



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

Desember 2025

Tenk på nytt for å gjenoppbygge:

**Mot rettighetsbaserte og
kjønnsrettferdige psykiske
helsesystemer i Europa**



Tenk på nytt for å gjenoppbygge:
Mot rettighetsbaserte og kjønnsrettferdige
psykiske helsesystemer i Europa

2025

Ansvarsfraskrivelse: Dette dokumentet er oversatt fra engelsk ved hjelp av maskinoversettelsesprogramvare. Det kan derfor være feil i oversettelsen.

«For herrens verktøy vil aldri demontere herrens hus. De kan kanskje tillate oss å slå ham midlertidig i hans eget spill, men de vil aldri gjøre det mulig for oss å oppnå reell forandring. Rasisme og homofobi er reelle forhold i alle våre liv her og nå. Jeg oppfordrer hver og en av oss her til å nå ned til det dype stedet for kunnskap inne i oss selv og berøre den frykten og avskyen for enhver forskjell som lever her. Se hvilket ansikt den har. Da kan det personlige som det politiske begynne å belyse alle våre valg.»

Audre Lorde

Forfatter:

Dr. Ugnė Grigaitė

Medier, prosjektleder og forsker ved NGO Mental Health Perspectives, www.perspektyvos.org;
Ph.D. i global folkehelse, Lisbon Institute of Global Mental Health, Comprehensive Health Research Centre,
NOVA Medical School, NOVA University of Lisbon.

Anmeldere:

Ann-Katrin Orr, MHE Policy Officer, og Camille Roux, MHE Policy Manager.

Redaktør:

Nabil Sanaullah, kommunikasjonssjef ved MHE.

Design og layout:

Alexandre Verlinden hos Grat-Grat.

På oppdrag fra Mental Health Europe**Takk**

Vi er dypt takknemlige for uvurderlig veiledning, rådgivning og viktige bidrag fra Cianán B. Russell og ILGA Europe, Camille Butin og IPPF European Network, Julieann Cullen og Global Mental Health Peer Network, Giulia Traversi og European Disability Forum, samt EIGE.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Innledning	8
Hvorfor kjønn er viktig for mental helse: Rapportens omfang og mål	8
Kryssende og rettighetsbasert perspektiv	8
Dagens situasjon i Europa og dens innvirkning på psykisk helse.....	10
Kjønnsbaserte ulikheter, kjønnsbasert vold og psykisk helse hos kvinner og jenter.....	10
Lesbiske, bifile, trans- og interseksuelle kvinner: Marginalisering og innvirkning på psykisk helse	13
Psykososial funksjonsnedsettelse og kjønnsrelaterte realiteter knyttet til tvang og institusjonalisering.....	15
Medisinsk kvinnefiendtlighet og devaluering av levd erfaring i psykisk helse og helsevesenet	17
Kjønn og interseksjonalitet i psykisk helse	19
Praktisk relevans av den psykososiale modellen for psykisk helse	19
Utfordringer med datahull og kjønnsblinde psykiske helsesystemer	19
Deltakende og inkluderende forskning, politikk og praksis	20
Holistiske tilnærminger til psykisk helse.....	22
Sosiale determinanter og tilnærming til bedring	22
Traume- og voldsinformert omsorg	22
EU-politikk om likestilling og mental helse.....	24
Oversikt over sentrale EU-rammeverk.....	24
Mangler og siloer: Manglende integrering mellom agendaene for mental helse og likestilling	27
Konklusjon.....	28
Politiske anbefalinger	30
Anbefalinger til EU-institusjoner:.....	30
Anbefalinger til medlemsstatene:.....	31
Vedlegg 1: Metoder	33
Metodikk og etisk tilnærming	33
Refleksivitet og metodologisk refleksjon	33
Vedlegg 2: Ordliste.....	35

Sammendrag

Denne EU-omfattende studien undersøker sammenhengen mellom kjønn og psykisk helse ved å se på erfaringene til personer som identifiserer seg som kvinner, og gir evidensbaserte og menneskerettighetsbaserte politiske anbefalinger til EU og nasjonale beslutningstakere. Den belyser psykisk helse hos kvinner, inkludert lesbiske, bifile, transpersoner og interseksuelle (LBTI+) kvinner, samt kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, og gir bevis som kan danne grunnlag for en inkluderende, kjønnsresponsiv og gjenopprettingsorientert politikk. Den viser at til tross for EUs forpliktelser til kjønnslikestilling, psykisk helse og funksjonshemmedes rettigheter, er disse agendaene og relaterte data og overvåkingsverktøy fortsatt fragmenterte.

Systemiske kjønnsulikheter påvirker direkte kvinners psykiske helse. Sosioøkonomiske ulikheter, inkludert lønns- og pensjonsforskjeller mellom kjønnene, usikre arbeidsforhold og uforholdsmessig omsorgsansvar, forsterker stressfaktorer for psykisk helse. En av de viktigste faktorene for kvinners psykiske helse er eksponering for kjønnsbasert vold (GBV), som øker risikoen for dårlig psykisk helse, mens de som opplever psykiske helseproblemer har mye større risiko for å oppleve GBV. Marginaliserte grupper, inkludert migranter, flyktninger, kvinner som utsettes for rasisme og LBTI+-kvinner, møter ytterligere betydelige barrierer for å få trygg, traume- og voldsinformert og gjenopprettingsorientert psykisk helsehjelp. LBTI+-kvinner opplever ofte forsterkede psykiske helserisikoer på grunn av stigma, minoritetsstress og systemisk ekskludering, som inkluderer transkvinner som utsettes for økt vold, mens intersekskvinner utsettes for uforholdsmessig mange medisinske inngrep uten samtykke.

Kjønnsdiskriminering fører ofte til at kvinners opplevelser blir minimert, avvist eller overmedisinalisert, noe som forsterker sykluser av maktesløshet, også innenfor tjenester og institusjoner. Kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse er uforholdsmessig utsatt for seksuell vold, tvangsmessige praksiser, tvangsmedisinering, isolasjon og, i noen tilfeller, tvangssterilisering eller nektelse av reproduktive rettigheter. Slike brudd forårsaker umiddelbar og langvarig skade på psykisk helse og tillit til helsevesenet og støttesystemer. Disse praksisene undergraver kroppslig autonomi, forverrer traumer og bryter med FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (UNCPRD).

Denne rapporten understreker et presserende budskap: psykisk helsepolitikk som overser kjønn, og likestillingspolitikk som overser krysningspunktet med psykisk helse, risikerer å forsterke ulikheter og ytterligere ekskludere marginaliserte grupper. For å forstå kjønn og psykisk helse må man ha et interseksjonelt perspektiv og erkjenne hvordan sosial posisjon, identitet og strukturelle ulikheter former psykisk helse. Dette er i tråd med den psykososiale modellen for psykisk helse, som plasserer psykisk helse i en bredere livskontekst. Sosiale og miljømessige determinanter, som fattigdom, ulikhet, vold og traumer, har betydelig innflytelse på psykisk helse.

Støtte fra likemenn og lokalsamfunnet er avgjørende, men underfinansiert. Det er et presserende behov for å styrke denne støtten sammen med profesjonell omsorg. Personlig bedring bør støttes gjennom komplekse støttesystemer, inkludert støtte fra likemenn, tilgjengelige lokalsamfunnstjenester og inkluderende politikk som i utforming og praksis anerkjenner mennesker med levdt og levende erfaring som eksperter på sin egen bedring, og dermed vektlegger autonomi, valgfrihet og meningsfull deltakelse.

Å tenke nytt om psykiske helsesystemer – både i politikk og praksis – gjennom et kjønnsrettferdighetsperspektiv krever strukturelle endringer. Det er avgjørende å integrere en kjønnsresponsiv, kjønnsrettferdig, psykososial modellbasert og gjenopprettingsorientert tilnærming i

strategier for helse, likestilling, funksjonshemming og menneskerettigheter. Politikken må ta for seg kjønnsbasert vold, ulik omsorgsbyrde, restriktive normer og institusjonell diskriminering, samtidig som den fremmer traume- og voldsinformerte, deltakende, overlevende-ledede, psykososiale, menneskerettighetsbaserte og gjenopprettingsorienterte tilnærminger. Å integrere kjønnsrettferdighet i psykisk helse er en menneskerettighetsforpliktelse og et imperativ av allmenn interesse, i tråd med FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, Istanbulkonvensjonen og EUs forpliktelser om likestilling og menneskerettigheter.

Innledning

Hvorfor kjønn er viktig i psykisk helse: Rapportens omfang og mål

Kjønn har en grunnleggende innvirkning på hvordan enkeltpersoner opplever, uttrykker og reagerer på psykiske helseutfordringer, men det er ofte usynlig og forblir marginalt i dominerende rammeverk for psykisk helsepolitikk. Fra sosiale forhold og traumer som bidrar til lidelse til måten mennesker blir diagnostisert, behandlet, støttet eller ekskludert fra omsorg på, er kjønn en avgjørende faktor for psykisk helse.¹

Det er tydelige mønstre på tvers av ulike grupper. Kvinner er uforholdsmessig hardt rammet av angst, depresjon og stressrelaterte lidelser, ofte knyttet til ulik fordeling av ubetalt omsorgsansvar, eksponering for kjønnsbasert vold (GBV) og vedvarende strukturelle ulikheter.² Menn er derimot mer utsatt for press knyttet til dominerende normer for maskulinitet, som forventninger om tøffhet, selvstendighet og følelsesmessig undertrykkelse. Disse «normene» kan fungere som barrierer for å søke hjelp og er forbundet med økt forekomst av rusmisbruk og selvmord.^{3 4} Videre ser det ut til at forekomsten av dårlig psykisk helse øker blant bestemte grupper, særlig eldre menn og unge kvinner.⁵ Slike forskjeller viser hvor viktig det er å utvikle psykisk helsepolitikk og praksis som ikke bare tar hensyn til kjønn, men som også aktivt utfordrer restriktive, skadelige og binære stereotyper og tar tak i de systemiske driverne bak dem.⁶

Denne rapporten har som mål å bringe kjønn fra marginen til sentrum av den politiske debatten om psykisk helse på EU-nivå. Ved å undersøke hvordan psykiske helsesystemer reproducerer eller motstår kjønnsbaserte ulikheter, identifiserer den viktige områder for endring. Den kartlegger nye trender og fremhever utfordringer som ikke er tilstrekkelig adressert, og plasserer disse i en kritisk gjennomgang av dagens politiske landskap i EU. Spesifikke anbefalinger på flere nivåer for å bygge inkluderende, kjønnsrettferdige psykiske helsesystemer følger denne analysen. Målet er ikke bare å informere, men også å legge grunnlaget for vedvarende påvirkningsarbeid, slik at fremtidige strategier for psykisk helse og kjønnslikestilling er forankret i rettferdighet, likhet og levde erfaring.

med et interseksjonelt og rettighetsbasert perspektiv

Denne rapporten tar i bruk en interseksjonell og rettighetsbasert tilnærming for å forstå kjønn og psykisk helse i Europa. Den er basert på prinsippene i FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (UNCRPD) og anerkjenner psykisk helse som et spørsmål om folkehelse, menneskerettigheter, sosial rettferdighet og kjønnsrettferdighet. Et interseksjonelt perspektiv brukes for å forklare hvordan overlappende strukturer av undertrykkelse, som kvinnehat, sexisme, funksjonshemningsdiskriminering, transfobi og homofobi, kan samvirke og forme psykisk helse, tilgang til omsorg og levde erfaringer med psykisk helse og psykososial funksjonsnedsettelse. I stedet for å behandle kjønn som en binær eller isolert kategori, fremhever denne tilnærmingen hvordan kjønn krysser andre identitets- og maktakse, og skaper lagdelte ulikheter.

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) Kjønn har betydning: Et viktig element i mental helse. *Det spanske tidsskriftet for psykologi*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ibid.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Tverrnasjonale sammenhenger mellom kjønn og psykiske lidelser i Verdens helseorganisasjons verdensomspennende undersøkelser av psykisk helse. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ WHO (2025) Verdens mentale helse i dag: Siste data. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Mental Health: Risk Groups, Trends, Services and Policies: <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Besøkt 22 oktober 2025.

Rapporten fokuserer på sosiale og strukturelle determinanter for psykisk helse (f.eks. kjønnsbasert vold, diskriminering og institusjonalisering) fremfor individualiserte, patologiserte eller biomedisinske forklaringer på lidelse. Den primære metoden er skrivebordsbasert og bygger på forskning som inkluderer vitnesbyrd og advokatvirksomhet fra personer med egne erfaringer. Det legges vekt på grupper som ofte er ekskludert fra den vanlige politiske diskursen, for å sikre at anbefalingene er basert på informasjon fra de som er mest berørt. Denne tilnærmingen er i tråd med Mental Health Europe (MHE) sitt engasjement for menneskerettigheter, likestilling og meningsfull deltakelse i reformen av psykisk helse.

For mer informasjon om den primært skrivebordsbaserte metodikken, refleksivitet og etiske refleksjoner, se vedlegg 1. En ordliste over sentrale begreper som brukes i rapporten, finnes i vedlegg 2.

