

Helse- og omsorgsdepartementet

Reforms innspill til neste folkehelsemelding

Ref.: 22/992

Det vises til departementets høringsbrev av 2. mars 2022.

Om Reform

Reform – ressursenter for menn driver hjelpetilbud for menn i vanskelige livssituasjoner, samler inn og formidler kunnskap om gutter og menn, og er en pådriver for et mannsperspektiv i likestillingspolitikken. Reform er en privat og uavhengig stiftelse som mottar grunnfinansiering over budsjettet til Kultur- og likestillingsdepartementet. Vi vil med dette kommentere høringsbrevet med utgangspunkt i våre erfaringer med gutter og menns helseutfordringer i et likestillingsperspektiv.

Innledende kommentar

Reform ble ikke invitert til innspillsmøte om folkehelsemeldingen, som fant sted 11. mars 2022 på Clarion Hotel Admiral i Bergen. Dette medførte at vårt arbeid med innspillet ikke kom i gang da andre ble invitert til det, som tilfellet for eksempel var for landets tre andre likestillingssentre. 18. mars i år sendte vi statsråden en formell klage på forholdet¹, og påpekte den manglende involveringen av landets eneste ressursmiljø med hovedoppgave å se på gutter og menns likestillingssituasjon.

Vi mottok svar på henvendelsen 1. april², der statsråden innrømmet Reform forlenget svarfrist til 5. mai (dagens dato). Dette innspillet må med andre ord vektlegges på samme måte som innspillene som hadde opprinnelig frist (13. april).

Vi finner samtidig grunn til å gjenta vår beklagelse om utelatelse av Reform i invitasjoner til Helse- og omsorgsdepartementets innspill, møter og høringer. Ved dette risikerer departementet å miste viktige perspektiver som er relevante for halve befolkningen. Disse er det ingen andre miljøer som kan gi departementet i en tilnærmet helhetlig sammenheng. Vi viser i denne forbindelsen til at Reform har påpekt liknende forhold i gjentatte høringer til HOD de siste årene, og også i

¹ E-post, 18. mars 2022: Reform – ressursenter for menn: Vedrørende manglende involvering i regjeringens arbeid med ny stortingsmelding om folkehelsepolitikken

² E-post, 1. april 2022: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, ref. 22/1313-2: Vedrørende manglende involvering i regjeringens arbeid med ny stortingsmelding om folkehelsepolitikken

forbindelse med innspillsmøtet i august 2020, der mandatet for utvalget som nå ser på kvinners helse, og helse i et kjønnsperspektiv (Kvinehelseutvalget), var tema.³

Strukturen på Reforms innspill

Vi velger å dele vårt svar inn etter hovedoverskriftene i høringsbrevet:

1. Sosial ulikhet i helse
2. Livet etter pandemien
3. Klima og helse
4. Ikke-smittsomme sykdommer og levevaner
5. God psykisk helse og livskvalitet
6. Folkehelsearbeid i kommunene
7. Ny kunnskap og innovasjon
8. Strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet

1. Sosial ulikhet i helse

Likestillingens betydning for folkehelsen

Dagens offisielle norske likestillingspolitikk bygger på integreringsstrategien (engelsk: *gender mainstreaming*). Dette innebærer at arbeidet for å fremme likestilling (her i sitat fra Likestillingsutvalgets rapport fra 2012) «skal integreres i det løpende daglige arbeidet i virksomhetene, i alle beslutningsprosesser, på alle nivå og i alle steg av prosessen og av de aktører som normalt sett deltar i arbeidet med å fatte beslutninger. Dette arbeidet skal blant annet synliggjøre og vurdere virkningene politiske beslutninger har for kvinner og menn, jenter og gutter, hvordan tilsynelatende kjønnsnøytral politikk og forvaltning kan bidra til å opprettholde eller forsterke skjevheter mellom kjønnene».⁴

Helse spiller en avgjørende rolle i alle menneskers liv, fra krybbe til grav. Hva som gjøres på helseområdet må derfor ha en sentral plass i den norske likestillingspolitikken. Dette innebærer at helsepolitikken generelt, og folkehelsepolitikken i særdeleshet, må ta inn over seg hvilke likestillingskonsekvenser valg som gjøres, har.

