagelige følelser. Spiseforstyrrelser handler så godt som alltid om lav eller svingende selvfølelse, og det er den største psykiske lidelsen blant jenter mellom 13 og 25 år. Internasjonale undersøkelser oppgir at samlete tall for anoreksi, bulimi og overspising er ca 2 % av den kvinnelige befolkningen i den vestlige verden mellom 15 og 45 år. Av dette utgjør anoreksi i underkant av 0,5 %. 90% av dem er kvinner.

Andelen jenter med spiseforstyrrelsesdiagnoser har økt kraftig under pandemien. Etter pandemien har vi også sett stor økning i spiseforstyrrelser blant de yngste barna, og en nær tredobling blant jenter i alderen 6-12 år som trenger hjelp i psykisk helsevern. Blant jenter 13-16 år er antallet doblet. Dette er de siste tilgjengelige tallene vi har. Spesialisthelsetjenesten melder om økt pågang av mer komplekse problemer blant stadig yngre pasienter knyttet blant annet til spiseforstyrrelser. Vi ønsker mer forskning på sammenhengen mellom nedstengningstiltak og individuelle kontrollmekanismer som blant annet kan uttrykke seg ved spisemønstre som kunnskapsgrunnlag for fremtidens beredskapsplaner. En norsk rapport fra 2022 sier at 98% av offentlige helsepenger til spiseforstyrrelser går til spesialisthelsetjenestene. Dette er tjenester som nå strever med sprengt kapasitet, og som er avhengige av at førstelinjetjenester raskt blir mer kompetente. Vi må heve kompetansene om spiseforstyrrelser i kommunene, førstelinjetjenestene, på helsestasjonene, blant lærere, trenere, ungdomsarbeidere og andre som møter barn og unge.

Ulike kilder viser at den psykiske ungdomshelsa er under press, og at særlig jenter sliter med blant annet dårlig skoletrivsel, kroppspress og mobbing. WHO publiserte i 2020 en studie som omfattet unge i alderen 11-15 år fra 45 land, deriblant Norge. Rapporten viste blant annet at 31% av jentene følte seg overvektige, mens kun 16% var overvektige. Økende individualisering og mer press og stress gjør det

vanskelig å navigere i en allerede krevende ungdomstid. Gutter og jenter gir ofte uttrykk for vansker på ulike måter. UngiDag-utvalget påpekte at jenter objektivt sett utsettes for flere belastninger. Kravene til kropp og utseende er strengere og kommuniseres mer massivt til jenter, noe som kan henge sammen med blant annet spiseforstyrrelser. Jentene skal være flinke, morsomme, søte og sexy, men ikke dominerende eller store. Noen av forventningene til gutter er at de skal være store og sterke, være bråkete og ta mye plass, men ikke vise følelser. De trange og stereotypiske rammene bereder ikke grunnen for fri utfoldelse og en ubekymret ungdomstid. Vi foreslår tiltak som styrker markedsføringsregler og bedre håndheving i håp om å bidra til sunnere idealer. Ungdomstiden har endret seg de siste 30 årene, og verden har blitt annerledes. Mange barn lever store deler av livet sitt online, har et annet fritidsmønster og tilbringer mye tid hjemme. Selv om norsk ungdom i hovedsak har det bra, har stadig flere over tid rapportert om psykiske helseplager, og vi trenger mer kunnskap om de spesifikke jenteutfordringene som henger sammen med nettet som sosial arena.

Vi anbefaler på dette grunnlaget å prioritere:
Tiltak 32: Styrke tilbudet til barn og unge med spiseforstyrrelser.

Verdien av god mødrehelse
Utvalget trekker frem verdiskapningen for mor, barn, familien og samfunnet ved å oppnå god mødrehelse. En god svangerskapsoppfølging, fødselshjelp og barselomsorg er sentrale forutsetninger for god helse gjennom hele livet for både mor og barn. Her ønsker vi å presisere at de første 1001 dagene i et barns liv er preget av mange overganger, og dette er en tid der utviklingen raskt kan gå i en uheldig retning. Det er derfor helt avgjørende at støttefunksjonene rundt graviditet og de to første leveårene forbedres slik at uhelse og skjevutvikling hos både omsorgspersoner og barn fanges opp så tidlig som mulig. Én av ti av mødre har depressive symptomer i forbindelse med svangerskap og fødsel. Depresjon hos foreldre kan påvirke barns utvikling og atferd videre i livet, som får store konsekvenser for både individ og for samfunn. James Heckmans forskning viser at det å investere i tiden fra svangerskapet, før barnet blir født, og i de første leveårene (opp til 5 år) gir den største samfunnsøkonomiske avkastningen. Vi ønsker å aktualisere denne forskningen og initiere endring i form av bedre ivaretakelse og lavterskeltilbud til barn og foreldre de første 1001 dagene av livet. I anbefalt tiltak 42: *Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel* ønsker vi at det presiseres at «etter fødsel» bør bety barnets første to leveår.

I Psykisk oppvekst trekker professorene Lars Smith og Vibeke Moe frem barnets samspill med de nære omsorgspersonene som grunnleggende for utviklingen. Psykisk helse i sped- og småbarnsalderen handler om barnets mulighet for å utvikle nære og trygge relasjoner, til å oppleve, regulere, og uttrykke et spekter av emosjoner, og til å utforske omgivelsene og lære. Det er også i spedbarnsalderen at tilknytningsmønsteret til primære omsorgspersoner blir etablert. Ved fødselen er alle viktige hjernestrukturer ferdig dannet. Fra siste del av svangerskapet og i løpet av de to første leveårene foregår det en kontinuerlig oppkobling og dannelse av nye forbindelseslinjer i hjernen. Vi vet at disse prosessene kan bli problematiske for mennesker som strever eller opplever ulike former for psykisk uhelse. Spedbarnet er et grunnleggende sosialt individ som utvikler seg i samspill med sine omgivelser. Det er derfor helt avgjørende at samfunnet innretter støttestrukturer for denne sårbare perioden allerede før barnet er født og i de første sensitive levemåneder og år. Rådet for psykisk helse ønsker derfor en tverrsektoriell satsing for å gi bedre støtte til og ivaretakelse av familien i barnets første to leveår og å for å forbedre kvaliteten på lavterskel hjelpetilbud og lik tilgjengelighet til tjenestene.
Vi anbefaler på dette grunnlaget å prioritere:

Tiltak 42: Sikre systematikk i arbeidet med å kartlegge og følge opp psykiske helseplager under graviditet og etter fødsel.

Minoritetsspørsmål
Kjønn er en viktig moderator i forholdet mellom psykisk helse og innvandrerstatus. Innvandrergutter har en tendens til å vise flere atferdsproblemer, dårligere sosiokulturell tilpasning og høyere skolefrafall, mens innvandrerjenter viser flere emosjonelle problemer og dårligere psykologisk tilpasning, men har bedre akademiske resultater. I sum må vi identifisere årsakene til kjønningen av problemer og få et bedre bilde av hva som er kulturelt, hva som er erfaring og hva som kan ha andre årsaker slik at vi kan tilpasse forebyggingen inn mot gruppene. Dette blir et viktig tverrsektorielt likestillingsperspektiv fremover.

Til tross for en økt risiko for psykiske helseplager og lidelser, ser vi en lavere bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere enn ikke-innvandrere. Det kan føre til at mange mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som kan få negative konsekvenser på sikt. Vi må derfor legge særlig vekt på forebyggende psykisk helsearbeid blant mennesker med innvandrerbakgrunn. Helsekompetanse er et samspill mellom behandler og bruker. Det må legges en bredere forståelse til grunn som også rommer kultursensitivitet, for eksempel knyttet til urbefolkning og innvandrere. Det er en rekke strukturelle, kulturelle og språklige barrierer for å oppsøke helsetjenester, og manglende informasjon om helsevesenet, lav forståelse av egen psykisk helse, kulturelle stigmaer knyttet til å oppsøke psykisk helsehjelp, begrensede kommunikasjonsferdigheter og en uoverensstemmelse mellom innvandreres behov og helsepersonellets forventninger er noen av mange spørsmål vi må bedre kompetansen på. Helsekompetanse er også innvandrerbefolkningens kjennskap til helsetjenestens organisering, helserettigheter og muligheter for helsehjelp. Borgere med fluktbakgrunn har kanskje fått noe informasjon om organisering av helsetjenesten og hvordan de søker helsehjelp gjennom introduksjonsprogrammet, med det er mer tilfeldig i hvilken grad de får kjennskap til vår kulturelle forståelse av psykiske vansker og hvordan vi i Norge gir helsehjelp for dette. Når det gjelder innvandrerbefolkningen uten fluktbakgrunn, så er ikke de igjennom noe introduksjonsprogram og må orientere seg i tjeneste tilbudet helt på egenhånd i samarbeid med eget nettverk. Minoriteter kan ha vansker med å forstå norsk i en slik grad at de får til god kommunikasjon med helsehjelpere. Det er svært uheldig når barn, familiemedlemmer eller andre tolker. Å tolke i psykisk helsetjeneste krever både helsekompetanse og kulturell kompetanse også hos tolken som skal bygge en forståelse mellom pasienten og behandlingskulturen. Ventetiden for tolk til helsetjenester kan være mellom to og seks uker bare i Oslo, som har god tilgang til tolker. Dette gjør at pasienter risikerer å måtte avlyse timer i spesialisthelsetjenesten fordi ventetiden på tolk er for lang.

Vi anbefaler på dette grunnlaget å prioritere:
Tiltak 23: Øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper

Vennlig hilsen
Rådet for psykisk helse

Tove Gundersen

Tove Gundersen
Generalsekretær