Nåværende realiteter i Europa og deres innvirkning på psykisk helse

Kjønnsbaserte ulikheter, kjønnsbasert vold og psykisk helse hos kvinner og jenter

«Jeg føler at en veldig, veldig stor del av min opplevelse skyldes det faktum at jeg er kvinne. (...) Og nå føler jeg meg veldig usikker, både på jobben og på gaten. Det er en konstant paranoia om at noen skal angripe meg, fordi trakassering er så vanlig. Vel, det er bare sånn det er. Jeg har nesten alltid i tankene at jeg er kvinne, det er veldig vanskelig å glemme det.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse.⁷

Kvinner og jenter i hele EU opplever fortsatt systemiske kjønnsulikheter som direkte påvirker deres psykiske helse. Sosioøkonomiske ulikheter, som vedvarende lønns- og pensjonsforskjeller mellom kjønnene⁸, høyere andel deltidsarbeid og usikre arbeidsforhold, samt uforholdsmessig store omsorgsoppgaver, øker kvinners eksponering for stress, økonomisk usikkerhet og sosial ekskludering. Disse strukturelle ulikhetene øker risikoen for psykiske helseproblemer og begrenser tilgangen til ressurser og støtte, hvor tilgjengeligheten i seg selv ofte allerede er et problem.⁹ Samtidig mangler helsesystemene i Europa, særlig psykisk helsevern, ofte et kjønns sensitivt perspektiv, og tar ikke hensyn til hvordan kvinners psykiske helse påvirkes av bredere sosiale determinanter.¹⁰ Dette understreker behovet for en psykososial tilnærming både når det gjelder forståelse av psykisk helse og utforming av tjenester og politikk. Forskning viser at kvinner er overrepresentert blant brukerne av primære psykiske helsetjenester.^{11 12 13} I løpet av det siste tiåret har selvmordsraten økt blant kvinner under 20 år, noe som understreker nye sårbarheter som krever kjønnsinformerte forebyggingsstrategier.¹⁴

Kjønnsbasert vold er en kritisk faktor som undergraver kvinners psykiske helse i Europa, med dyptgående negative effekter. Kjønnsbasert vold utgjør et betydelig globalt problem for den offentlige psykiske helsen, gitt dens utbredelse og vidtrekkende konsekvenser for den psykiske helsen og velferden til enkeltpersoner, så vel som for samfunn, både på lokalt og globalt nivå. Minst én av tre kvinner¹⁵ har opplevd psykologisk, økonomisk, fysisk eller seksuell vold, inkludert vold i hjemmet og vold fra intim partner, med dyptgripende og langvarige konsekvenser for mental og fysisk helse, og langsiktige konsekvenser for mental helse som posttraumatisk stress, depresjon, angst, rusmisbruk og selvmordstendenser. Tilsvarende høye forekomster

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinner med funksjonsnedsettelser i Litauen når kjønn, funksjonsnedsettelse, vold i nære relasjoner og psykiske helsetjenester flettes sammen. *Disability and Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Europaparlamentet, Komiteen for sysselsetting og sosiale spørsmål og Komiteen for kvinners rettigheter og likestilling (2025) Rapport om lønns- og pensjonsforskjeller mellom kjønnene i EU: status, utfordringer og veien videre, og utvikling av retningslinjer for bedre evaluering og mer rettferdig lønn for arbeid i kvinne-dominerte sektorer (2025/2038(INI)).

⁹ European Data Journalism Network (2021) Betal eller utsett: hvordan Europa behandler depresjon og angst.

https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Kumulativt traume, kjønnsdiskriminering og mental helse hos kvinner: selvfølelsens formidlende rolle, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI: 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) Kjønn og andre pasientkarakteristikkens innflytelse på helsesøkende atferd: en QUALICOPC-studie. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Undersøkelse av psykiske helsetjenester blant personer med psykiske lidelser: en litteraturgjennomgang. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) En systematisk gjennomgang og metaanalyse av kjønnsforskjeller i behandlingen av angst og depresjon. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: [10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Mental helse: Risikogrupper, trender, tjenester og politikk. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

¹⁵ WHO (2021) Vold mot kvinner: estimater for utbredelse. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

av overgrep, særlig vold fra intim partner, rammer også tenåringsjenter: Nesten én av fire tenåringsjenter som har vært i et forhold, rapporterer at de har opplevd slik vold over hele verden.¹⁶

Kvinner som har opplevd kjønnsbasert vold, har minst tre ganger større sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser sammenlignet med kvinner uten slike erfaringer. Omvendt har kvinner med psykiske lidelser økt risiko for å bli utsatt for kjønnsbasert vold. Risikoen er enda større for kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, som opplever to til fem ganger høyere forekomst av vold enn kvinner uten funksjonsnedsettelse.¹⁷ Disse skadene forsterkes ofte av stigmatisering, offer skyld og sosial ekskludering, som sammen kan hemme bedring og begrense tilgangen til passende omsorg. Overlevende av kjønnsbasert vold blir ofte utsatt for re-traumatisering i sine møter med institusjoner, inkludert fysisk og psykisk helsevesen, politiet og rettssystemet. For eksempel, hvis overlevende av seksuell vold får tilgang til psykisk helsehjelp i Irland, kan rådgivningsnotater fra terapeuten deres bli gjort tilgjengelig for advokater som forsvarer de påståtte gjerningspersonene.¹⁸

Til tross for forpliktelser på EU-nivå er tjenestetilbudet fortsatt underfinansiert og ujevnt fordelt mellom medlemslandene. Migrant-, flyktning- og minoritetskvinner, samt kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, møter ekstra barrierer for å få trygg, traume- og voldsinformert omsorg og beskyttelse.¹⁹ For å takle de psykiske helsekonsekvensene av kjønnsbasert vold kreves det overlevende-sentrerte og erfaringsbaserte tilnærminger som kombinerer tilgjengelig og hensiktsmessig psykisk helsehjelp og kompleks støtte med juridiske, helsemessige og sosiale tiltak, samtidig som man tar tak i de bredere strukturelle ulikhetene og kulturelle og samfunnsmessige «normer» som opprettholder volden.

«Jeg antar at personen som misbrukte meg visste at jeg var en sårbar person, fordi antidepressiva ble funnet, og han visste godt at det var medisiner for behandling av psykiske lidelser. Det var stigmatisert. Jeg ble kalt «psyko» og slike ting.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse.²⁰

«Det finnes ikke noe system, de vet ikke hvordan de skal reagere når det oppstår vold mot en person med funksjonsnedsettelse. De har ingen anelse, ikke en eneste institusjon vet hvordan de skal håndtere slike situasjoner. Det er et faktum.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse som bor på en institusjon og har opplevd vold i hjemmet.²¹

Det nåværende politiske klimaet i Europa forverrer disse utfordringene. Fremveksten av anti-kjønnsbevegelser, tilbakeslag for kvinners rettigheter og motreaksjonen mot organisasjoner som jobber for likestilling, undergraver fremgangen innen likestilling og svekker støttenettverket som er tilgjengelig for kvinner og jenter. Innen helsetjenester møter kvinner fortsatt ulike former for medisinsk kvinnefiendtlighet, blant annet at symptomene deres blir avvist, overmedisinering eller patologisering av deres lidelse i stedet for å anerkjenne de sosiale og kjønnsrelaterte årsakene. Dette forsterker ikke bare mistilliten til tjenestene, men viderefører også sykluser av skade og ekskludering. Denne dynamikken forsterkes ytterligere når kjønn

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Vold mot unge jenter i nære relasjoner: regionale og nasjonale estimater av utbredelse og tilknyttede faktorer på landsnivå. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636 – 646.

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Responser på psykiske helsebehov hos overlevende etter vold i nære relasjoner fra psykiske helsetjenester i Litauen og Portugal. DOI: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563>

¹⁸ Den irske foreningen for humanistisk og integrativ psykoterapi (2025) IAHIPs uttalelse om bruk av terapinotater i rettsaker om seksuelle overgrep: <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ UNHCR (2024) Integreringshåndbok: Psykisk helse. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinner med funksjonsnedsettelse i Litauen når kjønn, funksjonsnedsettelse, vold i nære relasjoner og psykiske helsetjenester flettes sammen. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Funksjonshemmingsbaserte tilkoblede fasiliteter og programmer for forebygging av vold mot kvinner og barn i Bulgaria. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

krysser andre marginaliseringsakser. For eksempel møter kvinner som opplever rasisme ofte ekstra barrierer, som systematisk underkjenning av deres smerte eller minimering av deres symptomer, noe som understreker det presserende behovet for en interseksjonell tilnærming både i helsetjenestetilbudet og i utformingen av politikk.²²

Disse nylige politiske og samfunnsmessige trendene og innstrammingene i helsevesenet undergraver i betydelig grad kvinners psykiske helse og tilgang til psykisk helsehjelp.²³ Disse trendene skaper et fiendtlig miljø for kvinner og truer reproduktive rettigheter, anerkjennelse av kjønnsidentitet og deltakelse i interessearbeid.²⁴ Menneskerettighetsforkjempere, særlig kvinner, møter økt stigmatisering, trusler og psykisk stress.²⁵ Marginaliserte grupper, som innvandrerkvinner, kvinner med nedsatt funksjonsevne og LGBTI+-kvinner, er spesielt utsatt. Begrepet minoritetsstress er viktig for å kunne forstå disse utfallene som et resultat av kryssende sosial og strukturell undertrykkelse, ikke bare individuelle faktorer.²⁶

Samtidig finnes det noen oppmuntrende initiativer på EU-nivå, som nevnt i delen «Oversikt over sentrale EU-rammeverk» i denne rapporten, som i det minste delvis anerkjenner viktigheten av å bekjempe kryssende u like ulikheter. På grasrotnivå fortsetter sivilsamfunnsorganisasjoner og kvinneverktighetsgrupper å tilby innovative, lokalsamfunnsbaserte tjenester for mental helse og støtte, og fyller ofte viktige hull som formelle systemer etterlater.

Samlet sett understreker kjønnsulikheter, kjønnsbasert vold og systemisk diskriminering det presserende behovet for at EU-institusjoner og medlemsstater tar en mer helhetlig tilnærming til kvinners psykiske helse som et spørsmål om rettigheter og likestilling. Dette krever vedvarende investeringer i kjønnsensitive, kjønnsrettferdige, traume- og voldsinformerte og gjenopprettingsorienterte psykiske helsetjenester, sterkere håndheving av EUs forpliktelser til å beskytte kvinner og jenter mot vold, og meningsfull inkludering av kvinner med egen erfaring i utformingen og overvåkingen av politikken.

«Jeg visste at det var noe galt med meg, på grunn av spiseforstyrrelsen, fordi jeg hadde uteblitt menstruasjon (...). Det var da jeg begynte å gå til psykologer og til og med til psykiater, og jeg tok antidepressiva. Det var veldig vanskelig for meg. Men på den tiden spurte de meg kanskje om volden, men selv om de gjorde det, snakket de ikke videre om det. Vi berørte ikke temaet vold.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse.²⁷

«Den eneste løsningen jeg har [for traumene] er å gå til psykiateren og fylle meg med medisiner. Jeg tar 15 piller om dagen. Jeg tar medisiner. Når det gjelder støtte, har ingen noen gang anbefalt meg noe. Det er bare medisiner, medisiner, medisiner etter medisiner.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse.²⁸

²² MHE (2024) De psykiske helseeffektene av rasediskriminering: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ UN Women (2025) Kvinneverktigheter 30 år etter Beijing: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) Å nekte abort setter kvinners mentale og fysiske helse i fare. *American Journal of Public Health*. 113, 382–383: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Vitnesbyrd fra SRHR-forkjempere som er under angrep i Polen: <https://defendthedefenders.eu>. Besøkt 22 oktober 2025.

²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) Den tidsmessige interseksjonelle minoritetsstressmodellen: En nytenkning av minoritetsstress-teorien. *Journal of Family Theory and Review*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinner med funksjonsnedsettelser i Litauen når kjønn, funksjonsnedsettelse, vold i nære relasjoner og psykiske helsetjenester flettes sammen. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²⁸ Patrícia Neca (2023) DIS-CONNECTED: Funksjonshemmingsbaserte tilkoblede fasiliteter og programmer for forebygging av vold mot kvinner og barn i Portugal. Fenacerci: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

«Spesielt da jeg var tenåring, da jeg begynte å gå [til psykolog], burde [vold i hjemmet] ha blitt tatt opp og fått mer oppmerksomhet. For jeg vokste opp i ekstrem spenning hele tiden. I all slags skam, skyld og spenning. Og det var aldri av interesse for noen.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse.²⁹

Lesbiske, bifile, trans- og interseksuelle kvinner: Marginalisering og innvirkning på mental helse

Lesbiske, bifile, trans- og interseksuelle (LBTI+) kvinner står ofte overfor en rekke psykiske helseproblemer som er preget av kryssende erfaringer med minoritetsstress, stigmatisering, diskriminering og vold. Forskning og samfunnsdata viser konsekvent at LBTI+-kvinner har økt risiko for psykiske lidelser og symptomer, som depresjon, angst og selvmordstanker, sammenlignet med den generelle befolkningen.³⁰ Disse resultatene skyldes systematisk ekskludering, avvising fra familien, fiendtlige samfunnsfortellinger og vedvarende trusler og erfaringer med vold.

Over hele Europa møter LBTI+-kvinner ofte hindringer når det gjelder tilgang til trygge og bekreftende psykiske helsetjenester. Diskriminering i helsevesenet er fortsatt vanlig, og selv der det ikke forekommer åpen fiendtlighet, mangler mange tjenesteleverandører tilstrekkelig opplæring i LGBTQI-spesifikke spørsmål. Dette skaper situasjoner hvor enkeltpersoner enten skjuler sentrale aspekter av sin identitet, noe som kan hindre effektiviteten av terapien, eller blir utsatt for subtile, men skadelige former for ugyliggjøring.^{31 32} Videre er mangelen på LGBTQI-informerte tilbydere av psykisk helsehjelp og psykososiale støttetjenester særlig akutt for innvandrerkvinner og flyktningkvinner som ikke lett får tilgang til terapi på sitt morsmål, noe som fører til lange ventelister og ytterligere ekskludering.³³

Fordi mange LGBTQI+-kvinner også opplever sosioøkonomisk usikkerhet, er privat psykisk helsevern ofte økonomisk uoppnåelig, noe som forsterker strukturelle ulikheter.^{34 35} Spesifikke erfaringer forsterker disse utfordringene på tvers av ulike undergrupper. For eksempel møter lesbiske og bifile kvinner både hyperseksualisering og deseksualisering, og mange utsettes for seksuell vold.³⁶ Bifile kvinner opplever ofte utslettelse, særlig i heterofile forhold, noe som undergraver identitetsbekreftelsen.³⁷ Videre møter transkvinner ubarmhjertige angrep fra anti-kjønnsbevegelser og fiendtlige mediefortellinger som fremstiller dem som trusler snarere enn ofre eller overlevende, noe som fører til sosial isolasjon, økt angst³⁸ og redusert mobilitet i offentlige rom. De opplever også uforholdsmessig mye vold, inkludert drap, og transkvinner med minoritetsbakgrunn, migranter og sexarbeidere er mest utsatt.³⁹

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Erfaringer fra kvinner med funksjonsnedsettelser i Litauen når kjønn, funksjonsnedsettelse, vold i nære relasjoner og psykiske helsetjenester flettes sammen. *Disability and Health Journal*: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

³⁰ FRA Data Explorer: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtqi-survey-iii>. Besøkt 22 oktober 2025.

³¹ Europarådet (2024) Rett til høyest mulig helsenivå og tilgang til helsetjenester for LGBTI-personer i Europa: <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-heal/1680b1ba4d>

³² Bettergarcia, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Opplæring av psykisk helsepersonell i queer-bekreftende omsorg: En systematisk gjennomgang. *Psykologi om seksuell orientering og kjønns mangfold*, bind 8(3), 365-377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Hindringer og tilretteleggere for å søke og få tilgang til psykisk helsehjelp i primærhelsetjenesten og lokalsamfunnet blant kvinnelige migranter i Europa: en systematisk gjennomgang av «feminismer». *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) Helse og sosioøkonomisk velvære blant LGBQ-kvinner i USA. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Usikker sysselsetting: Et oversett problem blant lesbiske, homofile, bifile og transpersoner i arbeidslivet. *Sexuality Research and Social Policy*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Seksuell viktimisering og tilknyttede risikoen blant lesbiske og bifile kvinner. *Vold mot kvinner*, 19(5), 634-657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) Utryddelsen av monoseksisme: En utforskning av identitetsutvikling hos bifile kvinner. *Missouri State University*. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Stemme og kjønnsinkongruens: Forholdet mellom selvpoppfatning av stemmen og mental helse hos transkvinner. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>

³⁹ Oppdatering om overvåking av drap på transpersoner (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf>. Pressemelding (2024): <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

I tillegg til det ovennevnte blir mange interseksuelle kvinner ofte utsatt for ikke-frivillige, medisinsk nødvendige inngrep i barndommen, noe som fører til langvarige traumer og mistillit til helsepersonell. Derfor står interseksuelle kvinner overfor særlig alvorlige psykiske helserisikoer som har sin rot i medisinske, familiære og samfunnsmessige traumer. De ikke-frivillige og medisinsk nødvendige inngrepene som har til formål å «normalisere» kroppene deres basert på samfunnets «normer», utføres ofte under sterkt press fra leger og familier, og etterlater individene med langvarige psykiske skader, forstyrret kroppslig integritet og mistillit til helsepersonell.⁴⁰ Fordi feminiserende operasjoner er vanligere enn maskuliniserende, blir interseksuelle barn i uforholdsmessig stor grad styrt mot kvinnelig kjønnsstilling uavhengig av deres identitet, noe som resulterer i en overrepresentasjon av interseksuelle kvinner og et betydelig antall trans- og ikke-binære interseksuelle personer.⁴¹ Å vokse opp under disse forholdene medfører ofte stress i familien, sosial stigmatisering og mangel på støttende modeller for identitetsutvikling. Som voksne kan mange interseksuelle kvinner utsette eller unngå å søke helsehjelp, inkludert psykisk helsehjelp, fordi tjenesteleverandørene selv kan ha vært gjerningspersoner i deres tidligere traumer. Dette forsterker sykluser av ekskludering, isolasjon og ubehandlet lidelse, og understreker det presserende behovet for traume- og voldsinformert, rettighetsbasert helsehjelp og likemannsstøtte for interseksuelle samfunn.^{42 43}

Alle disse erfaringene illustrerer samlet sett den dype psykologiske belastningen som patologisering, tvang, marginalisering og traumer utgjør for LGBTI+-kvinner. Fellesskapsbasert støtte fra jevnaldrende spiller en avgjørende rolle i å dempe disse skadene. Grupper ledet av eller informert av jevnaldrende er ofte de eneste trygge og bekreftende rommene som er tilgjengelige for LGBTI+-kvinner i hele EU. Imidlertid er disse initiativene fortsatt sterkt underfinansiert, vanligvis drevet av frivillige og sårbare for sammenbrudd når nøkkelpersoner blir utbrent.⁴⁴ Å styrke og gi ressurser til samfunnssentre som kan opprettholde støtte fra likemenn ved siden av profesjonell psykososial omsorg, er en lovende og presserende nødvendig tiltak. Denne situasjonen forverres ytterligere av begrenset finansiering i hele EU, noe som understreker det kritiske behovet for å prioritere mental helse i både politiske og finansielle beslutninger fremover.

Til slutt forverrer strukturelle mangler i politikk og tjenesteutforming alle disse ulikhetene for LGBTI+-kvinner. Psykiske helseprogrammer på EU-nivå er ofte utilgjengelige for organisasjoner som arbeider med interseksjonelt marginaliserte befolkningsgrupper, særlig i land hvor LGBTQI+-personer og-samfunn allerede er ekskludert fra statlig finansiering av helse.⁴⁵ Uten målrettede ressurser og systemiske reformer vil LGBTI+-kvinnens spesifikke psykiske helsebehov fortsette å bli oversett. For å løse dette kreves det ikke bare finansiering og opplæring av tjenesteleverandører, men også fremming av overlevende-ledede, samfunnsbaserte tilnærminger og anerkjennelse av de unike årsakene til lidelse blant LGBTQI+-kvinner: utestenging fra familien, samfunnsmessig stigmatisering, anti-kjønnspolitikk, patologisering, medisinsk og institusjonell vold.

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Intersex Bodies, Surgery, and the Pursuit of «Normality». Human Rights Research Centre:

<https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) «Jeg vil være slik naturen har skapt meg»: Medisinsk nødvendige operasjoner på interseksuelle barn i USA.

<https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

⁴² OII Europe (2020) En rapport om situasjonen for interseksuelle mennesker i Europa og Sentral-Asia: <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europe (2022) Oppfølgingsundersøkelse om COVID-19 og interseksuelle: <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe og Somjen Frazer (2021) Finansiering for å møte endrede realiteter: LGBTI-organisasjoner om finansieringssituasjonen i Europa og Sentral-Asia.

Strength in Numbers Consulting Group for ILGA-Europe. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

⁴⁵ Ibid.

Psykososial funksjonsnedsettelse og kjønnsrelaterte realiteter ved tvang og institusjonalisering

Kvinner og jenter med psykososiale funksjonsnedsettelser i EU utsettes for alvorlige og vedvarende brudd på sine rettigheter, ofte forankret i en arv og gjenværende aspekter av institusjonalisering, tvang og systemisk diskriminering. Til tross for noen fremskritt i avinstitusjonalisering, er mange kvinner fortsatt innlagt på psykiatriske sykehus, segregerte omsorgsinstitusjoner eller andre segregerte miljøer hvor de er utsatt for økt risiko for omsorgssvikt, tvang og kjønnsbasert vold.^{46 47 48} Institusjonelle miljøer forverrer ofte lidelsen i stedet for å lindre den, ved å frata kvinner deres autonomi, undertrykke deres erfaringer og forsterke stigmatiseringen rundt både funksjonshemming og psykisk helse.

Den kjønnsrelaterte dimensjonen ved institusjonalisering blir ofte oversett. Kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelser er uforholdsmessig utsatt for seksuell vold og kjønnsbasert vold i institusjonelle sammenhenger, inkludert tvangsmedisinering, isolasjon og i noen tilfeller tvangssterilisering eller nektelse av reproduktive rettigheter.^{49 50} Slike brudd forårsaker ikke bare umiddelbar skade, men har også langsiktige konsekvenser for psykisk helse, kroppslig autonomi og tillit til helsevesenet og støttesystemer. Disse praksisene strider mot forpliktelsene i UNCRPD, ratifisert av EU, som pålegger beskyttelse av rettslig handleevne, frihet fra misbruk og tvang, og retten til å leve uavhengig og være inkludert i samfunnet. En kjønns sensitiv tilnærming til avinstitusjonalisering krever at kvinner har tilgang til trygge, samfunnsbaserte tjenester som spesifikt tar for seg risikoen for vold og gir helhetlig støtte. Dette inkluderer tilstrekkelig finansiering, kjønnsinformert opplæring av personale og mekanismer som gir kvinner mulighet til å utøve valg og kontroll over sine liv under og etter overgangen fra institusjonsomsorg.

Ifølge European Disability Forum (EDF)⁵¹ møter kvinner og jenter med funksjonsnedsettelser, inkludert de med psykososiale funksjonsnedsettelser, fortsatt en rekke skadelige stereotyper. Disse forsterker diskriminering og øker eksponeringen for vold, ekskludering og brudd på rettigheter, noe som igjen kan føre til svært negative konsekvenser for den psykiske helsen. Vanlige antagelser inkluderer troen på at kvinner og jenter med funksjonsnedsettelser ikke kan ta vare på barn eller slektninger, ikke bør få barn eller er ute av stand til å ta beslutninger om egne kropp og seksualitet. Disse misoppfatningene gir næring til praksis som tvangssterilisering, prevensjon og abort uten fritt og informert samtykke, noe som er uttrykkelig forbudt i henhold til UNCRPD og Istanbulkonvensjonen. Utelukkelse fra seksualitetsundervisning og seksuelle og reproduktive helsetjenester er vanlig, noe som fører til økt risiko for seksuell vold, utnyttelse, uønskede graviditeter og seksuelt overførbare infeksjoner.

Ytterligere stereotyper fremstiller kvinner og jenter med funksjonsnedsettelser som mindre verdige til utdanning, uegnet til visse jobber eller ute av stand til å påta seg lederroller. Slike fordommer påvirker deres mentale helse og velvære, begrenser deres deltakelse i skole, arbeidsliv og politikk, og opprettholder en ond sirkel av marginalisering, maktesløshet og økonomisk avhengighet. Kvinner og jenter med psykososiale

⁴⁶ MHE og University of Kent (2017) Kartlegging og forståelse av ekskludering i Europa: <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ WHO Europa (2018) Mental helse, menneskerettigheter og omsorgsstandards: vurdering av kvaliteten på institusjonsomsorg for voksne med psykososiale og intellektuelle funksjonsnedsettelser i WHO's europeiske region: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Fremme av menneskerettighetsbasert avinstitusjonalisering i Litauen ved å anvende Verdens helseorganisasjons QualityRights-vurderinger. *International Journal for Quality in Healthcare*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

⁴⁹ EDF og CERMI Women's Foundation (2017) Slutt på tvangssterilisering av kvinner og jenter med nedsatt funksjonsevne: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Tvangssterilisering av personer med nedsatt funksjonsevne i Den europeiske union: https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

⁵¹ EDF (2025) EDFs posisjonsnotat om kjønnsstereotyper mot kvinner med funksjonsnedsettelser: <https://www.edf-feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

funksjonsnedsettelse blir ytterligere stigmatisert av skadelige stereotypier og myter som fremstiller dem som voldelige, uforutsigbare eller upålitelige. Disse fordommer undergraver ikke bare deres jobbmuligheter og foreldrerettigheter, men begrenser også deres tilgang til rettsvesenet og beskyttelsestjenester, og overlevende av vold nektes ofte nødvendig og passende støtte, inkludert psykisk helsehjelp.

Kvinner med funksjonsnedsettelse som bor i omsorgsinstitusjoner, står overfor økt risiko for overgrep på grunn av isolasjon, maktubalanse og manglende ansvarlighet i institusjonsmiljøer, noe som gjør vold og dens konsekvenser for psykisk helse hyppigere og vanskeligere å rapportere. De blir også sjeldnere anerkjent som troverdige vitner i saker om overgrep, noe som ytterligere forsterker straffefriheten.⁵² Disse kryssende stereotypiene, som er forankret i funksjonsdiskriminering og kjønnsdiskriminering, nekter kvinner og jenter med psykososiale funksjonsnedsettelse deres rett til autonomi, verdighet og likestilling, og krever øyeblikkelig handling gjennom inkluderende politikk, bevisstgjøring, tilgjengelige tjenester og målrettede tiltak for å avvikle strukturell diskriminering.

