



Likestillings- og
diskrimineringsombudet

v/

Dette brevet sendes kun per e-post.

Vår ref.:

21/2974- 2- TK

Deres ref.:

Dato:

11.04.2022

Innspill til Kvinnehelseutvalget

Innledning

Likestillings- og diskrimineringsombudet takker for anledningen til å komme med innspill til Kvinnehelseutvalget - utvalg om kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv. Utvalgets mandat er vidt. Ombudet vil gi innspill til et utvalg av temaer som berører våre spesifikke grunnlag, det vil si kjønn, etnisitet, nedsatt funksjonsevne og alder. Ombudet vil peke på enkelte problemstillinger vi mener bør være sentrale i utvalgets utredning om helse i et kjønnsperspektiv. Ombudet står til disposisjon dersom utvalget har spørsmål, eller ønsker ytterligere innspill underveis i arbeidet.

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) har som mandat å hindre diskriminering og fremme likestilling på alle samfunnsområder etter likestillings- og diskrimineringsloven. Videre gir vi veiledning til enkeltpersoner og virksomheter, og fører tilsyn med tre menneskerettskonvensjoner; FNs rasediskrimineringskonvensjon (CERD)¹, FNs kvinnekonvensjon (CEDAW)² og FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD)³.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

De siste årene har mediene jevnlig oppslag fra politikere, fagfolk og mødre som er bekymret for svekking av barselomsorgen i Norge. Retten til god reproduktiv helse, herunder god mødre helse, er en menneskerettighet. God og forsvarlig helsehjelp underveis i svangerskapet, under fødselen og i barselperioden er viktig, og handler ikke bare om kvinner i andre steder av verden, men også i Norge.

Norge er et av verdens beste land å føde i, men de senere årene har sentrale og viktige fagmiljøer med jevne mellomrom gitt uttrykk for at tjenester som gis kvinner under svangerskapet, under fødselen og i barselperioden gradvis svekkes. Det er en bekymringsfull utvikling.

Kvinnekonvensjonen sier helt tydelig at det er statens ansvar å sikre at kvinner har de helsetjenestene de trenger i forbindelse med graviditet, fødsel og tiden etter fødselen. Kravet om å sikre mødre før og etter fødsel finnes også i Barnekonvensjonen og FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. FNs kvinnekomité har tatt opp mangelen på jordmødre og konsekvensene dette kan få for mødre helse og oppfølging av kvinner etter fødsel i sine anbefalinger til Norske myndigheter¹.

Statens eget ekspertorgan, Helsedirektoratet, har også pekt på svakheter ved tjenestene som gis til barselkvinner. I 2014 kom Helsedirektoratet med en nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Nytt liv og trygg barseltid for familien). I den anledning ble det varslet at både helsepersonell og brukere trakk frem store forskjeller på barselomsorgen på landsbasis, både når det gjelder omfang og innhold i tjenesten. Perioden fra mor og barn utskrives fra barsel til de får kontakt med helsestasjonen i kommunen, er rapportert som bekymringsfull. I tillegg slår Helsedirektoratet fast at: «Den korte tiden på sykehuset kan føre til økt stress for familiene ved gjentatte reiser til poliklinikk ved sykehus for testing, prøver, undersøkelser og vurderinger.»

I Helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorgen, gis det en sterk anbefaling om at sykehusoppholdets varighet tilpasses kvinnens og den nyfødtes behov. Retningslinjene sier at vurderingen av lengde skal gjøres i samråd med kvinnen, og at hjemreise ifølge Helsedirektoratet *forutsetter* et organisert barseltilbud på hjemstedet og støtte fra kvinnens nettverk/partner. Dette er ikke minst viktig fordi kvinner er forskjellige. Ikke alle vil ha gode nettverk og andre viktige ressurser de kan støtte seg til. For noen kvinner vil altså kommunens tilbud være helt avgjørende både for mors og barnets helse.

Når det nå vurderes å kutte ytterligere på liggetiden etter fødsel, blir det desto viktigere at barselkvinner kan stole på at de kommunale helsetjenestene er på plass. Samtidig viser en kartlegging gjennomført av Folkehelseinstituttet i 2016 at av de 1418 kvinnene som oppga at de hadde reist hjem *48 timer eller kortere*

¹ The UN CEDAW committee's concluding observations on the ninth periodic report of Norway, 2017.

tid etter fødselen, var det 57% som ikke hadde hatt besøk av jordmor. Det tyder på at det er et stykke fram til anbefalinger fra helsemyndighetene om oppfølging i hjemmet er satt i verk.

Ombudet mener helseforetak som legger opp til at kvinner som har født skal reise hjem etter 6 – 24 timer, øker risikoen for at tjenestene som gis ikke vil være i tråd med nasjonale retningslinjer.

