

Helse- og omsorgsdepartementet

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Ref.: 22/2404

Det vises til departementenes invitasjon til skriftlige innspill i brev av 3. august 2022.

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 gi vårt skriftlige innspill til meldingsarbeidet, med utgangspunkt i våre erfaringer med gutter og menns helseutfordringer i et likestillingsperspektiv.

Vi svare på de tre punktene som ministeren ber om innspill på, men vi begynner med en -

1. Innledende likestillingspolitisk betraktning

Reform har ikke mottatt invitasjon til å bidra i denne innspillsrunden. Kun ett av landets fire likestillingsentre, der Reform inngår som et av dem, er invitert (Likestillingsenteret). Vi reagerer på dette. Ved sin praksis risikerer departementet å utelate svært viktige kjønns- og likestillingsperspektiver på et av velferdsstatens viktigste fellesområder. Ved å utelate Reform mister HOD også viktige perspektiver på gutter og menns liv, altså halve befolkningen. Disse er det ingen andre miljøer som kan gi departementet i en tilnærmet helhetlig sammenheng. Vi oppfatter det her som nødvendig å påtale dette ved å vise til HODs tidligere praksis.

Sist vi opplevde det samme i departementets praksis, var i vår påpekning om innspillsrunden til ny folkehelsemelding tidligere i år¹, der statsråden også besvarte Reforms klage på manglende involvering². Reform påpekte samme forhold også i forbindelse med innspillsmøtet til Kvinnehelseutvalget i august 2020, der mandatet for utvalget var å se på helse i et kjønnsperspektiv (Kvinnehelseutvalget).³

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

³ E-post, 29. september 2020: Reform – ressursenter 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

Den manglende interessen for å innhente synspunkter på likestilling generelt, og på gutter og menns likestillingsutfordringer i særdeleshet, må derfor slås fast som et *mønster* i Helse- og omsorgsdepartementet. Vi oppfatter dette som et stort likestillingsproblem.

Reform forventer nå at våre gjentatte tilbakemelding på forholdet leder til en intern gjennomgang av departementets rutiner. Vi foreslår at dette skjer kombinert med at det startes et arbeid for en aktiv innarbeiding av likestillingsaspekter i departementets virksomhet. Vi minner i denne forbindelsen om at forvaltningen er forpliktet av likestillings- og diskrimineringslovens bestemmelser, og at regjeringen Støre ellers tar mål av seg å ha en aktiv politikk for å arbeide med menns likestillingsutfordringer, jfr. blant annet det nye Mannsutvalget.

Det kan med andre ord se ut til at helse- og omsorgsministeren ikke går i takt med sin egen regjering.

2. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Som likestillingscenter mener Reform at en av de største utfordringene som må adresseres er de kjønnede og sosiale ulikhetene innenfor helse. Menn og kvinner lever ulike liv, under ulike vilkår. 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.^{4,5} Gutter og menn er også overrepresentert i statistikken over alkohol- og rusavhengighet,⁶ og dobbelt så mange menn utvikler antisosial atferd.⁷ Kjønnsulikhet i helse kommer altså til uttrykk i statistikken på ulike måter. Tar man klasse, sosial og etnisk bakgrunn inn i regnestykke blir forskjellene enda større.

I tillegg lever menn i snitt 3,1 år kortere enn kvinner: Forventet levealder var i 2020 84,9 år for kvinner og 81,5 år for menn.⁸ Situasjonen er en stor utfordring, både av helsemessige og likestillingspolitiske årsaker.

Menn oppsøker også i mindre grad helsevesenet, og går sjeldnere til legen, enn kvinner.⁹ Vi har også i tidligere studier erfart at menn ofte er usynlige som kjønn i

⁴ Madsen, S.A., *Mænds sundhed og sygdomme*. 2014, Fredriksberg: Samfundslitteratur.

⁵ Statistisk Sentralbyrå, *Dette er kvinner og menn i Norge i 2018*. Rapport, 2018.

⁶ 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.

⁷ Skogen, J. & Torvik, F. (2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. (Rapport 2013:4). Folkehelseinstituttet.

⁸ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/>

⁹ 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.¹⁰

En gruppe menn som er ekstra utsatt når det gjelder helse, er transmenn. Denne gruppen utmerker seg ofte negativt på helsestatistikk. 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?»¹¹ oppsummerer Reform, i samarbeid med Fri, at mange gutter og menn overlater til partner og øvrige familiemedlemmer å ivareta deres helse, og det emosjonelle arbeidet knyttet til helse. Et vanlig kjønns mønster er at menn går til legen først når mor eller partner krever det, og dette gjelder også for transmenn.

3. Hvilke tiltak er aktuelle?

Vi mener at den nye nasjonale helse- og samhandlingsplanen bør se helse i et kjønns perspektiv. Dette innebærer å se hvordan kjønn påvirker møtet med helse- og omsorgstjenester, og å belyse kjønnsforskjeller i helse. For å kunne forstå hvordan kjønnsforskjeller og kjønns perspektiver blir håndtert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten 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. Også variabler som klasse, bosted og alder er blant forholdene som må trekkes inn.

Mannshelseutvalg

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 kjønns perspektivet håndtert i folkehelsearbeidet, helse- og omsorgstjenestene, og helsefaglig forskning og -utdanning? ¹²

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 kjønns spesifikke utfordringer undersøkes. Det er derfor nødvendig at det i forbindelse med arbeidet med en ny

¹⁰ Reform - Ressurssenter for menn and Oslo Universitetssykehus, *Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn?* 2016

¹¹ Transmenn og helse. Hvordan kan helsearbeidere legge til rette for gode pasientnøter? Reform – ressurs senter for menn, i samarbeid med Fri – Foreningen for kjønns- og seksualitets mangfold, 2020

¹² Kvinnehelseutvalget.no

nasjonal helse- og samhandlingsplan, 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.

Levealder

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 å 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. 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.

Screening for prostatakreft

Prostatakreft er den vanligste kreftformen som rammer menn.¹³ I 2020 fikk rundt 5000 menn denne diagnosen. Samme år døde 954 menn av sykdommen. Dette gjør prostatakreft til den hyppigste 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.

¹³ 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)

Tilbud tilpasset menn

Mange menn og gutter sliter med dårlig psykisk og helse. Gutter takler depresjon dårligere enn jenter.¹⁴ Selvmordsraten for gutter og menn er langt høyere enn for jenter og kvinner.¹⁵

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.

Det bør etableres egne lærings- og mestringstilbud for menn. Et helsepedagogisk lærings- og mestringstilbud 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. Mestringstilbudene 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 mestringstilbud på menns premisser må etableres i et klima som inngir tillit. Forskning viser at de tilbud som menn benytter seg av og er tilfreds med, karakteriseres ved fleksible og lengre åpningstider og individualiserende og mannsspesifikke tilnærminger.

Aktivitetplikten bør inn i helse- og samhandlingsplan

Likestilling blir i nåværende plan ikke særlig vektlagt. Vi stiller oss bak Likestillingssenterets innspill om at ny nasjonal helse- og samhandlingsplan bør falle inn under aktivitetplikten for offentlige myndigheter og at likestilling som parameter tas systematisk inn i arbeidet med den nye planen.

Større kunnskap om gutter og menn

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

¹⁴ 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)

¹⁵ Skogen et al. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Oppdaterte tall 2010–2019 fra Dødsårsaksregisteret

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 kompetansehevede 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, fødselsdepresjon, 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.

Mer forskning på gutter og menn

Helsevesenet opptrer 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 mannsfaglige forskningsmiljøer, 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.

Stans i avvikling av døgnplasser innenfor 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. 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 utradere. 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. Det er nesten bare menn som dømmes til tvungent psykisk helsevern. 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 samfunnssikkerheten.

4. Er vi kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Gode oppvekstvilkår med tilstedeværende foreldre er en forutsetning for gode oppvekstvilkår. Å få være en tilstedeværende forelder er også viktig for foreldrenes helse. For far betyr dette redusert stress, økt livskvalitet, minsket risiko for alkoholrelaterte sykdommer og lavere dødelighet^{16, 17, 18}. For mor betyr dette mindre risiko for depresjon, mindre ryggproblemer og hodepine.¹⁶ Dette er en av grunnene til at Reform arbeider med en rekke prosjekter for at far i større grad kan delte i foreldrelivet, enn hva vi tradisjonelt har sett at han har mulighet til.

En likestilt helsestasjon

Et av prosjektene som tar for seg større involvering av far er *En likestilt helsestasjon*, støttet med prosjektmidler fra Stiftelsen Dam. Helsestasjonene er en av de viktigste kanalene for foreldreveiledning, forebygging av vold, psykisk uhelse og skade, blant annet fordi helsestasjonene har kontakt med tilnærmet alle nyfødte barn og deres foreldre. Helsedirektoratet vektlegger at tjenesten skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn, blant annet gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen. Her poengteres det også at familien bør betraktes som en helhet, i den forstand at både mor og fars psykiske helse, trivsel, fysiske plager og/eller sykdom, samt deres opplevelse av samspill mellom foreldrene, og mestring av hverdagslivet, har stor betydning for barnets oppvekst.¹⁹

I Helsedirektoratets retningslinjer for helsestasjonene finner vi også at «foreldres psykiske helse og trivsel bør tematiseres i konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet», fordi «et godt oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre kan bidra til å fremme barnas psykiske helse». Helsedirektoratet anbefaler videre at helsesykepleiere bør spørre begge foreldre om trivsel og psykisk helse i alle konsultasjoner.¹⁹ Forskning i forbindelse med Thomas Skjøthaug's doktorgradsarbeid,²⁰ viser imidlertid at tilbudet på helsestasjon til fedre

¹⁶ Holter, Ø.G, Svare, H. & Egeland, C. (2008). Likestilling og livskvalitet. AFI-rapport 2008:1. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

¹⁷ Månsdotter, A. Lindholm, L. & Winkvist, A. (2007). "Paternity leave in Sweden – costs, savings and health gains". Health Policy 82

¹⁸ Månsdotter, A. Backhans, M. & Hallqvist, J. (2008). "The relationship between a less genderstereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers". BMC Public Health 8:312.

¹⁹ Helsedirektoratet (2019). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

²⁰ Skjøthaug, T. (2016). *Fedres rolle i barnets tidlige utvikling*. I H. Holme, E. S. Olavesen, L.

generelt er mangelfullt. Helsepersonellet spør sjelden hvordan far har det. I praksis eksisterer det heller ikke lavterskeltilbud på helsestasjonene for fedre som sliter i denne livsfasen, slik det gjør for mødre. Mange fedre rammes av depresjon og psykiske problemer under graviditet, ved fødsel og i spedbarnstiden, og enda flere opplever å stå i en utfordrende situasjon på hjemmebane med en mor som er deprimert, eller et barn som er sykt.²¹ Når fedre flest forventes å være likestilte og tilstedeværende omsorgspersoner, er det uheldig at far står alene, uten et fungerende hjelpetilbud. At helsestasjonen ikke henvender seg til far kan også forstås som en diskriminerende praksis i seg selv.