«Vel, når du har en funksjonsnedsettelse, er det umiddelbart den [reaksjonen]. Det første som kommer opp, er som et stempel eller en etikett – at de «finner på ting». Som om det ikke er sant det de sier. Som om bare «ikke-syke mennesker» kan fortelle sannheten. (...) I den forstand er alle veldig, veldig raske til å si at hvis du er funksjonshemmet, er du avskrevet. (...)» – En verge for en jente med psykososial funksjonsnedsettelse, offer for kjønnsbasert vold.⁵³

Disse realitetene forsterker strukturell ekskludering, og etterlater kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse i utkanten av både psykisk helsevern og likestillingsagendaer. Likevel finnes det over hele Europa noen lovende praksiser som kan vise veien fremover. Den europeiske strategien for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne 2021–2030 legger fornyet vekt på avinstitusjonalisering og styrking av lokalsamfunnsbasert støtte, og anerkjenner behovet for å erstatte tvangsmessige modeller med rettighetsbaserte, personfokusede tilnærminger. Ved gjennomføringen av disse tiltakene oppfordres medlemsstatene til å sikre at investeringer i tilgjengelige og rimelige lokalsamfunnsbaserte tjenester eksplisitt tar for seg hindringene kvinner møter når det gjelder tilgang til sosiale og psykiske helsetjenester, og integrerer et kjønnsperspektiv i avinstitusjoneringspolitikken. EU-finansierte prosjekter bør også ta hensyn til de sammensatte utfordringene som personer med nedsatt funksjonsevne som opplever kryssdiskriminering står overfor, herunder personer fra rasemessige og etniske minoriteter, LGBTI+-kvinner og kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, for å fremme likeverdig tilgang til støttende, inkluderende og trygge lokalsamfunnsbaserte tjenester.⁵⁴

Noen medlemsstater har innført krisealternativer ledet av likemenn, krisestøtteboliger og overlevende-drevne advokatinitiativer som viser potensialet i ikke-tvangsmessige, lokalsamfunnsbaserte tiltak (f.eks. Bochum Crisis Rooms i Tyskland⁵⁵, Open Dialogue Approach i Finland og Trieste-modellen i Italia⁵⁶). Sivilsamfunnsorganisasjoner, inkludert nettverk for kvinners rettigheter med nedsatt funksjonsevne, fortsetter å synliggjøre og bekjempe overgrep, samtidig som de prøver ut traume- og voldsinformerte støttemodeller som bekrefter kvinners handlekraft og livserfaring.

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry og Michael Baker (2021) Politiets respons på personer med nedsatt funksjonsevne: Forskningsrapport. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Tilgang til rettsvesenet for barn med funksjonsnedsettelse som er ofre for kriminalitet i Litauen: En kvalitativ studie. *The International Journal for Children's Rights*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

⁵⁴ Europakommisjonen (2024) Veiledning om uavhengig liv og inkludering i samfunnet for personer med funksjonsnedsettelse i sammenheng med EU-finansiering: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Europarådet (2021) Sammenendragsrapport: God praksis for å fremme frivillige tiltak i psykisk helsevern. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ WHO (2021) Veiledning om psykiske helsetjenester i lokalsamfunnet: Fremme personfokusede og rettighetsbaserte tilnærminger. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

For å realisere rettighetene til kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse må EU og medlemslandene gå utover retorikk og sikre effektiv håndhevelse av UNCRPD-forpliktelsene i praksis. Dette innebærer å investere i kjønnssensitiv og kjønnsrettferdig avinstitusjonalisering, forby tvang i psykiske helsetjenester, sikre tilgang til rettferdighet og oppreisning for overlevende av vold og overgrep, og integrere lederskap basert på levd og levende erfaring i utformingen og overvåkingen av tjenester. Å beskytte psykisk helse og verdighet for kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse er ikke bare et spørsmål om helsereform, men også et spørsmål om kjønnsrettferdighet og menneskerettigheter som står sentralt i EUs forpliktelser.

«Det må imidlertid understrekes at det fortsatt er lite tilgjengelig data om funksjonshemmingsspesifikk vold, om vold i lukkede miljøer (institusjoner, asylmottak eller psykiatriske sykehus), om forholdet mellom offer en og gjerningspersonen(e), og om hindringene for å anmelde vold som gjør at kvinner og jenter med funksjonsnedsettelse forblir tause og usynlige, som understreket av European Disability Forum.⁵⁷ »⁵⁸

Medisinsk kvinnefiendtlighet og devaluering av levd erfaring i psykisk helsevern og helsevesenet

Over hele Europa møter kvinner fortsatt dypt kjønnsbestemte former for fordommer og diskriminering innenfor helsevesenet, inkludert psykisk helsevern. Medisinsk kvinnefiendtlighet i psykisk helsevern kan manifestere seg i overmedisinering av kvinners lidelser, feildiagnostisering og ignorering av de sosiale og strukturelle faktorene som former psykisk helse og velvære. Depresjon, angst eller traumerelaterte tilstander blir ofte behandlet som individuelle «patologier» i stedet for å bli anerkjent som reaksjoner på vold, diskriminering eller samfunnsmessige ulikheter. Dette forsterker en syklus der kvinner regelmessig blir tause, deres lidelse medisineres og deres autonomi undergraves.

En relatert dimensjon er epistemisk (intellektuell) urettferdighet⁵⁹ : kvinner blir altfor ofte posisjonert som upålitelige fortellere av sin egen lidelse, og klinikere privilegerer biomedisinske eller psykiatriske rammeverk fremfor førstehåndsberetninger om lidelse.⁶⁰ Dette er særlig skadelig for overlevende av kjønnsbasert vold, hvis avsløringer ofte blir tvilt på, minimert eller omformulert som antatte symptomer på en psykiatrisk tilstand, for eksempel i tilfeller av manifestasjoner av epistemisk privilegium i psykiatrien.⁶¹ For kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse forsterkes denne dynamikken av strukturell funksjonsdiskriminering, noe som fører til vedvarende ekskludering fra beslutninger om egen omsorg og støtte.

«Ja, da jeg var i Sofia, begynte jeg å nevne den seksuelle [volden], men jeg tror ikke de trodde meg. Det er noe som også skjer når du forteller dem det. De tror at alt skyldes psykosene.» – En kvinne med psykososial funksjonsnedsettelse som har opplevd flere former for kjønnsbasert vold.⁶²

Konsekvensene av medisinsk kvinnefiendtlighet og devaluering av levd erfaring er dyptgripende. De bidrar til forsinkede eller utilstrekkelige diagnoser, upassende eller tvangsmessige behandlinger og svekket tillit til

⁵⁷ EDF (2021) EDFs posisjonsnotat om vold mot kvinner og jenter med nedsatt funksjonsevne i Den europeiske union: <https://www.edf-feph.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Yousra Sandabad (2024) RESPONSE: Responsive services to address gender-based violence against women with disabilities – State of the Art Report. https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/O_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemisk urettferdighet: Makt og kunnskapens etikk. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Under paraplyen av epistemisk urettferdighet, kommunikasjon og epistemisk urettferdighet i kliniske møter: en kritisk oversiktsgjennomgang. *Etikk, medisin og folkehelse*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Epistemisk urettferdighet i psykiatrisk forskning og praksis. *Filosofisk psykologi*, 38(2), 503–531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED: Funksjonshemmingsbaserte tilkoblede fasiliteter og programmer for forebygging av vold mot kvinner og barn i Bulgaria. Kera Foundation: https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

helsevesenet. Dessuten forsterker denne dynamikken stigmatiseringen og skaper barrierer for å søke hjelp, slik at mange kvinner ikke får effektiv, rettighetsbasert støtte. De reproduserer også strukturelle ulikheter: for eksempel møter innvandrerkvinner og flyktningkvinner en dobbel byrde av rasistiske og kjønnsdiskriminerende fordommer, mens transkvinner og intersekskvinner møter ytterligere lag av patologisering og delegitimering av identiteten sin.

Videre møter kvinner over hele Europa fortsatt systemiske barrierer for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR). Restriktive abortlover, ulik tilgang til assistert reproduksjonsteknologi og mangel på universell, stigmatiseringsfri omsorg skaper juridiske, økonomiske og praktiske hindringer. Disse hindringene tvinger ofte kvinner til å utsette eller avstå fra nødvendig helsehjelp, noe som rammer marginaliserte grupper uforholdsmessig hardt.⁶³ I tillegg setter generelle kutt i global bistand, kombinert med økende motstand mot kjønnslikestilling, kvinners helse ytterligere i fare.⁶⁴

Ifølge International Planned Parenthood Federation (IPPF) – European Network, avslører inkonsekvente nasjonale politikker et klart brudd på reproduktive rettigheter og forsterker eksisterende ulikheter i hele regionen. Obstetrisk og gynekologisk vold er fortsatt en utbredt og underbehandlet form for kjønnsbasert vold, som omfatter mishandling, tvang, omsorgssvikt og ikke-konsensuelle prosedyrer i helsetjenesten.⁶⁵ Slike brudd undergraver kroppslig autonomi, forsterker mistillit til helsevesenet og understreker mangelen på effektive sikkerhetstiltak, ansvarlighet og profesjonell opplæring. Kvinner som utsettes for kryssdiskriminering, inkludert kvinner med nedsatt funksjonsevne, migranter, LBTI+-kvinner og overlevende av kjønnsbasert vold, er mest utsatt for ekskludering, mishandling og systematisk forsømmelse, mens trans- og intersekskvinner opplever særlig alvorlige brudd på sine helse- og menneskerettigheter.

For å lukke disse gapene kreves det omfattende, tverrsektorielle tiltak som anerkjenner hvordan kjønn, seksualitet, migrasjonsstatus, funksjonshemming, etnisitet og sosioøkonomisk stilling påvirker tilgangen til helsetjenester. Utvidelse av omfattende seksualundervisning, sikring av lik tilgang til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, og bekjempelse av obstetrisk og gynekologisk vold må prioriteres som presserende krav til mental helse og menneskerettigheter. EU har en viktig rolle å spille: å harmonisere tilgangen til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter i medlemslandene, støtte grenseoverskridende solidaritetsmekanismer for abortomsorg, bekjempe medisinsk og institusjonell vold og styrke finansieringen av kvinneverettighets- og SRHR-organisasjoner for å sikre rettferdig, rettighetsbasert og gjenopprettingsorientert helsetjenester for alle.

Til syvende og sist krever det mer enn trinnvise reformer å avskaffe medisinsk kvinnehat og epistemisk urettferdighet i helsevesenet. Det krever strukturelle endringer i retning av kjønnsrettferdighet, rettighetsbasert praksis og ansvarlighetsmekanismer som sikrer at kvinners erfaringer ikke bare blir hørt, men også følges opp. Uten en slik transformasjon risikerer psykiske helsesystemer å reproducere nettopp de ulikhetene de er ment å bekjempe.

⁶³ IPPF European Network: <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Besøkt 22 oktober 2025.

⁶⁴ UN Women (2025) Fremgang på bærekraftsmålene: Gender Snapshot 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

⁶⁵ IPPF European Network (2022) Obstetrisk og gynekologisk vold: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

Kjønn og interseksjonalitet i psykisk helse

Praktisk relevans av den psykososiale modellen for psykisk helse

For å forstå kjønn og psykisk helse kreves det et interseksjonelt perspektiv som anerkjenner hvordan sosial posisjon, identitet og strukturelle ulikheter former levde erfaringer med lidelse og psykisk helse. Interseksjonalitet i praksis betyr å erkjenne at kjønn ofte samvirker med andre faktorer: mennesker kan også møte diskriminering knyttet til andre deler av identiteten deres, som funksjonshemming, alder, etnisitet, klasse, migrasjonsstatus eller seksualitet, og disse kombinerte kreftene kan øke risikoen for psykiske helseproblemer og psykiske lidelser.

En slik tilnærming er i sterk grad i tråd med den psykososiale modellen for psykisk helse^{66 67}, som utfordrer snevre biomedisinske tolkninger ved å plassere psykisk helse i bredere livssammenhenger. Bedring defineres ikke bare av biomedisinske behandlingsresultater, men gis individuell betydning og knyttes til faktorer som komplekse støttesystemer som inkluderer støtte fra jevnaldrende, tilgjengelige, lokalsamfunnsbaserte, individualiserte, personorienterte tjenester og inkluderende politikk. Sentralt i denne tilnærmingen er ideen om at mennesker med egen erfaring er eksperter på sin egen bedring, og at valg, autonomi og meningsfull deltakelse er avgjørende for psykisk helse.

Når man anvender dette perspektivet på kjønn, blir det klart hvordan kjønnsbaserte ulikheter, inkludert kjønnsbasert vold, ulik omsorgsansvar og systemisk kvinnehat, direkte påvirker mental helse. Som vist, møter kvinner ofte kryssende barrierer som forverrer ekskludering og lidelse. For eksempel kan innvandrerkvinner, kvinner som utsettes for rasisme, kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse eller LGBTI+-kvinner møte flere lag av diskriminering innen helse, sysselsetting eller bolig, noe som ikke kan skilles fra deres psykiske helseutfall. Den psykososiale tilnærmingen, ved å anerkjenne disse kryssende ulikhetene, gir et rammeverk for å utforme tiltak som adresserer både individuelle behov og strukturelle urettferdigheter.

For EUs beslutningstakere understreker denne rammen et presserende budskap: psykisk helsepolitikk som ser bort fra kjønn (eller omvendt: likestillingspolitikk som overser psykisk helse og funksjonshemmedes rettigheter) og kryssende ulikheter, risikerer å forsterke ulikheten og etterlate de mest marginaliserte personene. En kjønnsomformende, kjønnsrettferdig, psykososial tilnærming bør derfor integreres i EUs strategier for helse, likestilling og menneskerettigheter. Dette krever ikke bare investeringer i tilgjengelige og inkluderende psykiske helsetjenester, men også koordinerte tiltak på EU-nivå for å fjerne strukturelle barrierer, som kjønnsbasert vold, diskriminering og usikre sosioøkonomiske forhold, som undergraver kvinners psykiske helse. Ved å omfavne interseksjonalitet i politikk og praksis kan EU posisjonere seg som en global leder i å tenke nytt om psykiske helsesystemer gjennom likestilling, rettferdighet og menneskerettigheter. Denne visjonen er i tråd med EUs forpliktelser i henhold til UNCRPD og Istanbulkonvensjonen, som begge bekrefter retten til full inkludering, likestilling og frihet fra vold og diskriminering.

Utfordringer med datahull og kjønnsblinde psykiske helsesystemer

⁶⁶ MHE (2023) Fremme forståelsen av den psykososiale modellen for mental helse: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilė Levickaitė og Ugnė Grigaitė (2020) Mental helse, psykososial funksjonsnedsettelse og retten til å leve i samfunnet: Deinstitutionalisering og arbeid for endring. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

En vedvarende hindring for en effektiv kjønns sensitiv og kjønnsrettferdig politikk og praksis innen psykisk helse i EU er mangelen på omfattende, disaggregerte data. Nåværende forskning og tjenstedata om psykisk helse klarer ofte ikke å fange opp forskjeller i erfaringer og resultater basert på kjønn, kryssende identiteter eller sosiale determinanter. Denne usynligheten undergraver beslutningstakernes evne til å utforme målrettede tiltak, fordele ressurser rettferdig og overvåke tjenestenes effektivitet. Videre opererer mange eksisterende psykiske helsesystemer under kjønnsnøytrale forutsetninger, og overser hvordan strukturelle ulikheter, kjønnsbasert vold, omsorgsansvar og sosiale forventninger og «normer» former psykiske helseutfall.⁶⁸

For å løse disse problemene kreves det en systematisk, rettighetsbasert tilnærming til datainnsamling, overvåking og evaluering. Dette inkluderer rutinemessig disaggregering av indikatorer for psykisk helse etter kjønn, alder, migrasjonsstatus, type funksjonshemming, sosioøkonomisk status og andre kryssende faktorer, samtidig som det sikres robuste sikkerhetstiltak. Å supplere kvantitative data med kvalitative innsikter, inkludert fortellinger om levde erfaringer, kan belyse barrierer, diskriminerende praksis og uoppfylte behov som tradisjonelle målemetoder ofte overser. Investeringer i kvalitetsforskning basert på en fullstendig kryssende forståelse må prioriteres, samtidig som man sikrer åpenhet, etiske sikkerhetstiltak og samfunnsdeltakelse.

Det er viktig å merke seg at forbedring av kjønnsresponsive og tverrsektorielle datasystemer ikke bare er en teknisk nødvendighet, men også et spørsmål om menneskerettigheter, ansvarlighet og sosial rettferdighet, som muliggjør evidensbaserte tiltak som opprettholder UNCRPD, Istanbulkonvensjonen og fremmer meningsfull inkludering for alle mennesker i hele Europa.

Deltakende og inkluderende forskning, politikk og praksis

Det er avgjørende å sikre at forskning, politikkutforming og praksis innen psykisk helse er deltakende og inkluderende for å kunne bekjempe kjønnsbaserte ulikheter og fremme kjønnsrettferdighet innen psykisk helse. Tradisjonelle tilnærminger marginaliserer ofte stemmene til de som har levd med dette, særlig kvinner, samt de som tilhører kryssende marginaliserte grupper som migranter, LGBTQI+-personer og personer med nedsatt funksjonsevne. Denne ekskluderingen begrenser relevansen, effektiviteten og rettferdigheten i psykisk helsepolitikk og -tjenester, og forsterker epistemisk urettferdighet og systemiske barrierer.

Deltakende tilnærminger innebærer å samarbeide med de mest berørte om å skape og utforme forskning, politikk og tjenester, og anerkjenne erfaringer som ekspertise. Ved å fremme meningsfullt engasjement i alle ledd øker slike tilnærminger ansvarlighet, relevans og potensialet for systemiske endringer. Fremming av deltakende og inkluderende tilnærminger krever at EU-institusjoner og medlemsstater etablerer rammeverk som pålegger lederskap basert på levd erfaring, integrerer samskaping og samproduksjon i utformingen av politikk og tjenester, og finansierer forskning som prioriterer inkludering. Slike tiltak er i tråd med rettighetsbaserte forpliktelser i henhold til UNCRPD og bredere EU-rammeverk for likestilling og antidiskriminering, og sikrer at psykiske helsesystemer er rettferdige, responsive og i stand til å håndtere strukturelle og kjønnsbestemte determinanter for psykisk helse. Andre relevante politikkområder, som bolig, sosialpolitikk og digitalisering, må også innlemme både kjønns- og psykisk helseperspektiver.

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Mot en kjønnsbasert forståelse av kvinners erfaringer med psykisk helse og psykisk helsevesen. *Women's Health Victoria*, Issues Paper 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

Helhetlige tilnærminger til psykisk helse

Sosiale determinanter og tilnærming til bedring

Den interseksjonelle og psykososiale tilnærmingen knytter seg naturlig til begrepet sosiale determinanter for psykisk helse. Den anerkjenner at psykisk helse er sterkt påvirket av sosioøkonomiske og miljømessige forhold, og understreker nødvendigheten av å ta tak i ulikhet, diskriminering og vold, som er særlig relevant når man diskuterer kvinners psykiske helse. En slik helhetlig tilnærming til psykisk helse krever at man tar et avgjørende skritt mot å omfavne integrerte, samfunnsbaserte, kjønnsrettferdige og rettighetsbaserte perspektiver. Å ta tak i psykisk helse krever derfor også tiltak gjennom sosial-, økonomi- og likestillingspolitikk som muliggjør forebygging, inkludering og verdighet.

Innenfor denne rammen er recovery-tilnærmingen⁶⁹ avgjørende. I sammenheng med kjønn og psykisk helse krever recovery-tilnærmingen tjenester som er tilpasset individuelle realiteter, inkludert eksponering for kjønnsbasert vold og ulik tilgang til ressurser. Lovende praksis finnes allerede i lokalsamfunnsbaserte nettverk for likemannsstøtte, tjenester ledet av overlevende og kjønnsensitive krisetiltak som prioriterer sikkerhet, valgfrihet, handlekraft, autonomi og verdighet fremfor tvang og institusjonalisering.⁷⁰

På EU-nivå gjenspeiler den europeiske strategien for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne prinsippene i FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, som er i tråd med recovery-tilnærmingen, men anerkjenner også eksisterende juridiske og systemiske barrierer, særlig for kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse. Politiske diskusjoner pågår, men vitnesbyrd fra egne erfaringer tyder på at institusjonelle, tvangsmessige og paternalistiske praksiser fortsatt er symbolsk og praktisk forankret. For å gjøre recovery-orienterte, rettighetsbaserte psykiske helsesystemer til virkelighet, må EUs politikk og profesjonelle praksiser utstyres med klare retningslinjer, verktøy og ansvarlighetsmekanismer som oversetter recovery-tilnærmingen og prinsippene til daglig omsorg.

Traume- og voldsinformert omsorg

For mange kvinner, inkludert overlevende av kjønnsbasert vold, er psykiske problemer dypt forankret i traumer. Tjenester som ikke anerkjenner dette, risikerer å re-traumatisere overlevende gjennom tvang, mistro eller mangel på sensitivitet.⁷¹ Et virkelig recovery-orientert psykisk helsevesen må integrere traume- og voldsinformert omsorg.⁷² ⁷³ Dette innebærer å prioritere sikkerhet, tillit og empowerment, å anerkjenne den gjennomgripende innvirkningen vold har på kvinners liv og å tilpasse psykisk helsehjelp deretter.

Traume- og voldsinformert omsorg⁷⁴ representerer en videreutvikling av tradisjonelle traumeinformerte tilnærminger, og utvider fokuset fra individuelle tiltak til en bredere forståelse av mellommenneskelig og strukturell vold, spesielt kjønnsbasert vold. Den plasserer erfaringer med ulike former for vold i en bredere sosial og strukturell ulikhetskontekst, og anerkjenner at systemiske faktorer som fattigdom, boligusikkerhet,

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery in Mental Health Services: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ WHO (2021) Veiledning om psykiske helsetjenester i lokalsamfunnet: Fremme personfokusede og rettighetsbaserte tilnærminger. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Responser på psykiske helsebehov hos overlevende av vold i nære relasjoner fra psykiske helsetjenester i Litauen og Portugal. DOI: [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

⁷² Wathen, C. N. og Mantler, T. (2022) Traume- og voldsinformert omsorg: Orientering av tiltak mot vold i nære relasjoner mot likestilling. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. og Varcoe C. (2023) Implementering av traume- og voldsinformert omsorg: En håndbok. *University of Toronto Press*. ISBN: 978-1-4875-2927-7.

⁷⁴ Wathen, C. N. og Mantler, T. (2022) Traume- og voldsinformert omsorg: Orientering av tiltak mot vold i nære relasjoner mot likestilling. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

diskriminering og politikkinduserte skader (f.eks. restriktiv reproduktiv helsepolitikk, ekskludering fra helsetjenester, institusjonalisering) samvirker med mellommenneskelig vold og påvirker psykisk helse. Den er basert på fire kjernepinsipper: forståelse og anerkjennelse av virkningen av traumer og strukturell vold; prioritering av fysisk, emosjonell og kulturell sikkerhet for tjenestebrukere og tjenesteleverandører; fremming av personfokustert samarbeid, valg og tilknytning; og videreutvikling av eksisterende styrker samtidig som man støtter kompetanse- og kapasitetsutvikling.

Denne tilnærmingen understreker at **traumer ikke bare er en psykologisk opplevelse, men også formes av sosiale og strukturelle forhold**. Den fremhever organisasjoners og tjenesteleverandørers ansvar for å tilpasse systemer og tjenester til individuelle behov, i stedet for å kreve at mennesker skal navigere i uflexible strukturer for å få tilgang til støtte. I praksis integrerer denne tilnærmingen disse prinsippene i programmer og tjenester, og sikrer at tiltakene er responsive, bærekraftige og forankret i bredere omsorgssystemer.⁷⁵ Det er viktig å understreke at den også understreker beslutningstakernes ansvar for å anerkjenne den interseksjonelle naturen til psykisk helse og sikre at disse hensynene integreres på tvers av alle politikkområder, da beslutninger på områder som helse, bolig, utdanning og sosial beskyttelse i stor grad former både behovet for og tilgjengeligheten av støtte.

Å integrere og fremme slike tilnærminger som en standard i alle psykiske helsesystemer (både i politikk og praksis) vil være et grunnleggende skritt mot kjønnsrettferdighet i psykisk helsevern: Ved å integrere traume- og voldsinformerte prinsipper i psykisk helse og andre tjenester, blir omsorg ikke bare traumesensitiv, men også rettighets- og gjenopprettingsbasert, interseksjonell og responsiv overfor de kjønnsrelaterte realitetene i kvinners erfaringer. Ved å omfordele kunnskapskraft kan psykisk helsevern ikke bare bli mer inkluderende, men også mer effektivt, forankret i realitetene til dem det søker å støtte. Utover tjenestene må disse prinsippene imidlertid også danne grunnlag for forebyggende tiltak, slik at systemene tar tak i de grunnleggende årsakene til traumer og strukturell vold før de manifesterer seg i negative psykiske helseutfall.

Holistiske, kjønnsresponsive, gjenopprettingsorienterte, traume- og voldsinformerte og likemannsledede tilnærminger er ikke valgfrie tillegg: de er krav for å bygge psykiske helsesystemer som er både effektive og rettferdige. På EU-nivå krever dette politikk som eksplisitt integrerer kjønn, interseksjonalitet og menneskerettigheter i strategier for psykisk helse, og sikrer samsvar med UNCRPD og Istanbulkonvensjonen. Ved å fremme helhetlige og kjønnsrettferdige tilnærminger har EU muligheten til å gå foran i å tenke nytt om psykiske helsesystemer som virkelig helbreder i stedet for å skade. Dette gir også en mulighet til å erkjenne at psykisk helse må tas i betraktning på alle politikkområder, da beslutninger innen utdanning, bolig, sysselsetting, migrasjon, rettsvesen, sosial beskyttelse og andre områder alle har stor innvirkning på psykisk helse og velvære.

⁷⁵ Ibid.

EU-politikk for kjønnslikestilling og psykisk helse

Oversikt over sentrale EU-rammeverk

Likestilling: EUs strategi for likestilling

EU-strategien for likestilling mellom kvinner og menn 2020–2025⁷⁶ er Kommisjonens flaggskipinitiativ for å fremme likestilling mellom kvinner og menn i hele Europa. Den skisserer et omfattende sett med mål for å eliminere kjønnsbasert vold, avvikle stereotypier, redusere forskjeller i lønn, pensjon, omsorgsansvar og politisk og økonomisk deltakelse, samtidig som den fremmer kjønnsbalanse i beslutningsprosesser. En dobbel tilnærming, som innebærer å integrere kjønnsperspektivet i all politikk sammen med målrettede tiltak, er kjernen i strategien, med interseksjonalitet som et ledende prinsipp. Nylige relevante milepæler i lovgivningen under dette rammeverket inkluderer direktivet om lønnsgjennomsiktighet (2023), direktivet om kjønnsbalanse i bedriftsstyrer (2022), direktivet om balanse mellom arbeid og privatliv (2022) og den europeiske omsorgsstrategien (2022), som alle søker å adressere strukturelle ulikheter som påvirker kvinners liv og, i forlengelsen av dette, deres mentale helse og velvære.

Strategien har også prioritert tiltak mot kjønnsbasert vold, med direktivet om vold mot kvinner og vold i hjemmet (2024) som det første EU-omfattende rettslige rammeverket som kriminaliserer visse former for vold og gir ofrene bedre tilgang til rettsvesenet og støttetjenester som krisesentre og hjelpetelefoner. Komplementære tiltak inkluderer EUs tilslutning til Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner – Istanbulkonvensjonen (2023), lanseringen av EUs nettverk for forebygging av kjønnsbasert vold og vold i nære relasjoner (2023) og kampanjen #EndGenderStereotypes (2023).

Disse initiativene viser et økende engasjement på EU-nivå for å fjerne barrierer som forsterker kjønnsulikhet. Imidlertid viser vedvarende kjønnsstereotyper, som gjenspeiles i Eurobarometer 2024 om kjønnsstereotyper⁷⁷, at fremgangen fortsatt er utilstrekkelig og ujevn mellom medlemsstatene, noe som understreker behovet for vedvarende innsats for å sikre at likestillingsforpliktelser blir fullt ut omsatt i praksis.

Det er flere åpenbare hull i EUs politikk for mental helse, psykososiale funksjonsnedsettelse og kjønnsbasert vold, inkludert EUs strategi for likestilling mellom kvinner og menn. Det europeiske økonomiske og sosiale utvalget (EESC)⁷⁸ har kritisert direktivet om vold mot kvinner og vold i hjemmet⁷⁹ for ikke å ta opp alvorlige og nye former for vold, som institusjonell vold mot kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, reproduktiv utnyttelse og tvangssterilisering. EØSU påpeker også at seksuelle og reproduktive rettigheter, som tilgang til abort, nødprevensjon og beskyttelse mot trakassering på klinikker, ikke anerkjennes som former for vold, til tross for økende restriksjoner i noen medlemsstater, blant annet Polen og Ungarn, noe som kan ha alvorlige negative konsekvenser for den psykiske helsen.^{80 81} I tillegg påpeker komiteen mangelen på robust, offerfokustert støtte og koordinering mellom allmenne helsetjenester, psykisk helsevern og

⁷⁶ EUs strategi for likestilling mellom kjønnene (2020–2025): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobarometer om kjønnsstereotyper (2024): <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

⁷⁸ Det europeiske økonomiske og sosiale utvalget (2024) Uttalelse SOC/798: Vold mot kvinner som et menneskerettighetsspørsmål: status for tiltak i hele EU. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ EU-direktiv om vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (2024): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) Sammenhengen mellom reproduktive rettigheter og tilgang til aborttjenester og mental helse blant amerikanske kvinner. *SSM – Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin og Vanessa Dalton (2025) Sammenhengen mellom statlige abortrestriksjoner og perinatal depresjon. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

spesialiserte offerstøttetjenester, og bemerker at det å neglisjere overlevendes psykiske helsebehov utgjør en menneskerettighetskrenkelse.

Denne kritikken er i tråd med EDFs standpunkt^{82 83}, som understreker at EU-direktivet fortsatt har mangler som påvirker kvinner og jenter med psykososiale og andre funksjonsnedsettelse. Lovene må definere voldtekt basert på manglende samtykke («bare ja betyr ja») snarere enn på motstand eller en «nei betyr nei»-standard. Det siste utelukker uforholdsmessig mange kvinner med funksjonsnedsettelse, særlig de som befinner seg i segregerte psykiatriske eller sosiale omsorgsmiljøer. Seksuell trakassering, som utgjør en økt risiko for kvinner med psykiske lidelser, krever også sterkere rettslig beskyttelse. Til slutt er fraværet av en klar forpliktelse til å samle inn data fordelt på funksjonsnedsettelse fortsatt en stor mangel, som begrenser forståelsen av utbredelsen og utformingen av effektive, målrettede tiltak.

Psykisk helse: Europakommisjonens helhetlige tilnærming til psykisk helse

I juni 2023 lanserte Europakommisjonen (EK) den **helhetlige tilnærmingen til psykisk helse**⁸⁴, som markerer en viktig politisk milepæl ved å anerkjenne psykisk helse som en prioritet på EU-nivå. Initiativet har et tverrsektorielt og forebyggende perspektiv, og posisjonerer mental helse som en integrert del av folkehelse, sosialpolitikk, sysselsetting, utdanning og digitalisering. Det søker å takle den voksende krisen innen mental helse i Europa, som er forverret av COVID-19-pandemien, krigen i Ukraina, økonomisk usikkerhet og bredere samfunnsmessige press.

Rammeverket er strukturert rundt tre hovedpilarer: å fremme god psykisk helse gjennom forebygging og tidlig intervensjon, å sikre tilgjengelige, rimelige og høykvalitative tjenester for psykisk helse og støtte, og å inkludere mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse i samfunnet, samt bekjempe stigmatisering og diskriminering. For å støtte gjennomføringen av rammeverket har EU lovet å omdisponere over 1,2 milliarder euro i finansiering fra ulike EU-programmer, noe som signaliserer en politisk forpliktelse til å sette psykisk helse på lik linje med fysisk helse på den europeiske politiske agendaen.

Selv om meldingen fra Europakommisjonen om den helhetlige tilnærmingen konsoliderer eksisterende bevilgninger og tiltak for psykisk helse, må det bemerkes at den ikke utgjør en langsiktig strategi, da det ikke er etablert nye initiativer eller vedvarende finansiering.⁸⁵ Likevel anerkjenner den eksplisitt den sosiale og økonomiske nødvendigheten av å investere i forebygging, tidlig intervensjon og fremming, og skaper dermed momentum for påvirkningsarbeid og videre tiltak. Etter lanseringen av den helhetlige tilnærmingen understreket MHE viktigheten av å fremme den psykososiale modellen og utvikle en strategi for psykisk helse med konkrete mål, tidsfrister, budsjetter og indikatorer for å overvåke fremdriften.⁸⁶

Den helhetlige tilnærmingen til psykisk helse anerkjenner de forskjellige virkningene psykiske helseutfordringer har på kvinner, menn og sårbare grupper, men den integrerer ennå ikke fullt ut et interseksjonelt perspektiv. Selv om den understreker viktigheten av å bekjempe stigmatisering, forbedre tilgangen til lokalsamfunnsbasert omsorg og støtte ungdoms psykiske helse, er det fortsatt nødvendig med

⁸² EDF (2021) Vold mot kvinner og jenter i Den europeiske union: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) Gjennomføring av EU-direktivet om bekjempelse av vold mot kvinner: <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ EU-kommisjonens helhetlige tilnærming til mental helse: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

⁸⁵ MHE (2023) Analyse av meldingen fra Europakommisjonen om «En helhetlig tilnærming til mental helse»: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEBSITE.pdf>

⁸⁶ MHE (2023) En helhetlig tilnærming til mental helse: Europas første skritt og tiltak for å ivareta alles velvære. <https://www.mentalhealtheurope.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

sterkere koblinger til rammeverk for likestilling, funksjonshemmedes rettigheter og politikk for kjønnsbasert vold for å sikre at alle kvinner, inkludert LGBTI+-kvinner og kvinner med psykososiale funksjonshemninger, ikke blir oversett. Likevel gir initiativet for en helhetlig tilnærming en mulighet for ytterligere samordning mellom psykisk helsepolitikk og EUs strategier for likestilling, funksjonshemmede og menneskerettigheter, noe som potensielt kan bane vei for mer inkluderende, rettighetsbaserte og kjønnsrettferdige psykiske helsesystemer i hele Europa. Det understreker også viktigheten av å samarbeide med mennesker med egen erfaring og sentrale interessenter, å integrere psykisk helse på tvers av politikkområder og å bruke inkluderende, ikke-stigmatiserende språk for å fremme bevissthet, utdanning og systemisk endring.

Funksjonshemmedes rettigheter: EUs strategi for funksjonshemmedes rettigheter

EU-strategien for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne 2021–2030⁸⁷ ble vedtatt i mars 2021 og fastsetter en tiårsramme for å fremme inkludering, likestilling og deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne i hele Europa og utenfor. Strategien bygger på fremgangen i den europeiske funksjonshemningsstrategien for 2010–2020 og erkjenner vedvarende barrierer når det gjelder tilgjengelighet, sysselsetting, selvstendig liv og beskyttelse mot diskriminering, vold og overgrep, samt økt risiko for fattigdom, sosial ekskludering og ulikheter i psykisk helse. Det er viktig å merke seg at strategien anerkjenner at kvinner og jenter med nedsatt funksjonsevne, inkludert de med psykososiale funksjonsnedsettelse, møter kryssende former for diskriminering, kjønnsbasert vold og systemiske hull i tilgangen til kjønns sensitiv helsehjelp og psykisk helsehjelp.

Strategien er basert på FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (UNCPRD), som EU ratifiserte i 2010. Strategien anerkjenner de mange ulempene som kvinner, barn, eldre, flyktninger og andre med nedsatt funksjonsevne står overfor, og understreker eksplisitt behovet for å ta tak i kjønnsrelaterte barrierer, psykososial sårbarhet og traumers innvirkning på mental helse og velvære. Det overordnede målet er å sikre at alle personer med nedsatt funksjonsevne kan nyte godt av sine menneskerettigheter, få likeverdig tilgang til muligheter, leve uavhengig, bevege seg fritt innenfor EU og være beskyttet mot diskriminering, vold og ulikheter på psykisk helseområdet.

Selv om strategien i stor grad tar for seg utfordringene som personer med nedsatt funksjonsevne møter, inneholder den ikke detaljerte, målrettede tiltak eller flaggskipinitiativer som er spesielt rettet mot psykososiale funksjonsnedsettelse og psykiske helseproblemer. Denne utelatelsen er bemerkelsesverdig gitt de unike barrierene som personer, særlig kvinner og jenter, med psykososiale funksjonsnedsettelse møter, blant annet stigmatisering, diskriminering og begrenset tilgang til passende psykiske helsetjenester.⁸⁸ Videre fanger strategiens interseksjonelle tilnærming, selv om den er prisverdig, ikke fullt ut de spesifikke behovene og utfordringene til kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse. Disse nyanserte problemstillingene krever mer eksplisitt oppmerksomhet og skreddersydde tiltak innenfor EUs rammeverk for funksjonshemmedes rettigheter.

Et bredere perspektiv: Den europeiske pilaren for sosiale rettigheter

⁸⁷ EUs strategi for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (2021–2030): https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

⁸⁸ UN Women (2018) Empowerment av kvinner og jenter med nedsatt funksjonsevne: Mot full og effektiv deltakelse og likestilling mellom kjønnene. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

Den europeiske søylen for sosiale rettigheter (EPSR)⁸⁹ fastsetter 20 sentrale prinsipper for å styrke sosiale rettigheter i hele EU, med sikte på å skape rettferdige og velfungerende arbeidsmarkeder og velferdssystemer. EPSR dekker tre brede områder: like muligheter og tilgang til arbeidsmarkedet, rettferdige arbeidsvilkår og sosial beskyttelse og inkludering. Prinsippene omfatter viktige spørsmål som likestilling mellom kjønnene, balanse mellom arbeid og privatliv, tilgang til kvalitetsmessig og rimelig helsetjenester, tilstrekkelig sosial beskyttelse, bolig og bistand til hjemløse og inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne. Gjennomføringen av pilaren støttes gjennom EU-lovgivning, finansieringsinstrumenter som Det europeiske sosialfondet Plus (ESF+) og det sosiale resultattavlen, som overvåker medlemsstatenes resultater.

Når det gjelder kjønn og psykisk helse spesielt, gir EPSR et rammeverk som direkte tar for seg mange av de sosiale determinantene som ligger til grunn for ulikheter i psykisk helse blant kvinner i EU. Prinsipper som retten til like muligheter uavhengig av kjønn, lik lønn for arbeid av lik verdi og beskyttelse mot diskriminering er avgjørende for å takle de strukturelle årsakene til psykisk ubehag og psykiske lidelser blant kvinner. På samme måte skaper bestemmelser om tilgang til rimelig helsetjenester, barneomsorg og støtte til personer med nedsatt funksjonsevne muligheter for å redusere barrierer for kvinner, særlig de som står overfor kryssende vanskeligheter, som å leve med psykososiale funksjonsnedsettelse eller omsorgsansvar. Ved å knytte likestilling mellom kjønnene til bredere sosial inkludering og velferd legger EPSR grunnlaget for integrerte politiske tiltak som samordner agendaene for sosialt arbeid, helse og likestilling mellom kjønnene.

Mangler og siloer: Manglende integrering mellom agendaer for psykisk helse og likestilling

Til tross for økende anerkjennelse av betydningen av både likestilling og psykisk helse på EU-nivå, utvikler disse agendaene seg i stor grad fortsatt isolert fra hverandre. Gjeldende EU-rammeverk viser en fragmentert tilnærming: mens psykisk helse i økende grad prioriteres gjennom initiativer som den helhetlige tilnærmingen til psykisk helse (2023), er mange komplekse kjønnsperspektiver nesten helt fraværende. Motsatt inneholder rammeverk for likestilling, inkludert EUs likestillingsstrategi og forpliktelser under Istanbulkonvensjonen, bare flyktige referanser til helse, og psykisk helse er praktisk talt usynlig i dem.⁹⁰ Denne manglende sammenhengen forsterkes av fraværet av systematisk integrering av kjønnsperspektivet i EUs helsepolitikk, finansieringsstrømmer og datainnsamling.

Verktøyene som er tilgjengelige for å måle fremgang, klarer ofte ikke å fange opp disse krysningspunktene. For eksempel inneholder Det europeiske institutt for likestilling (EIGE) sitt likestillingsindeks bare smale helserelaterte indikatorer, som antall sunne leveår, uten å ta hensyn til strukturelle determinanter for kjønnsrelaterte helseulikheter, spesielt når det gjelder mental helse. Selv om EIGE i sin nylige rapport om Beijing-plattformen for handling +30⁹¹ har gjort fremskritt med å sette søkelys på seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), blir kjønnsrelaterte dimensjoner av mental helse fortsatt neglisjert. I tillegg understreker den begrensede inkluderingen av kjønns-hensyn i det sosiale resultattavlen en bredere gap i overvåkingsrammeverkene på EU-nivå, noe som krever mer robuste kjønnsresponsive indikatorer for å fange opp ulike ulikheter. Som et resultat mangler EU den nødvendige kunnskapsbasen for å takle de sammensatte effektene av kjønnsulikhet på psykisk helse.

⁸⁹ Den europeiske pilaren for sosiale rettigheter (2017): https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

⁹⁰ Innspill fra FN's Brussel-team – Arbeidsgruppe for kjønn (2025) EU-konsultasjon om neste strategi for likestilling: <https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Beijing-handlingsplattformen +30: https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

Disse siloene utvides ytterligere når funksjonshemmedes rettigheter tas i betraktning. EU-forpliktelsene i henhold til UNCRPD og strategien for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne har styrket oppmerksomheten rundt inkludering av funksjonshemmede, men psykososiale funksjonshemninger blir ofte behandlet utelukkende gjennom et biomedisinsk perspektiv, med liten anerkjennelse av kryssende kjønnsrelaterte erfaringer.⁹² Uten en eksplisitt kjønnsrelatert tilnærming risikerer EU å undergrave sine egne mål på tre prioriterte områder: psykisk helse, kjønnslikestilling og funksjonshemmedes rettigheter, ved å unnlate å ta tak i hvordan disse dimensjonene samvirker i praksis.

Denne manglende integreringen er ikke bare et teknisk gap, men også et spørsmål om rettigheter og representasjon. Kvinner, inkludert LBTI+-kvinner, og særlig kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, er fortsatt systematisk underrepresentert i EUs politikktutforming, selv om de er blant de som er mest berørt av ulikheter i helsevesenet, medisinsk kvinnefiendtlighet og den nåværende generelle politiske motreaksjonen mot likestilling mellom kjønnene.⁹³ Det er derfor avgjørende å knytte sammen disse agendaene hvis EUs strategier skal være både effektive og inkluderende.

Fornyelsen av EUs strategi for likestilling og andre likestillingsrammeverk gir en viktig mulighet til å bygge bro over disse skillene. Fremtidige rammeverk må gå utover retoriske forpliktelser til å integrere likestilling, og i stedet innføre spesifikasjoner som anerkjenner behovene til kvinner og jenter i all deres mangfoldighet. Dette inkluderer å innlemme kjønnsperspektiver i psykisk helsepolitikk, utvide datainnsamling og overvåkingsverktøy, og sikre at rammeverk for funksjonshemmedes rettigheter på en meningsfull måte tar for seg psykososiale dimensjoner. Bare ved å bryte ned disse siloene kan EU fremme en mer sammenhengende, rettighetsbasert agenda som fullt ut svarer til realitetene i folks liv.

Konklusjon

Dette er et kritisk øyeblikk for å fremme kjønnsrettferdighet i psykisk helse og EUs sosialpolitikk. Økende politisk motstand mot kjønnslikestilling, kombinert med økende krav om helhetlige, rettighetsbaserte og gjenopprettingsorienterte tilnærminger i EUs helsepolitikk, understreker det presserende behovet for evidensbasert påvirkningsarbeid. Denne rapporten svarer på dette behovet ved å tilby en analyse på EU-nivå som er spesielt dedikert til krysningspunktet mellom kjønn og psykisk helse.

Ved å integrere et interseksjonelt perspektiv, som inkluderer realitetene for LBTI+-kvinner og kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse, belyser rapporten grupper som er systematisk underrepresentert i EUs politikktutforming. Den gir praktiske, politikkrelevante anbefalinger basert på levd erfaring, menneskerettigheter og sosial rettferdighet.

Å tenke nytt om psykiske helsesystemer gjennom kjønnsrettferdighet krever en grunnleggende endring i hvordan psykisk helse og psykisk helsehjelp forstås, organiseres og leveres. Det går utover den biomedisinske modellen som rammer inn lidelse som individuell «patologi», til å anerkjenne de psykososiale dimensjonene og det kollektive ansvaret for å takle strukturelle determinanter som kjønnsbasert vold, ulik omsorgsfordeling, restriktive kjønnsnormer og institusjonell diskriminering.

⁹² EDF (2025) EDFs anbefalinger for EUs strategi for likestilling mellom kjønnene 2026–2030: <https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

⁹³ Det europeiske økonomiske og sosiale utvalget (2018) Uttalelse SOC/579: Situasjonen for kvinner med nedsatt funksjonsevne. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

En kjønnsrettferdig og gjenopprettingsorientert tilnærming krever anerkjennelse av ulike individuelle kjønnsrelaterte erfaringer, inkludert erfaringer fra LGBTQI+-personer, rasialiserte og migranter og personer med nedsatt funksjonsevne, hvis psykiske helse er preget av kryssende systemer av undertrykkelse, diskriminering og ekskludering. Sentralt i denne transformasjonen er å løfte frem erfaringer fra virkeligheten og lederskap fra overlevende. Systemene må skifte fra hierarkiske, ekspertdrevne modeller til deltakende strukturer hvor mennesker med levd erfaring er med på å utforme politikk og tjenester, slik at omsorg er traume- og voldsinformert, verdig og inkluderende.

Kjønnsrettferdige psykiske helsesystemer behandler ikke bare symptomer: de demonterer aktivt undertrykkende strukturer, forebygger skade og fremmer likhet, autonomi og velvære for alle. Til syvende og sist er kjønnsrettferdighet i psykisk helse uatskillelig fra menneskerettigheter og EUs verdier. Å innlemme prinsipper om ikke-diskriminering, deltakelse og ansvarlighet i psykisk helsepolitikk og praksis er i tråd med UNCRPD, Istanbulkonvensjonen og bredere EU-forpliktelser om likestilling og menneskerettigheter. Denne rapporten skisserer en fremtidsrettet vei for Europakommisjonen og andre institusjoner for å forutse trender, overvinne siloer mellom likestilling, psykisk helse og funksjonshemmedes rettigheter, og fremme transformative, inkluderende, gjenopprettingsorienterte og rettighetsbaserte psykiske helsesystemer i hele Europa.

Politiske anbefalinger

EU har flere virkemidler for å drive frem meningsfull fremgang innen psykisk helse og likestilling. Gjennom å utforme lovgivning og politikk, fremme evidensbaserte tilnærminger og beste praksis, finansiere forskning og innovasjon, koordinere datainnsamling og støtte medlemsstatene i å styrke rettighetsbaserte systemer for psykisk helse, kan EU spille en avgjørende rolle i å forbedre resultatene innen psykisk helse.

Anbefalinger til EU-institusjonene:

1. **Bekreft på nytt forpliktelsen til likestilling**, blant annet med en ny ambisiøs strategi for likestilling mellom kjønnene

Vedta en sterk ny strategi for likestilling mellom kjønnene, som inkluderer fokus på psykisk helse. Forny forpliktelsen til Istanbulkonvensjonen og sikre full gjennomføring av den forrige strategien for likestilling mellom kjønnene. Styrke andre likestillingsmekanismer, som strategien for personer med nedsatt funksjonsevne, uten å svekke tidligere mål og målsettinger. Sikre at disse og andre likestillingsstrategier innlemmer tilnærmingen nedenfor.

2. **Sette mennesker med egen erfaring i sentrum**

Fra utforming av politikk til gjennomføring, overvåking og evaluering er det avgjørende med meningsfull involvering av mennesker med egen erfaring og deres representative organisasjoner.

3. **Innarbeide en interseksjonell tilnærming** i utformingen av politikk

For å være effektive må politikk for psykisk helse og annen politikk ta hensyn til kryssende faktorer som kjønn, seksuell orientering, alder, etnisitet, funksjonshemming, migrasjonsstatus og sosioøkonomiske forhold. Erfaringer med vold og traumer, inkludert kjønnsbasert vold, må anerkjennes i politikk som spenner fra bolig til helsetjenester og videre.

4. **Prioritere forebygging og lokalsamfunnsbasert omsorg**

Støtt medlemsstatene i kjønnsrettferdige strategier for avinstitusjonalisering og gjennomføringen av disse, og sørg for at lokalsamfunnsbasert støtte prioriteres og er lett tilgjengelig. Samle og del informasjon om eksisterende beste praksis med vekt på støtte fra likemenn og involvering av mennesker med egen erfaring.

5. **Forbedre datainnsamling og overvåking av kjønn og psykisk helse**

Styrke harmonisert datainnsamling, fordelt på kjønn og funksjonshemming, om psykisk helse, tilgang til tjenester og relaterte strukturelle determinanter, med utgangspunkt i eksisterende instrumenter som sosial resultattavle, statistikk over inntekt og levekår (EU-SILC), europeisk helseundersøkelse (EHIS) og landvurderingene i det europeiske semesteret. Med sterke garantier for personvern og databeskyttelse. Bruke data til å informere politikk.

6. **Bekjempe stigmatisering**

Investere i EU-omfattende tiltak for å øke bevisstheten og kunnskapen i befolkningen for å redusere stigmatisering knyttet til psykisk helse, funksjonshemming, seksuell orientering, kjønn og andre former for diskriminering. Kampanjer bør utformes i samarbeid med personer med egen erfaring og tilpasses slik at de

når og kommer til nytte for de som er mest berørt av ekskludering og ulikhet, for eksempel på grunn av psykososiale funksjonshemminger, kjønnsbasert vold eller rasisme.

7. Prioritere finansiering av psykisk helse

Sikre at investeringer i psykisk helse og sosial omsorg prioriteres i hele EU. Anerkjenn psykisk helse som en form for viktig sosial investering og støtt medlemsstatene i å beskytte og utvide utgiftene til psykiske helsetjenester, forebygging og lokalsamfunnsbasert støtte. Investeringer i sosial omsorg og psykisk helse bør styrkes innenfor den nye flerårige finansielle rammen (2028–2034), slik at det sikres dedikerte og tilstrekkelige ressurser, herunder opprettholdelse av ESF+ og øremerking av sosiale utgifter, inkludert psykisk helse, samt opprettholdelse av koblingen til den europeiske søylen for sosiale rettigheter.

8. Ta en integrert tilnærming til **psykisk helse i all politikk**

Sikre at psykisk helse tas i betraktning på alle politikkområder, inkludert i kommende initiativer rundt bolig, sysselsetting og den kommende strategien mot fattigdom, for å bidra til å løse de strukturelle problemene som påvirker psykisk helse, og sikre at disse alle er basert på en kjønnsrettferdig og interseksjonell tilnærming.

9. Utvikle en **omfattende EU-strategi for psykisk helse**

Utarbeide og gjennomføre en omfattende strategi for psykisk helse, fullfinansiert med en klar tidsplan, mål og evalueringsmekanismer for å overvåke fremdriften. Denne tilnærmingen må være basert på en interseksjonell tilnærming og forplikte seg til kjønnsrettferdige og rettighetsbaserte systemer for psykisk helse, og oppfordre medlemsstatene til å utvikle nasjonale handlingsplaner.

Anbefalinger til medlemsstatene:

1. Fjerne **gapet mellom politikk og praksis**

Sikre at forpliktelser om kjønnslikestilling, antidiskriminering og rettighetsbasert psykisk helse omsettes i reell tilgang til tjenester med fokus på forebygging og tidlig støtte. Ta tak i regionale ulikheter, mangel på arbeidskraft og finansieringsgap. Sikre at ansatte innen psykisk helse og likemannsstøtte er godt rustet og får god støtte.

2. **Prioritere, utvide og finansiere initiativer på lokalt nivå og initiativer for støtte fra likemenn**

Disse bør prioritere forebygging og restitusjon, med utgangspunkt i nasjonale og internasjonale eksempler på beste praksis.

3. **Forbedre tilgangen til informasjon om støttetjenester**

Samle inn, publiser og oppdater regelmessig grunnleggende informasjon om offentlige støttetjenester og organisasjoner i den tredje sektoren via digitale plattformer og trykte ressurser. Sørg for at materialet er tilgjengelig på flere språk og i lettlest format i lokale offentlige institusjoner, offentlige bygninger, helse- og sosialomsorgsinstitusjoner, politistasjoner, skoler og biblioteker.

4. **Utvikle og gjennomføre omfattende opplæring for fagpersoner**

Utvikle opplæring om likestilling, LGBTQ+-rettigheter, kjønnsbasert vold og rettferdighet for funksjonshemmede, og hvordan disse faktorene påvirker hverandre og påvirker mental helse, søking av hjelp

og tilgang til tjenester. Denne opplæringen bør integreres i obligatorisk grunnutdanning og kontinuerlig faglig utvikling for helse- og sosialpersonell, politi og beredskapstjenester, juridiske og rettslige fagpersoner og lærere. Opplæringen bør gi fagpersoner kunnskap om hvordan de kan gjenkjenne og håndtere stigmatisering, ubevisste fordommer og skadelige stereotyper, og fremme trygge, inkluderende og respektfulle miljøer for alle.

5. Forbedre innholdet og tilgjengeligheten av **seksualitets- og relasjonsundervisning**

Sikre at det gis omfattende, aldersmessig tilpasset, evidensbasert og LGBTQ+-inkluderende seksual- og relasjonsundervisning i skoler og videregående utdanningsinstitusjoner. Programmene bør ha et sterkt fokus på samtykke, sunne relasjoner og psykisk velvære, og utfordre rigide kjønnsnormer og skadelige stereotyper.

Vedlegg 1: Metoder

Metodikk og etisk tilnærming

Rapporten er basert på skrivebordsbasert forskning utført mellom juli og oktober 2025, og trekker på en rekke kilder, inkludert EU-politiske dokumenter, akademisk litteratur, rapporter fra sivilsamfunnet, grå litteratur og bidrag fra nettverk med levende og levende erfaringer. Spesiell oppmerksomhet ble gitt til å identifisere hull i eksisterende data og politikkdekning, der kjønn og mental helse krysser hverandre. Kildevalget ble styrt av relevans, mangfold av perspektiver og inkludering av underrepresenterte stemmer, særlig de som identifiserer seg som kvinner og medlemmer av funksjonshemmede miljøer.

Gjennom hele prosessen ble rapportens retning og rammeverk finpusset gjennom løpende dialog med MHE-sekretariatet, for å sikre samsvar med gjeldende mål og prioriteringer for levde og levende erfaringer. Tilnærmingen innebærer ikke innsamling av primærdata, men den inkorporerer kvalitative innsikter fra allerede publiserte og offentlig tilgjengelige vitnesbyrd, publikasjoner ledet av likemenn og overlevende, samt resultater fra deltakende forskning for å illustrere systemiske problemer og informere om politiske anbefalinger.

Denne rapporten tar en deltakende og rettighetsbasert tilnærming, forankret i prinsipper om kjønnsrettferdighet, traume- og voldsinformert forskning og epistemisk inkludering. Fra begynnelsen av utviklet forfatteren rammeverket og strukturen for rapporten i samarbeid med MHEs politikkteam, med innspill om hvordan perspektiver fra levde erfaringer kunne prioriteres. Der det er mulig, trekker rapporten på konsultasjoner med representanter for sentrale organisasjoner, publiserte vitnesbyrd, casestudier og publikasjoner fra nettverk ledet av likemenn og overlevende (f.eks. talsmenn for brukere av psykiske helsetjenester, LGBTI+-kvinner og psykososiale funksjonshemmede), som alle er integrert med respektfull kildeangivelse. I tillegg ble det organisert et online samarbeidsverksted med et bredt spekter av deltakere, som dannet grunnlag for utformingen av anbefalingene.

Nedenfor følger en metodologisk refleksjon for å anerkjenne forfatterens posisjon, kildene som er konsultert og begrensningene ved en primært skrivebordsbasert øvelse. Det er viktig å merke seg at de første utkastene til rapporten ikke bare ble delt med MHE-ansatte, men også med enkeltpersoner og nettverk med egen erfaring, for å validere sentrale innsikter og sikre at språket, rammeverket og anbefalingene resonerer med de som er direkte berørt. Denne tilnærmingen tar sikte på å hedre ekspertisen fra egen erfaring og levende erfaringer sammen med akademisk og klinisk kunnskap, og sikre at arbeidet for en kjønns sensitiv og kjønnsrettferdig psykisk helsepolitikk er forankret i både strukturell analyse og stemmer fra den virkelige verden.

Refleksivitet og metodologisk refleksjon

Denne rapporten er utarbeidet ved hjelp av en hovedsakelig skrivebordsbasert metodikk, med utgangspunkt i akademisk litteratur, EU-politiske dokumenter og rapporter fra sivilsamfunnsorganisasjoner og organisasjoner med erfaring fra virkeligheten. Som sådan gjenspeiler den både styrkene og begrensningene ved sekundær forskning. Forfatteren erkjenner sin egen posisjon som en person med erfaringer fra psykiske lidelser, kjønnsbasert vold og bruk av psykiske helsetjenester, noe som preger analysen med et kritisk og traume- og voldsinformert perspektiv. Selv om det er gjort alt for å forsterke stemmene til de som er mest berørt av kjønnsbaserte ulikheter innen psykisk helse, begrenser fraværet av formell primær deltakende forskning dybden i det direkte engasjementet med lokalsamfunnene. Rapporten søker å dempe dette ved å

integreere allerede publiserte og offentlig tilgjengelige vitnesbyrd, publikasjoner ledet av likemenn og tilbakemeldinger fra talsmenn for levd og levende erfaring engasjert av MHE. Denne refleksjonen tilbys i en ånd av refleksivitet, åpenhet, ydmykhet og en forpliktelse til å sette levd og levende erfaring i sentrum for fremtidig forskning og talsmannsarbeid.

Vedlegg 2: Ordliste

Samskaping	Samskaping er en samarbeidsbasert tilnærming der interessenter – inkludert personer med levd erfaring, beslutningstakere, tjenesteleverandører og lokalsamfunn – arbeider som likeverdige parter for å utforme, implementere og evaluere politikk og tjenester innen psykisk helse. Det legger vekt på inkludering, gjensidig respekt og delt makt, og sikrer at ulike perspektiver former resultatene, og krever kontinuerlig engasjement og tilpasningsevne. ^{94 95}
Epistemisk urettferdighet	Systematisk devaluering og taushet av visse kunnskapssystemer, særlig de som tilhører marginaliserte grupper. ⁹⁶ I kliniske sammenhenger manifesterer dette seg som avvisning, minimering eller patologisering av pasienters erfaringer og subjektive kunnskap. ⁹⁷
Kjønnsbasert vold	GBV refererer til vold begått mot en person på grunn av vedkommendes kjønn, eller vold som rammer personer av et bestemt kjønn uforholdsmessig hardt. Det omfatter enhver form for skade rettet mot en person eller gruppe på grunnlag av deres faktiske eller oppfattede kjønnsidentitet. GBV kan omfatte fysisk, seksuell, psykologisk eller økonomisk mishandling, vold i hjemmet og vold i nære relasjoner, blant andre former som stammer fra og forsterker strukturelle ulikheter og sosialt konstruerte maktforhold mellom kvinner og menn. Det omfatter også trusler om vold, tvang, tvangskontroll, vold på nettet og bildemishandling, samt begrensninger av friheten, enten det skjer i privatlivet eller i det offentlige rom. ^{98 99 100}
Kjønnsrettferdighet	Definert i global helse som å omfatte realiseringen av universelle rettigheter i forhold til helseutjevning og kjønnslikestilling, samtidig som man tar tak i årsakene til kjønnsbasert diskriminering og ekskludering. ¹⁰¹
Menneskerettighetsbasert tilnærming	Et rammeverk basert på internasjonal menneskerettighetslovgivning som veileder juridiske, politiske og praktiske tiltak for å fremme og beskytte menneskerettighetene. Det gjør det mulig for statlige og ikke-statlige aktører å identifisere og bekjempe

⁹⁴ WHO (2025) Transforming mental health through lived experience: Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

⁹⁵ MHE (2022) Verktøyssett: Samskaping innen psykisk helse. <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Epistemisk urettferdighet: Makt og kunnskapens etikk. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Under paraplyen av epistemisk urettferdighet kommunikasjon og epistemisk urettferdighet i kliniske møter: en kritisk oversiktsgjennomgang. *Etikk, medisin og folkehelse*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ UNHCR. Kjønnsbasert vold: <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Europakommisjonen. Hva er kjønnsbasert vold? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Europarådet, Hva er kjønnsbasert vold?: <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Oppnå kjønnsrettferdighet for global helseutjevning: Lancet-kommisjonen for kjønn og global helse. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

	ulikhet og diskriminering, sikrer deltakelse fra alle interessenter og gir mekanismer for ansvarlighet og oppreisning. ^{102 103}
Levd og levende erfaring	Innen psykisk helse refererer dette til de ulike erfaringene til mennesker som har opplevd eller opplever psykiske helseproblemer. Noen foretrekker «levende erfaring», da «levd» kan antyde at erfaringen ligger i fortiden, selv om andre ikke tolker det på denne måten. ¹⁰⁴ Det omfatter innsiktene som er oppnådd fra denne uvurderlige ekspertisen, f.eks. hvordan det føles, hva som hjelper eller hindrer, hva som manglet, og gir et unikt bidrag til feltet. ¹⁰⁵
Medisinsk kvinnehat	Kan defineres som en gjennomgående avvisning, minimering eller patologisering av kvinners smerte, lidelse og kroppslige opplevelser. ^{106 107}
Psykososial modell for mental helse	I stedet for å behandle lidelse som et individuelt «underskudd» eller biologisk dysfunksjon, anerkjenner den at barrierer i samfunnet og systemiske urettferdigheter spiller en viktig rolle. Denne modellen ser på mental helse som en del av hele spekteret av menneskelige erfaringer, ikke bare som fravær av sykdom eller dårlig helse. Den fremhever rollen som sosiale og miljømessige determinanter, som fattigdom, ulikhet, utdanning, boligforhold, vold og traumer, og hvordan de samvirker med hverandre, har for å forme mentale helseutfall. ^{108 109}
Recovery-tilnærming	Her handler mental helse ikke bare om «symptomreduksjon», men om å gjenvinne autonomi, handlekraft og et meningsfylt liv i samfunnet. Recovery er selvdefinert og betyr forskjellige ting for forskjellige mennesker ^{110 111 112} , men innebærer alltid valg, respekt og kontroll over ens egen reise. Recovery-orientert mental helseomsorg går utover symptomhåndtering for å støtte individers overordnede livsmål, med fokus på deres deltakelse, valg og styrker. ¹¹³

¹⁰² FNs bærekraftige utviklingsgruppe (2023) Menneskerettighetsbasert tilnærming: <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

¹⁰³ WHO (2023) Mental helse, menneskerettigheter og lovgivning: Veiledning og praksis. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) Språkets makt: En ordliste over ord og begreper: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2024/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf)

¹⁰⁵ WHO (2025) Transforming mental health through lived experience: Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) En krønike om medisinsk kvinnehat. *The Lancet*. Bind 406, utgave 10509, 1210-1211.

¹⁰⁷ Det britiske parlamentet (2024) «Medisinsk kvinnefiendtlighet» påfører kvinner unødvendig smerte og fører til at de ikke får diagnoser i årevis. <https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Fremme forståelsen av den psykososiale modellen for mental helse: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilė Levickaitė og Ugnė Grigaitė (2020) Mental helse, psykososial funksjonsnedsettelse og retten til å leve i samfunnet: Deinstitutionalisering og arbeid for endring: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) Å plante et tre: Om bedring, empowerment og erfaringsbasert læring. Trimbo Institute, Avdeling for reintegrering, Utrecht, Nederland: <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefania Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guilera, Juana Gómez-Benito (2025) Recovery in mental health: An international Delphi study from a recovery-oriented professional perspective. *Social Science & Medicine*, Vol. 381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>.

¹¹² MHE (2019) Kort guide til personlig recovery i psykisk helse: <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery i psykisk helsevern: <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

Generell veiledning om terminologien som brukes i denne rapporten er hentet fra MHEs ordliste¹¹⁴ og NGO Mental Health Perspectives' publikasjon «Words are Important»¹¹⁵.

¹¹⁴ MHE (2024) Språkets kraft: En ordliste med ord og begreper: [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ NGO Mental Health Perspectives (2021) Ord er viktige: Hvordan snakke og skrive om mental helse på en etisk måte: https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

Bruk av dette materialet skal inkludere en kildehenvisning. Ingen av disse materialene kan endres eller tilpasses uten uttrykkelig skriftlig tillatelse fra Mental Health Europe.

© Mental Health Europe (desember 2025)

Synspunkter og meninger som kommer til uttrykk er imidlertid kun forfatterens/forfatternes egne og gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunkter og meninger hos Den europeiske union eller Europakommisjonens CERV-program. Verken Den europeiske union eller den bevilgende myndighet kan holdes ansvarlig for disse.