LDO ber utvalget vurdere om staten ivaretar sin plikt til å tilby likeverdige offentlige tjenester til kvinner i tilknytning til graviditet, fødsel og barsel, med særlig fokus på utvikling i retning av kortere liggetid etter fødsel og det som ser ut til å være en stadig økende mangel på jordmødre både på sykehus og i kommunene.

Kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn

Det finnes noe forskning, men det er behov for mer kunnskap om sykdomsforekomst, risikofaktorer og bruk av helse- og omsorgstjenester - både når det gjelder innvandrerbefolkningen generelt og kvinner med innvandrerbakgrunn spesielt. Det gjelder både kvalitativ forskning og kvantitative helsedata over tid. Det er mulig å samle inn kvantitative data ved å bruke fødeland som indikator. Det er ikke like sensitivt som å registre på etnisk bakgrunn. Det er også grunn til å ta med etterkommere siden det kan være arvelige sykdommer som gjør seg særlig gjeldende i noen grupper, og for å ha kunnskap om etterkommeres helseforhold skiller seg fra befolkningen ellers og kunne sette inn nødvendige tiltak for forebygging og helsehjelp.

Levekår har konsekvenser både for helse og for tilgangen til helsetjenester, og kvinner med innvandrerbakgrunn er overrepresentert når det gjelder vedvarende lav inntekt eller ingen inntekt. I tillegg er det deler av innvandrerbefolkningen som har mindre utdanning, noen har begrenset digital tilgang og noen har lav digital kompetanse. Språklig tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester er fortsatt et problem, med manglende bruk av kvalifisert tolk, oversettelser og tilrettelegging av informasjon slik at den er enkel å forstå. Særlig nye innvandrere vil dessuten ha liten kjennskap til det norske helse- og omsorgssystemet, sine rettigheter og hvordan de kan få tilgang til tjenester. Pandemien har vist både i Norge og andre land at innvandrere har hatt høyere risiko for alvorlig sykdom og også død på grunn av covid 19. Dette ser ut til å ha sammensatte årsaker, og det er viktig å avdekke og forebygge slik risiko. I tillegg var myndighetene bakpå i sin krisehåndtering når det gjaldt å sikre likeverdig informasjon til innvandrerbefolkningen den første tiden av pandemien. Det er

viktig at disse lærdommene fører til endring i beredskapsplaner og krisehåndtering.

Nedsatt funksjonsevne og psykiske lidelser kan være tabu eller bli sett på som guds straff i enkelte miljøer slik at kvinner og menn med innvandrerbakgrunn med behov for behandling eller tilrettelegging, ikke oppsøker hjelp.

Underbruk av screening blant kvinner med innvandrerbakgrunn

Undersøkelser fra bl.a. Kreftregisteret har vist at kvinner med innvandrerbakgrunn i mindre grad benytter seg av tilbud om screening for livmorhalskreft og mammografi. Årsakene kan være sammensatte, og det er behov for tiltak som kan øke deltakelsen i slik screening slik at de kan få behandling tidlig. Det har vært eksempler der kvinner med innvandrerbakgrunn har hatt brystkreft eller livmorhalskreft som har blitt oppdaget så sent at det er vanskelig behandle.

Samer

LDO arbeid med vold i nære relasjoner i samiske samfunn, har vist at det er behov for tiltak for å forebygge slik vold og også for å gi tilpasset bistand til kvinner som utsettes for vold i nære relasjoner. Dette omfatter både helse- og omsorgstjenester.

Nasjonale minoriteter

LDO har ikke jobbet konkret med helsespørsmål når det gjelder de fem nasjonale minoritetene. Vi vil imidlertid gjøre utvalget oppmerksom på at myndighetene i flere tilfeller viser til at de har liten kunnskap om situasjonen til nasjonale minoriteter fordi det ikke finnes registerdata på etnisitet, og at myndighetene av den grunn ikke kan sette inn relevante tiltak. I stortingsmelding 12 (2020-2021) står det for eksempel at «Helse- og omsorgsdepartementet har liten kunnskap om helsetilstanden og helsetjenestebehovet til nasjonale minoriteter. Da det ikke er anledning til å registrere pasienters etnisitet, er det i tillegg vanskelig å vite hvem som tilhører en nasjonal minoritet.» LDO vil påpeke at det er snakk om relativt små grupper og at mangel på registerdata ikke må stå i veien for å bygge seg opp kunnskap om disse gruppene gjennom kvalitativ forskning og jevnlig kontakt med gruppene. Som i befolkningen ellers vil kvinner og jenter som tilhører nasjonale minoriteter ha særegne helsebehov som det er viktig å fange opp og avhjelpe.

Utenlandsadopterte

LDO anbefaler at utvalget ser på om det er helseutfordringer og særskilte behov for helse- og omsorgstjenester blant utenlandsadopterte jenter og kvinner.