Resultatet for mange fedre og familier med startvansker, er at tilknytningen mellom far og barn blir skadelidende. Forskere på fødselsdepresjon påpeker blant annet at ubehandlet depresjon kan bidra til at tilknytningsprosessen mellom omsorgspersonen og barnet, som vanligvis starter allerede under graviditeten, blir forsinket.²¹

For at far skal kunne bidra til barnets utvikling på en positiv måte gjennom livsløpet, er altså tilknytningen mellom far og barn viktig. Å gjenopprette en slik tilknytning på et senere tidspunkt vil være krevende. Fedre som sliter psykisk risikerer å bli koplet fra foreldreskapet før det begynner. Dette vil i tillegg få negative konsekvenser for mor-barnrelasjonen, og for parforholdet.²²

I samarbeid med Nord-Fron kommune skal Reform kartlegge hvordan far blir møtt på helsestasjonen, og undersøke hva som gjøres for å integrere fedre i omsorgsarbeidet. Det har blitt gjennomført en faglig workshop med helsestasjonen, hvor blant annet RBUP Sør og Øst og organisasjonen 1001 dager også bidro med faglig innhold.

I neste fase av prosjektet skal alle nybakte fedre i kommunen innkalles til en egen lavterskel helsesamtale. Dette skal skje over periode på tre måneder. Disse samtalene er det de ansatte på helsestasjonen som skal gjennomføre, på lik linje med samtaler som allerede tilbys mor.

Når dette er gjort, skal fedrene intervjues av oss, for å finne ut hvordan de syntes erfaringen var, og hva det har gitt dem. I slutføringen skal det avholdes et fagseminar i Nord-Fron, der erfaringene og kunnskapen fra prosjektet skal deles og drøftes. Helt til slutt i prosjektet skal det utarbeides en rapport, med anbefalinger til hvordan liknende samtaler kan gjennomføres hos helsestasjoner over hele landet.

Valla & M. B. Hansen (Red.), Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling (s. 85-97). Oslo: Gyldendal akademisk.

²¹ Eberhard-Gran, Slinning, K. & Rognerud, M. (2014). *Screening for barseldepresjon - en kunnskapsoppsummering*. Tidsskrift for Den norske legeforening. ISSN 0029-2001. 134(3), s 297- 301

²² Madsen, Munck og Lind. (2002). *Fædres tilknytning til spædbørn*. Hans Reitzels forlag, København.

Denne rapporten vil vi presentere i et eget lanseringsarrangement. Reform deler gjerne erfaringer og rapport med departementet.

Pappa til pappa

Et annet pilotprosjekt som for tiden gjennomføres i regi av Reform er prosjektet *Fra pappa til pappa*. Nybakte fedre kan oppleve usikkerhet i sin nye rolle som far, og det er få tiltak som retter seg til dem i denne fasen. Dette gjelder også på barselavdelingen. Derfor har vi i Reform utarbeidet en film rettet mot fedre, som skal vises på barselavdelingen, i første omgang på Drammen sykehus. I filmen intervjues 6 fedre om farsrollen, usikkerhet knytte til egen rolle, og viktigheten av å være en aktiv og tilstedeværende far. Informasjonsfilmen har som mål å anerkjenne far i sin nye rolle, gi dem info om egen betydning for familien, samt trygge og motiver dem til å ta den nye rollen som nybakt far.

Filmen er nå sendt ut til barselavdelingen ved Drammen sykehus, for pilotering i tre måneder. Vi mener prosjektet er et viktig og helsefremmende tiltak for hele familien, og anbefaler at videoen etter hvert rulles ut til alle sykehus i Norge.

Dette er eksempler på pågående prosjekter som departementet anbefales å se nærmere på, og der resultatene vil kunne gi verdifulle redskaper til å etablere helsetilbud som i langt større grad enn i dag involverer menn, og tar menn og deres familierelasjoner på større alvor enn i dag.

Vi stiller oss selvsagt åpne for videre kontakt med departementet om innholdet i dette innspillet. Reforms oppgave er å dele kunnskap, etter å ha jobbet med helserelatert likestillingsarbeid i 20 år.

Oslo, 14. september 2022

Are Saastad /s/
daglig leder

Mali Storbækken
Seniorrådgiver