Innenfor folkehelse er målet å forebygge sykdom og skade og fremme god helse gjennom systematisk og forebyggende innsats. Departementet skriver i høringsbrevet at «Målet med regjeringens helse- og velferdspolitikk er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet».

³ E-post, 29. september 2020: Reform – ressurscenter for menn: Ang. regjeringens arbeid med NOU om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv, og E-post, 14. oktober 2020: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement: Regjeringens arbeid med NOU om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv

⁴ Meld. St. 44 (2012–2013): Likestilling kommer ikke av seg selv

Dette er formål vi stiller oss helhjertet bak. Samtidig blir ikke likestilling nevnt i høringsbrevet, til tross for at dette er en forutsetning for å kunne tilby likeverdige tjenester til alle Norges innbyggere.

Hva bør statlige myndigheter gjøre for å redusere sosiale ulikheter i helse?

Når departementet beskriver sosial ulikhet, utelukkes kjønn som en sosial kategori:

«De sosiale ulikhetene er betydelige, både generelt og i helse spesielt. Forutsetninger for god helse er ikke rettferdig fordelt. Dette handler om forhold som utdanning, inntekt, arbeidsliv, oppvekstvilkår og bomiljø, men også hvilke muligheter den enkelte får gjennom livet. Dette handler videre om likeverdige helse- og omsorgstjenester, som er språklig og kulturelt tilgjengelig. For den samiske befolkningen er dette særlig viktig.»

Her påpekes at kjønns- og likestillingsperspektivet må inn, for å fange opp de kjønnede virkningene av uhelse. Blant annet menns høyere selvmordstall og kortere levealder enn kvinner, tilsier at det er store kjønnede og sosiale helseforskjeller, som statlige myndigheter må ta tak i.

Å se helse i et kjønnsperspektiv innebærer å se hvordan kjønn påvirker møte med helse- og omsorgstjenester, og belyse kjønnsforskjeller i helse. For å kunne forstå hvordan kjønnsforskjeller og kjønnsperspektiver blir håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene og innenfor helsefaglig forskning og -utdanning, må det benyttes et interseksjonelt perspektiv. Dette innebærer å se på sammenhengen mellom personer med ulike funksjonsvariasjoner, skeive, personer med ulike etniske bakgrunner og kjønn.

Kvinnens kjønnede helseopplevelser undersøkes for tiden av Kvinnehelseutvalget. Utvalgets mandat er delt inn i to hovedspørsmål: 1) Hvordan er kvinners helse i Norge og hva er de største utfordringene vi står overfor når det gjelder sykdomsforekomst, risikofaktorer og kvinners bruk av helse- og omsorgstjenester? 2) Hvordan blir kjønnsforskjeller- og kjønnsperspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning?⁵

Menn er ikke nevnt i mandatet, annet enn i første setning: «Kvinner og menn har ulik biologi, lever ulike liv og rammes ulikt av sykdom og uhelse.»

Å sikre likeverdige tjenester uavhengig av kjønn, innebærer også at menns kjønnsspesifikke utfordringer undersøkes. Det er derfor nødvendig at det i forbindelse med arbeidet med en ny folkehelsemelding, igangsettes et arbeid for å få på plass et mannshelseutvalg, som på en grundig måte kan gå inn i tematikken menn og helse, og som bør resultere i en NOU.

⁵ Kvinnehelseutvalget.no

Vi stiller oss bak Likestillingscenteret, som i sitt hørings svar skriver at Folkehelsemeldingen bør falle under aktivitetsplikten for offentlige myndigheter, og at likestilling derved også bør være et av hovedmomentene i den nye Folkehelsemeldingen.

2. Livet etter pandemien

Under pandemien var menn overrepresentert i statistikken over smittede, syke og døde som følge av Covid-19. Årsakene til dette er sannsynligvis svært komplekse. Vi har ikke grunnlag for å uttale oss om eventuelle biologiske eller fysiologiske årsaker til kjønnsforskjellen.

Forskningen viser likevel at det er et faktum at menn tar mindre vare på sin egen helse, enn det kvinner gjør. Dette bekreftes av Reformundersøkelsen, både i 2017, 2020 og 2021. Her ser vi et høyere antall kvinner som regelmessig oppsøker legehjelp enn menn. 65 % av kvinnene i 2020-undersøkelsen⁶ hadde oppsøkt helsevesenet minst fire ganger i løpet av de siste tre årene. Tilsvarende tall for menn var 49 %. Det er derfor overveiende sannsynlig at menn oppsøkte hjelp senere også ved symptomer som kan skyldes koronaviruset, og følgelig mottok helsehjelp på et senere stadium av sykdommen enn gjennomsnittstallene indikerer, når det gjelder kvinner. Dette kan ha medvirket til et mer alvorlig sykdomsforløp, og en høyere mortalitet.

Videre viste Reformundersøkelsen at menn tok smittevern mindre alvorlig enn kvinner gjorde.⁷ Mens 62 % av kvinnene svarte at de var redde for å bli smittet av koronaviruset, svarte 45 % av mennene i undersøkelsen det samme. Andelen menn som svarte at de mente det var svært viktig å følge myndighetenes smittevernregler, var 73 %. Tilsvarende tall for kvinner var 88 %.

Det er grunn til å knytte disse svarene til tradisjonelle oppfatninger om maskulinitet og sykdom som noe menn skal «stå i», og ikke be om hjelp for. Her spiller det sannsynligvis inn at mange menn ikke ønsker å skape bekymring i familien, og derfor underkommuniserer sin egen sårbarhet.

Hvordan kan erfaringer fra pandemien bidra til et bedre folkehelsearbeid?

Mange menn tilhører grupper som var særlig utsatt for smitterisiko under pandemien. Dette gjelder ansatte i transportyrkene (særlig innen persontransport), og arbeidsinnvandrere som pendlet fra land med høyere smittetrykk enn i Norge. Her er den aller største gruppen mannlige polske arbeidsinnvandrere.

⁶ Reform – ressurs senter for menn. (2020) *Reformundersøkelsen*. Kantar

⁷ Reform – ressurs senter for menn. (2021) *Reformundersøkelsen*. Kantar

Menn har i gjennomsnitt færre fortrolige å betro seg til enn kvinner. Reformundersøkelsen⁸ viste at 15 % av alle norske menn i liten eller svært liten grad har noen å betro seg til i familien. Det tilsvarende tallet for kvinner var 9 %. Når det gjelder spørsmålet om menn har venner å betro seg til, svarte 24 % at de i liten eller svært liten grad har dette. Tallet for kvinner var 13 %. Eldre menn over 60 og skeive kom særlig dårlig ut på denne statistikken. Vi så også en nedgang i prosent venner menn hadde å betro seg til fra forrige Reformundersøkelse (i 2017).

Disse tallene peker mot at det er nødvendig å ha en kjønnet tilnærming til hvem som er utsatte som følge av økt isolasjon under en pandemisituasjon. Menn som allerede var isolerte og ensomme, ble særlig utsatte under koronapandemien. En slik gruppe var mannlige studenter, som bor hjemmefra og i liten grad har en omgangskrets, og i tillegg er rammet av at kontakten med lærestedet og studiemiljøet i overveiende grad er digital.

En annen utsatt gruppe var eldre hjemmeboende menn, der vi vet at selvmordsfaren var høy allerede før pandemien. Det er nesten utelukkende menn som tar livet sitt i aldersgruppen 80+. Det er grunn til å tro at dette er en gruppe som vil være i behov av særskilte tiltak i en pandemi.

Under pandemien anbefalte Reform myndighetene å ha et forsterket fokus på ensliges situasjon. Vi mottok mange henvendelser fra enslige og ensomme menn som følte sin situasjon som ekstra vanskelig. Når pandemien etter hvert er over, vil vår anbefaling fortsatt være å holde øye med disse gruppene. Mønstre fra pandemien, som blant annet tyder på mer ensomhet i utsatte grupper av befolkningen, kan ha «satt seg».

Det er også et betydelig innslag av aldersdiskriminering, og dels også alderisme⁹, i det norske samfunnet. Ifølge Verdens Helseorganisasjon har koronapandemien ført til mer av det som på engelsk blir kalt *ageism*. I rapporten «Global Report on Ageism»¹⁰ påpekes det at særlig mange eldre og gamle har dødd. Andre har blitt utsatt for diskriminering, for eksempel ved begrenset tilgang til helsehjelp, utilstrekkelig beskyttelse av eldre beboere i omsorgsboliger og av stereotype mediebilder, der generasjoner settes opp mot hverandre.¹¹

Det er ikke minst behov for ny forskning på disse områdene.

⁸ Reform – ressurscenter for menn. (2020) *Reformundersøkelsen*. Kantar

⁹ Tidskriftet for Den norske legeforening, 8. januar 2018: Alderisme eller aldersdiskriminering?

¹⁰ World Health Organization: Global report on ageism. Sveits, 2021

¹¹ Nasjonalt senter for aldring og helse: Fersk rapport fra WHO og FN: Pandemien avdekker aldersdiskriminering, 26. april 2021

3. Klima og helse

Hvordan kan statlige myndigheter, eventuelt i samspill med internasjonale aktører, kommuner, frivillige, ideelle eller private aktører, bidra til bedre folkehelse som samtidig forbedrer klimaet?

Klimaendringer påvirker menn i like stor grad som kvinner. Undersøkelser viser samtidig at tiltak for å begrense endringene, har lavere oppslutning blant menn enn blant kvinner. Dette er en utfordring som må tas på alvor. Menn må ses som en del av løsningen på klimakrisen, ikke som problemet.

Dette forutsetter at menns perspektiver tas på alvor, også når disse er kontrære til politiske målsetninger. Menns motstand kan blant annet forstås ved at det sterkt kjønnsdelte norske arbeidsmarkedet gir mannlig overrepresentasjon i tradisjonelle industriyrker, og i primærnæringene. Inngripende tiltak som passer i byer, passer heller ikke alltid like godt i distriktene.

4. Ikke-smittsomme sykdommer og levevaner

Forskning viser at menn og gutter i overveiende grad utmerker seg negativt i sentral helsestatistikk, blant annet når det gjelder levealder, alvorlige ulykker og selvmord.^{12,13} Gutter og menn er også overrepresentert i statistikken over alkohol- og rusavhengighet,¹⁴ og dobbelt så mange menn utvikler antisosial atferd.¹⁵

I tillegg lever menn i snitt 3,4 år kortere enn kvinner: Forventet levealder var i 2020 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn.¹⁶ Situasjonen må oppfattes som en stor utfordring for oss, både av helsemessige og likestillingspolitiske årsaker.

Menn oppsøker også i mindre grad helsevesenet, og går sjeldnere til legen, enn kvinner.¹⁷ Vi har også i tidligere studier erfart at menn ofte er usynlige som kjønn i

¹² Madsen, S.A., *Mænds sundhed og sygdomme*. 2014, Fredriksberg: Samfundslitteratur.

¹³ Statistisk Sentralbyrå, *Dette er kvinner og menn i Norge i 2018*. Rapport, 2018.

¹⁴ Kendler, KS: The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60(9):929-37.

¹⁵ Skogen, J. & Torvik, F. (2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. (Rapport 2013:4). Folkehelseinstituttet.

¹⁶ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>

¹⁷ Lilleaas, Ulla-Britt (2003). Fra en kropp i ustand til en kropp i det moderne. Rapport 2/03, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

norsk helsevesen, og at de etablerte lærings- og mestringstilbudene i liten grad er tilpasset menns kjønns spesifikke behov.¹⁸

Hva kan samfunnet gjøre mer av for å fremme gode levevaner og forebygge ikke-smittsomme sykdommer?

I høringsbrevet heter det: «Levealderen i Norge er blant de høyeste i verden, både blant kvinner og menn. Samtidig er det et stort potensial for en friskere befolkning.». Dette er vi enige i.

Det gjøres i dag alt for lite for å tette gapet i levealder. Vi vil peke på noen områder der det kan gjøres betydelig mer, og der en styrket innsats vil ha påvirkning på menns levealder.

For å fremme gode levevaner og øke den generelle levealderen bør det legges større vekt på helsefremmende arbeid blant menn. Her vil vi vise til tidligere arbeid gjort av Reform, i samarbeid med Oslo Universitetssykehus, og anbefalinger som fulgte av prosjektet.¹¹ Å få menn til å bli oppmerksomme på egen helse kan ta tid. Det er derfor viktig at helsevesenet kan nå menn med de tilbud som finnes, og at tjenesteapparatet innrettes for bedre å være tilpasset menn.

Tilbud må ta opp i seg problemstillinger knyttet til menns håndtering av sykdom og sykdommens konsekvenser, og det må vurderes om helsetilbudene fører til autonomi eller isolasjon. Det er ikke minst grunn til å tro at god dialog med menn kan forene behovet for selvbestemmelse og aktiv handling, med oppfyllelse av behovene for kontakt og erfaringsutveksling med andre menn. I dag mangler en slik dialog i store deler av helsevesenet.

Prostatakreft er den vanligste kreftformen som rammer menn.¹⁹ I 2020 fikk rundt 5000 menn denne diagnosen. Samme år døde 954 menn av sykdommen. Dette gjør prostatakreft til den viktigste dødsårsaken for menn i Norge. Sykdommen tar livet av rundt 50 prosent flere enn dem som faller som offer for brystkreft.

Likevel har vi ikke et tilsvarende screeningprogram, som vi har for brystkreft og livmorhalskreft. Det er i dag få, om noen faglige argumenter mot å igangsette pilotprosjekter for utprøving av et screeningprogram, slik blant andre Prostatakreftforeningen har krevet. Vi støtter dette kravet.

¹⁸ Reform - Ressurscenter for menn and Oslo Universitetssykehus, *Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* 2016

¹⁹ Kreftregisteret (2020). Årsrapport 2019 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft. Oslo. ISBN: 978-82-473-0087-9 link: [arsrapport-2019-nasjonalt-kvalitetsregister-for-prostatakreft.pdf](https://www.kreftregisteret.no/arsrapport-2019-nasjonalt-kvalitetsregister-for-prostatakreft.pdf) (kreftregisteret.no)

Mange menn og gutter sliter med dårlig psykisk og helse. Gutter takler depresjon dårligere enn jenter.²⁰ Selvmordsraten for gutter og menn er langt høyere enn for jenter og kvinner.²¹

Utdanningsinstitusjoner, offentlige hjelpetilbud og helsevesenet bør etablere egne tilbud til menn, for å kunne tilby trygge rom for deling av personlige utfordringer. Det finnes en rekke slike eksempler og modeller, fra sinnemestringstilbud og gruppetilbud til menn med følelse av ensomhet, via helsestasjon for gutter, samtalegrupper for mannlige studenter og samlivskurs for menn, til lærings- og mestringstilbud for menn som har opplevd sykdom eller skade, og egne tilbud til menn som er utsatt for vold eller overgrep.

Hensikten er ikke i seg selv å skille tilbud til gutter og menn fra dem som gis til kvinner, men å kvalifisere menn til å kunne ta bedre vare på og representere seg selv, både individuelt og i relasjon til andre.

Ungdom:

I Folkehelsemeldingen i 2019 pekte man på fritidsklubber som et godt tiltak for forebyggende arbeid for bedre folkehelse. Deltakelse i aktiviteter på fritidsklubber gir ungdom mestring og tilhørighet som fremmer god helse blant ungdom. Fritidsklubber er en kommunal tjeneste som ikke er lovpålagt, og fritidsklubber i kommuner havner dermed ofte som en salderingspost på kommunebudsjettet. Vi mener at retten til et fritidstilbud til ungdom bør lovfestes.

Voksne:

Som nevnt tidligere, står ensomhet blant menn i veien for god livskvalitet. Reform har under pandemien opprettet en samtalegruppe for menn med følelse av ensomhet, som har hatt en positiv effekt for de som har deltatt. Her kan man møte andre som er i samme situasjon. Vi mener at denne typen tilbud bør opprettes på kommunalt nivå, spesielt tilpasset menn, for å nå en gruppe som ofte ikke tar kontakt når de behøver hjelp.

Eldre:

Ensomhet blant eldre er en stor folkehelseutfordring. Ensomhet, inaktivitet og vold er utfordringer som mange møter i alderdommen. Oslo kommune har på sine nettsider en helseveiviser over tilbud for de over 60 år. Her finner man tilbud om sosiale aktiviteter, trening, møteplasser, dataopplæring og helsehjelp. Dette tiltaket er et eksempel til etterfølgelse for andre kommuner.

²⁰ Derdikman-Eiron, R. et al. (2012). Gender differences in psychosocial functioning of adolescents with symptoms of anxiety and depression: Longitudinal findings from the Nord-Trøndelag health study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(11)

²¹ Skogen et al. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Oppdaterte tall 2010–2019 fra Dødsårsaksregisteret

Vi vet at mange eldre menn ikke deltar i sosiale aktiviteter, i frivillig arbeid eller ved å ta del i tilbud på eldre- og seniorsentre. Reformers erfaring er at dette ofte skyldes at tilbudene er tilpasset kvinner, og at informasjon og språk som benyttes, i liten grad appellerer til menn. For å bryte isolasjonen og ensomheten som følger med sosialt utenforskap i alderdommen, er det derfor nødvendig å etablere tilbud og aktiviteter som er tilpasset menn, og der det oppleves naturlig for menn å delta. Erfaringen viser at dette ofte er ved å skape egne møteplasser for menn.

5. God psykisk helse og livskvalitet

Hvordan kan samfunnsrettede tiltak innrettes for å fremme god psykisk helse og livskvalitet?

Vi må legge til rette for økt sensitivitet for den mannlige pasienten i helsevesenet. Selv om menn er ulike, vil det være klokt å ta utgangspunkt i at mannen som pasient ofte søker å ivareta sin mannlige identitet, og ønsker å beholde en grad av egen kontroll og autonomi. Mange menn ønsker ikke å framstå som syke og svake. For å skape en likeverdig helsetjeneste, bør kunnskapen om menns behov videreutvikles i tjenesten og gjøres gjeldende for all klinisk praksis. Det samme gjelder i utdanningsløpene og i andre kompetansehevende tiltak for helsepersonell.

Det er et stort behov for at helsefaglig ansatte tilegner seg større kompetanse på, og dreier egen faglig oppdatering mot, problemstillinger som oftere gjelder gutter, slik som kroppsbildeforstyrrelser, treningsavhengighet, sinnemestring etc. Miljøer som er i kontakt med unge gutter i en utviklingsfase bør tilegne seg kunnskap om hvordan spiseforstyrrelser kan utspille seg i et kjønnsperspektiv, og om å snakke med gutter om spise- og kroppsbildeforstyrrelser

Psykisk helsevern

Deler av psykisk helsevern i Norge er kraftig redusert de siste 20 årene. Mens antallet døgnplasser var om lag 20 000 ved årtusenskiftet, er det samme tallet i dag rundt 3000.²² Døgnplassene er fortsatt i rask nedgang. En oversikt viser at hele fjorten av sytten psykiatriske sykehus enten er under avvikling, er vedtatt nedlagt eller planlegges å utraderes. Dette betyr at store deler av psykiatritilbudet, som tidligere befant seg på de psykiatriske sykehusene, er overlatt til kommunene.

Menn er sterkt overrepresentert i alle former for illegal rusbruk, og i misbruk av alkohol. Det er også flest menn som får de tyngste og mest langvarige psykiatriske diagnosene, som alvorlige personlighetsforstyrrelser og tidlig schizofreni med dårlig prognose.²³ Det er nesten bare menn som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

²² I 1990 fantes det 2,5 senger i psykiatrien pr. 1000 innbyggere. I 2020 var det 0,8. Kilde: Statistisk Sentralbyrå

²³ Livstidsprevalens av psykiske lidelser. Brit Haver, professor dr. med., Universitetet i Bergen

De mest alvorlig psykisk syke er tallmessig en begrenset gruppe, men de trenger et høyt omsorgsnivå, og lang tids innleggelse. Det er derfor behov for å stanse nedbyggingen sengetilbudene i psykisk helsevern, og skjerme døgntilbud som særlig er viktige for menn. I stor grad har dette også betydning for sammsfunnssikkerheten.

Seksuell helse

God seksuell helse er en viktig faktor for livskvalitet og mestringsferdigheter gjennom hele livet. Reform er medlem av SRHR-nettverket, og stiller seg bak nettverkets innspill til at seksuell og reproduktiv helse vektlegges for lite i folkehelsemeldingen.

Vi vil vektlegge behovet for et styrket fokus på menns seksualitet i forbindelse med sykdom. Bivirkninger som følge av prostatakreft, i form av nedsatt seksualfunksjon og inkontinens, er et område som rammer særlig mange menn.

Transmenn og helse

Transmenn utmerker seg ofte negativt på helsestatistikk. Denne uhelsen er ofte forbundet med diskriminering, fordommer og usynliggjøring i møte med helsepersonell. Uhelse blant disse mennene kan også knyttes til usunne maskuline idealer, som de overtar fra virkeligheten til cis-menn (menn som opplever samsvar mellom kjønn de ble registrert med ved fødsel, og det kjønn de føler seg komfortable med å beskrive seg som).

I rapporten «Transmenn og helse. Hvordan kan helsearbeidere legge til rette for gode pasientnøter?»²⁴ oppsummerer vi at mange gutter og menn overlater til partner og øvrige familiemedlemmer å ivareta deres helse, og det emosjonelle arbeidet knyttet til helse. Et vanlig kjønnsmonster er at menn går til legen først når mor eller partner krever det, og dette gjelder også for transmenn.

6. Folkehelsearbeid i kommunene

Hvordan kan kommunene innrette innsatsen sin for å styrke det psykiske folkehelsearbeidet i sin befolkning?

Det bør etableres egne lærings- og mestringsstilbud for menn. Et helsepedagogisk lærings- og mestringsstilbud er sentralt som virkemiddel for å gi menn og deres pårørende økt innsikt, støtte til å håndtere utfordringer og bidra til en mer positiv helseatferd hos menn. Mestringsstilbudene må styrke mennenes egne ressurser og gi kunnskap, motivasjon og kompetanse slik at mennene settes i stand til å håndtere egen sykdom, helse og liv. Det må utvikles nye dialog- og kommunikasjonsformer som i større grad er tilpasset menn. Lærings- og mestringsstilbud på menns premisser må etableres i et klima som inngir tillit. Forskning viser at de tilbud som menn

²⁴ Transmenn og helse. Hvordan kan helsearbeidere legge til rette for gode pasientnøter? Reform – ressurscenter for menn, i samarbeid med Fri – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, 2020

benytter seg av og er tilfreds med, karakteriseres ved fleksible og lengre åpningstider og individualiserende og mannsspesifikke tilnærminger

Hvordan kan ulike aktører bidra til å forsterke folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner?

Det må skapes møteplasser for menn. Erfaringen er at helseansatte må ut der mennene er - i nærmiljøet, i sportsklubber og ikke minst på arbeidsplassene. Det bør utvikles lavterskel helsetilbud for menn i forbindelse med møteplasser der menn samles. Det kan også etableres nye møteplasser i lokalmiljøet; i idrettslaget, på kafeen, på frivillighetssentralen eller på et lærings- og mestringssenter.

Bør folkehelseloven gjennomgås, og hva er forbedringsområder?

Verken kjønn eller likestilling er parametere som nevnes i dagens lovtekst. Reform mener derfor folkehelseloven må gjennomgås, for systematisk å innarbeide kjønns- og likestillingsperspektiver.

7. Ny kunnskap og innovasjon

Det er behov for mer forskning på kjønnsforskjeller, og på sosiale forskjeller i helse. Neste år leverer Kvinnehelseutvalget sin utredning. Dette vil bli den tredje Norge har gjennomført av sitt slag. I den forbindelsen understreker vi, at Norge aldri har gjennomført en egen mannshelseutredning. Her skiller Norge seg negativt ut fra flere av våre nordiske naboer, der særlig Sverige og Finland har gjort et omfattende arbeid på dette feltet, koplet til ny kunnskapsinnhenting og forskning.

Vi gjentar derfor, at regjeringen bør iverksette tiltak for å få på plass en mannshelseutredning.

Hva bør gjøres for å styrke kunnskapen om folkehelse og effekten av tiltak?

Helsevesenet opptre tradisjonelt i møte med kjønn, og er lite opptatt av forskjellene mellom kjønn i helse når det gjelder menn. Forskning og statistikk på menns helse sammenliknes gjerne med tilsvarende innsatser mot kvinner. Lite er blitt gjort for å forske på menn med utgangspunkt i variabler som klasse, etnisitet, seksuell orientering, funksjonsnedsettelse, geografisk tilhørighet og alder.

Det er grunn til å tro at dette gir til et lite nyansert bilde av menns helseutfordringer, og hvilke sammenhenger som kan være viktige for å forstå menns helseproblematikk og -utfall. Forskningsmiljøene oppfordres til å betrakte gutter og menn som kjønn, og samtidig som en mangfoldig kjønnskategori som ikke alltid bør ses som en enhet. Forskningen må inkludere variabler som kan bidra til å differensiere og skille ut undergrupper av gutter og menn som kommer dårligere ut, enn majoriteten.

Det må forskes mer på effekter av lærings- og mestringstilbud for menn. Sammen med mannsmiljøer, bør det designes følgeforskning av slike tilbud. Skal vi måle effekter bør det helst etableres flere grupper, og det er nødvendig å

utvikle gode indikatorer som kan måle effekt. Siden lærings- og mestringstilbud også handler om menns subjektive erfaring av mestring, bør forskningen også ha en kvalitativ komponent. Ytterligere kunnskapsinnhenting og forskning på lærings- og mestringstilbud bør omfatte både helseforetak og kommuner.

8. Strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet

Hvordan bør avgifter brukes innen folkehelsefeltet?

Økonomi er en sosial determinant som gjør helsetilbudene mer eller mindre tilgjengelig etter inntekt og klassesilhørighet, avhengig av nivået på kostnadene ved å benytte dem.

For å sikre et folkehelsearbeid som omfatter alle, og i særdeleshet mennesker med lav sosioøkonomisk status, bør egenandeler for bruk av helsetjenester holdes på et lavest mulig nivå, eller avskaffes i sin helhet.

*

Reform ønsker departementet lykke til med det videre arbeidet med en ny folkehelsemelding. Om ønskelig, deler vi selvsagt flere av våre erfaringer, og utdyper våre synspunkter.

Oslo, 5. mai 2022

Are Saastad /s/
daglig leder

Mali Storbækken
rådgiver/saksbehandler