Siden denne gruppen ofte ansees som «norsk» fra første stund, kan man gå glipp av å fange opp deres særegne utfordringer og behov.

Utfordringer på tvers av grupper

Behovet for likeverdige helse- og omsorgstjenester, inkludert språklig tilrettelegging og kultursensitivitet, gjelder for både kvinner og menn på tvers av innvandrerbefolkningen, nasjonale minoriteter og samer. Det er viktig at tjenestene for alle disse gruppene er kjønnsensitive og er tilpasset kvinner og menn i ulike aldersgrupper.

Papirløse og retten til helse

Det følger av den usikre oppholdssituasjonen til papirløse at de er i Norge på ubestemt tid, og at det oppstår behov for helsetjenester som går utover det de i dag har tilgang til. Manglende tilgang til nødvendig helsehjelp har konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet.

En forsker som har undersøkt situasjonen til papirløse i Norge påpekte i 2019 at selv om papirløse får hjelp mange steder, så er hjelpen vilkårlig, og det er mange eksempler på at svært syke ikke får hjelp. Manglende tilgang til helsehjelp fører for eksempel til at personer med diabetes ikke får insulin, at kreftsyke ikke får nødvendig hjelp og at psykisk syke ikke får behandling.⁶ Sentrale aktører som Kirkens bymisjon, Røde Kors og Helsesenteret for papirløse i Oslo melder at det mange av oss vil oppfatte som et akutt behov for helsehjelp selv, ikke nødvendigvis utløser helsehjelp for papirløse.

Kvinner som er papirløse har behov for helsehjelp knyttet til prevensjon, svangerskap og kjønnsbasert vold som ikke nødvendigvis vil falle inn under akutt helsehjelp. Videre vil mange kvinner som er papirløse ha et kritisk behov for tilgang til psykisk helsehjelp til håndtering av traumer som følge av krig, flukt, eksiltilværelsen i Norge eller andre grunner. Deres uavklarte situasjon med svært vanskelige levekår er i seg selv noe som kan påvirke den psykiske helsen. I tillegg finnes det papirløse, både kvinner og menn, med andre former for funksjonsnedsettelse som trenger tilrettelagt helsehjelp.

Ombudet ber utvalget se nærmere på om myndighetene ivaretar sine plikter til likeverdig tilgang til helsetjenester for ulike minoritetsgrupper, med utgangspunkt i situasjonsbeskrivelsene over.

Kvinner med nedsatt funksjonsevne

Generelt er det lite kunnskap om mennesker med funksjonsnedsettelse og deres helse. I tillegg er det lite overlapp mellom kjønnsforskning og funksjonshemmingsforskning. Snarere opererer de uavhengig av hverandre. Det

vil si at mennesker med nedsatt funksjonsevne sjelden studeres som kjønnede subjekter. LDO ønsker en mer systematisk innsats for å øke kunnskapen om kjønnede helseutfordringer i ulike grupper av personer med nedsatt funksjonsevne.

Reproduktiv helse og rettigheter for kvinner med nedsatt funksjonsevne

Etter Lov om sterilisering § 4, kan en verge kreve at en funksjonshemmet kvinne utfører sterilisering. Videre, etter Lov om svangerskapsavbrudd § 4 kan vergen begjære abort dersom kvinnen er «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad

Pr i dag er det usikkert hvor mange kvinner som har blitt utsatt for tvungen abort eller sterilisering. Bestemmelsene er samtidig potensielt svært inngripende for kvinner som defineres å falle inn under disse. Derfor er det viktig å sikre kunnskap og oversikt over konkrete saker der disse bestemmelsene har blitt tatt i bruk. Ombudet ber derfor utvalget vurdere en anbefaling om at myndighetene skaffer tilveie denne informasjonen.

Kvinner som soner

Fire av ti straffedømte kvinner har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn, og seks av ti innsatte kvinner oppgir at de har vært utsatt for voldtekt som voksen. Helsemessig utgjør derfor disse kvinnene en særlig sårbar gruppe. Samtidig opplever kvinner som soner i fengsler sammen med menn, uønsket seksuell oppmerksomhet fra mannlige innsatte². I tillegg utsettes kvinner for press om salg av seksuelle tjenester, utnyttning, trakassering og vold. Dette innebærer at kvinners rettigheter, sikkerhet og behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt og at de har et dårligere rehabiliteringstilbud enn mannlige innsatte.

Etter FNs Mandela-retter, plikter myndighetene å ivareta de kvinnelige innsattes rett til kartlegging og oppfølging av medisinske behov, behov som følge av rusavhengighet og tidlige erfaringer med vold og seksuelle overgrep. Kvinner skal videre ha rett til kvinnelig lege, og all behandling og rehabilitering skal være kjønns sensitiv.

FNs kvinnekomité har uttrykt bekymring for situasjonen, og har kommet med flere anbefalinger for å bedre kvinners soningsforhold på en måte som ikke

² Innsatt og utsatt. Likestillings- og diskrimineringsombudets rapport om soningsforhold til utsatte grupper i fengsel.

ivaretar kvinners særskilte behov under soning for å ivareta kvinners rett til likeverdige soningsforhold³.

LDO har behandlet ni klagesaker som gjelder kvinner i fengsel. I to av klagesakene har LDO kommet til at kriminalomsorgen har diskriminert de kvinnelige innsatte i strid med likestillingsloven. Begge sakene gjaldt Trondheim fengsel, hvor både kvinner og menn soner, men i forskjellige avdelinger. I 2015 konkluderte LDO med at fengselet hadde handlet i strid med likestillingsloven blant annet ved at kvinnene ikke fikk delta i rusmestringsprogrammet og aktivitetene ved rusmestringsenheten som kun var forbeholdt de mannlige innsatte. I underkant av to år senere kom LDO igjen til at den samme praksis, som fortsatt eksisterte, er brudd på likestillingsloven. Kvinnene fikk ikke tilbud om et likeverdig rusmestringsprogram som mennene. LDO konkluderte også med at praksisen med å låse inn de kvinnelige innsatte oftere enn de mannlige utgjorde en usaklig forskjellsbehandling i strid med likestillingsloven.

Etter bestilling fra ombudet, utførte Institutt for kriminologi og rettssosiologi ved det juridiske fakultet på Universitetet i Oslo, i perioden august 2020 til mai 2021, et forskningsprosjekt om innsatte kvinner på høysikkerhet med behov for psykisk helsehjelp.

Rapporten er særlig viktig da dette er den første selvstendige studien i Norge om kvinner i fengsel, som setter fokus på psykisk helse og problemer og utfordringer med soning i den sammenheng. Funnene viser at det er alvorlige utfordringer knyttet til denne gruppen kvinnelige innsatte. Samtlige informanter i studien, både betjenter, innsatte og helsepersonale, forteller at omfanget av psykiske problemer er stort blant de innsatte kvinnene. Det er snakk om depresjon, angst, traumer, selvskading, selvmordsatferd, PTSD og ruslidelser. Samtidig som behovet for helsehjelp er stort, fremgår det at det er fortsatt er manglende tilgang på grunnleggende helsetjenester, herunder rusmestringstilbud og tilbud om adekvat helsehjelp. Psykisk sykdom og utagering blir ofte besvart med isolasjon på sikkerhetscelle, og av og til sikkerhetsseng. Denne typen respons på psykiske lidelser kan øke risikoen for selvmord, selvskading og utvikling av alvorlige, psykiske lidelser.⁴ Videre vil mangel på familiekontakt og brudd på normaliseringsprinsipp forsterke den

³ The UN CEDAW committee's concluding observations on the ninth periodic report of Norway, 2017.

⁴ <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2020/05/Temarapport-NORSK-sikkerhetsseng-i-fengsler.pdf>

innsattes psykiske helseproblemer. Forskningen viser at innsatte opplever å bli en kateball mellom fengselet og psykiatrien. Det er et klart behov for tiltak som kan bedre situasjonen.

Ombudet understreker at også andre undersøkelser blant innsatte i norske fengsler viser at helseutfordringene til kvinner i fengsel har økt de senere årene. Sivilombudet har pekt på at mange kvinner kan ha et udekket behov for helsehjelp i forbindelse med psykiske lidelser, noe som også støttes av fengslene og helsetjenestene. Kriminalomsorgens rapport fra 2021 viser at omfanget av alvorlig psykiske helseproblemer blant kvinnelige innsatte er stort. I konkluderende observasjoner fra kvinnekiskrimineringskomiteen fra 2017, uthever komiteen at: "Helsetjenestene i fengselet er tidvis ikke tilpasset kvinners spesifikke behov, bl.a. med hensyn til psykisk helse og behandlingstilbud for rusmiddelproblemer."

Det er igangsatt et pilotprosjekt på Bredtveit med et ressursteam for de sykeste innsatte, og det rulles også ut områdefunksjon for rus og psykisk helse i alle fengsler.

Av rapporten fremgår det at kvinnelige innsatte må benytte et lappesystem for å søke om legehjelp. Systemet er sårbart for feil, lapper forsvinner underveis, og innsatte opplever systemet som utrygt og til dels ydmykende.

Ombudet ber utvalget vurdere mulighet for utfasing av bruk av sikkerhetsseng i fengsel. Videre ber ombudet utvalget vurdere behov for å erstatte eksisterende lappesystemet med et system som bedre ivaretar kvinnes personvern og integritet.

Vennlig hilsen

May Schwartz
avdelingsleder

Taran Knudstad
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.

Vedlegg:

