

Rapport 2008-015

**Evaluering av to
nasjonale planer for
seksuell helse**

Evaluering av to nasjonale planer for seksuell helse

Utarbeidet for
Helsedirektoratet

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	1
1 BAKGRUNN, PROBLEMSTILLINGER OG METODE	11
1.1 Nasjonale planer for seksuell helse	11
1.2 Problemstillinger	12
1.3 Drøfting av problemstillingene	12
1.3.1 Om tidsperioden	12
1.3.2 Om organisering, strategier og resultater	13
1.3.3 Norge i en internasjonal kontekst	13
1.3.4 Om handlingsplan/strategiplan som virkemiddel	14
1.4 Avgrensning av evalueringen	14
1.5 Metode og gjennomføring	14
1.5.1 Datainnsamling	15
1.5.2 Gjennomgang av dokumenter og statistikk	15
1.5.3 Intervjuer	16
1.5.4 Spørreundersøkelser	17
1.6 Evaluering av handlings- og strategiplaner	17
2 OM STRATEGI- OG HANDLINGSPLANEN	19
2.1 Om handlingsplanen (abort og uønsket svangerskap)	19
2.1.1 Målgrupper	20
2.1.2 Strategier og tiltak	20
2.1.3 Nylige endringer i regelverket	21
2.2 Om strategiplanen (hiv og soi)	22
2.2.1 Målgrupper	23
2.2.2 Strategier og tiltak mot bestemte målgrupper	23
2.3 Grunnleggende tankegang bak begge planene	25
2.3.1 Nærmere om strategiene i handlingsplanen	25
2.3.2 Nærmere om strategiene i strategiplanen	26
2.4 Nærmere om informasjon som virkemiddel	27
3 AKTØRER OG TILSKUDDSFORVALTNING	29
3.1 Aktører involvert i iverksetting av planene	29
3.1.1 Helsetjenestens lovpålagte ansvar	29
3.2 Sentrale aktører og forvaltning av midler over handlingsplanen	30
3.2.1 Viktige aktører i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort	30
3.2.2 Tilskuddene under handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort	34
3.2.3 Hvordan er forholdet mellom fordeling av tilskuddsmidler og strategiene i handlingsplanen?	40
3.3 Sentrale aktører og forvaltning av midler over Strategiplanen	40
3.3.1 Viktige aktører i forebygging av hiv og soi	40
3.3.2 Tilskuddene under strategiplanen (hiv og soi)	46
4 UTVIKLING I INDIKATORER OG VURDERINGER AV TILTAK – HANDLINGSPLANEN	53
4.1 Alder, fødselsrater og abort	55
4.1.1 Sentrale aktørers vurderinger av de yngste målgruppene og abortrater ..	57

4.2	Regionale forskjeller.....	59
4.3	Seksualvaner og prevensjon.....	61
4.3.1	Debutalderen har falt.....	61
4.3.2	Bruk av prevensjon	62
4.3.3	Hva skal til for å bruke prevensjon?	63
4.4	Minoriteter og innvandrere	65
4.4.1	Svangerskapsavbrudd i minoritetsgrupper	65
4.4.2	Seksualvaner og prevensjon	66
4.4.3	Strategier rettet mot innvandrere.....	66
4.5	Oppsummering av utvikling i abortrater.....	68
4.6	Erfaringer med virkemidlene	69
4.6.1	Aktørenes synspunkter på eksisterende tiltak og hvor det er et utviklingsbehov	69
4.6.2	Resultater fra spørreundersøkelsen – tilskuddsmottakernes erfaringer med egne prosjekter	74
4.6.3	Tilskuddsmottakernes vurdering av sentrale prioriteringer	79
4.7	Drøfting av tiltak og måloppnåelse i handlingsplanen	83
5	UTVIKLING I INDIKATORER OG VURDERINGER AV TILTAK – STRATEGIPLANEN.....	85
5.1	Nærmere om utviklingen i nysmitte hiv og soi.....	86
5.1.1	Nysmittede med hiv	86
5.1.2	Nysmitte andre soi.....	89
5.1.3	Oppsummering av situasjonen for hiv- og soi-smitte	92
5.1.4	Menn som har sex med menn, hvorfor økt nysmitte?.....	94
5.2	Erfaringer med iverksatte tiltak	97
5.2.1	Nærmere om erfaringer fra ulike tiltak rettet mot msm	97
5.2.2	Tiltak rettet mot prostituerte.....	104
5.2.3	Forebyggende tiltak og innvandrere.....	106
5.2.4	Oppfølging av hiv-positive	109
5.3	Resultater fra spørreundersøkelsen	115
5.3.1	Tilskuddsmottakerne om egne prosjekter	115
5.3.2	Tilskuddsmottakernes vurdering av sentrale prioriteringer	121
5.3.3	Strategiplanen tiltak og måloppnåelse	124
6	STYRING, ORGANISERING OG RESSURSBRUK	127
6.1	Organisering.....	127
6.1.1	Organisering av tilskuddsforvaltning	127
6.1.2	Hvilke aktører er involvert	128
6.2	Har ressursbruken vært målrettet og hensiktsmessig?	134
6.3	Hvordan fungerer planene som styringsvirkemiddel.....	136
6.3.1	Kjennskap til planene	136
6.3.2	Planer som styringsverktøy	137
6.3.3	Slå sammen handlings- og strategiplan?	139
7	ANDRE NORDISKE LAND	143
7.1	Utvikling	143
7.1.1	Svangerskapsavbrudd i Norge sammenlignet med andre nordiske land.....	143
7.1.2	Utviklingen i hiv i de nordiske landene	144
7.2	Innsats i de ulike landene.....	144
7.2.1	Danmark	144
7.2.2	Finland.....	147
7.2.3	Sverige.....	150

7.2.4	Norge sammenlignet med de andre nordiske landene.....	154
8	INTERNASJONALE DEKLARASJONER	157
	LITTERATUR.....	163
	VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA – STRATEGIPLANEN.....	167
	VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMA – HANDLINGSPLANEN.....	189
	VEDLEGG 3: FORDELING AV TILSKUDDSMIDLER	213

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

På oppdrag fra Helsedirektoratet har vi evaluert to nasjonale planer for seksuell helse: handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, og strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (soi). De kvantitative målene med hensyn til abortrate, hiv- og soismitte er ikke nådd. Likevel gjøres det mye bra arbeid, og uten dette arbeidet er det sannsynlig at situasjonen ville vært dårligere. Vi anbefaler at innsatsen rettet mot innvandrere økes.

Bakgrunn

Helsedirektoratet har ansvar for gjennomføring av to nasjonale planer for seksuell helse: *handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, og strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (soi)*. Vi har evaluert det arbeidet som er gjort i perioden 2002-2007.

Siden 1992 er det gjennomført fire *handlingsplaner* for forebygging av uønsket svangerskap og abort, og siden 1986 tre *handlingsplaner* for forebygging av hiv og aids og en *strategiplan* for forebygging av seksuelt overførbare sykdommer. Perioden 2002-2007 overlapper to planperioder for forebygging av uønsket svangerskap og abort (*Handlingsplan 1999-2003* og *Handlingsplan 2004-2008*) og én planperiode for forebygging av hiv og soi (*Ansvar og omtanke Strategiplan for forebygging av hiv og soi 2002-*).

Hovedmålene for *strategiplanen* er at antall nysmittede med hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres og at alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner skal sikres god oppfølging. Hovedmålene i *handlingsplanen* er at abortraten skal reduseres og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv.

Planene har en del felles trekk og bygger på mye av den samme metodiske tilnærmingen når det gjelder forebyggingsstrategier. De viktigste forebyggingsstrategiene bygger på:

- Lett tilgjengelighet til informasjon og veiledning som legger vekt på mestring i forhold til kropp, seksualitet, seksuell orientering og prevensjon
- Lett tilgjengelighet til lavterskeltilbud om veiledning og testing for seksuelt overførbare infeksjoner
- Sikre gode levekår og livskvalitet for mennesker som lever med hiv
- Lett tilgjengelighet til sikker prevensjon for å forebygge uønsket svangerskap og lett tilgjengelighet til kondomer for å forebygge hiv og soi

Problemstilling

Evalueringen dekker seks tematiske områder:

- Strategier og virkemidler. *I hvilken grad er strategier og virkemidler som er skissert i planene gjennomført og endret i takt med nye utfordringer som er kommet til i perioden 2002-2007. Spesielt fokus er rettet mot strategier og tilnæringsmåter som vurderes som vellykkede og som bør videreføres.*
- Resultater og måloppnåelse. *Hvordan har innsatsen bidratt til oppnåelse av planenes mål og delmål – har tiltak og prosjekter nådd planenes mål? I hvilken grad er innsatsområder og prioriterte tiltak fulgt opp og med hvilke resultater?*
- Organisering og ressursbruk. *Hvordan er arbeidet forstått og organisert på myndighetsnivå og hvordan har samarbeidet vært med relevante aktører – kommuner, organisasjoner, tjenester og utdanningsinstitusjoner? Har ressursbruken – den overordnede fordeling av midler – vært målrettet og hensiktsmessig?*
- Internasjonale deklarasjoner. *I hvilken grad blir de internasjonale deklarasjonene Norge har forpliktet seg til ivaretatt i dagens arbeid og plandokumenter?*
- Handlingsplan/strategiplan som virkemiddel. *Hva slags planverktøy/styringsverktøy vil være mest hensiktsmessig fremover – handlingsplan, strategiplan eller er det alternative måter å integrere/organisere/innrette arbeidet på?*

Evalueringen bygger på flere datakilder. Vi har lagt vekt på å bruke tidligere gjennomførte evalueringer av relevante tiltak. Vi har også brukt eksisterende statistikk og forskning, samt rapporteringer fra tilskuddsmottakere. Vi har gjennomført to spørreundersøkelser rettet mot to utvalg tilskuddsmottakere (mottakere som har fått midler over henholdsvis strategiplan og handlingsplan), og vi har intervjuet sentrale aktører på feltet.

Evalueringen er utført i samarbeid med Anne Alvik.

Konklusjoner og tilrådinger

Måloppnåelse handlingsplanen:

Målene i handlingsplanen om redusert abortrate er ikke nådd. Abortraten blant kvinner i alderen 15-49 år har vært stabil i perioden 2002-2007. Særlige satsingsområder har blant annet vært aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år. I disse aldersgruppene har abortraten henholdsvis vært stabil og økt litt.

Generelt påvirkes valgene om å ha sex uten prevensjon av mange faktorer som ikke har med informasjon, tilgjengelighet eller pris å gjøre.

Vi har vist at statistikk og undersøkelser tyder på at iverksatte tiltak har bidratt til at de yngste aldersgruppene (15-19 år) er blitt "flinkere" til å bruke hormonell prevensjon. Studier indikerer at flere tenåringer har et seksualliv samtidig som både fødselsrater og abortrater har gått ned. Det tyder på at i en situasjon der man ikke hadde iverksatt tiltak er det sannsynlig at abortraten hadde vært høyere i den yngste aldersgruppen.

Vi har vist at endringene i abortrate i aldersgruppen 20-24 år sannsynligvis har sammenheng med endringer i fertilitetsmønsteret. Trender som trekker i retning av at flere velger å få barn senere, påvirker abortraten i denne aldersgruppen. Vår vurdering er at

når det gjelder aldersgruppen 20-24 år, er det ikke grunn til å tro at flere har blitt "dårligere" til å bruke prevensjon. Antall svangerskap per tusen var høyere i 2001 enn i de senere årene. Det er lite sannsynlig at det er færre kvinner i alderen 20-24 år som har et aktivt seksualliv enn tidligere.

Undersøkelser viser at andelen som tar abort i aldersgruppene over 25 år er betraktelig høyere blant kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant kvinner med etnisk norsk bakgrunn. Andelen varierer med landbakgrunn og forekomsten av abort er særlig høy blant kvinner som har flyktningbakgrunn. Det er grunn til å tro at en høy abortrate blant mange innvandrerkvinner har sammenheng med manglende informasjon og kunnskap.

Oppnåelse av målet om at alle skal ha mulighet til å planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv må vurderes på bakgrunn av iverksatte tiltak og aktørenes vurderinger. Bruken av tiltak og aktiviteter tyder på at tiltakene som er iverksatt overfor ungdom har ført til høyere kunnskapsnivå og at de fyller et behov. Hvor godt de iverksatte tiltakene samlet sett fanger opp sårbare målgrupper som funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og utviklingshemmede er vanskelig å vurdere blant annet fordi det ikke er mulig å vite hvor mange i de mest sårbare målgruppene som faktisk kommer i kontakt med de iverksatte tiltakene. Virkningen av tiltak overfor sårbare målgrupper er dessuten ofte avhengig av et godt samspill med annen oppfølging i hjelpeapparatet.

Det ser ut til å være et relativt godt samsvar mellom Helsedirektoratets tilskuddspraksis og utviklingen som har vært på området. Både våre undersøkelser og andre evalueringer tyder på at prosjektene som er iverksatt er i samsvar med strategiene i handlingsplanen. I prosjektene jobbes det med å lette tilgjengeligheten til prevensjon og å gi veiledning og informasjon. Helsestasjoner for ungdom utgjør den største andel av tilskuddsmottakerne. Tilskuddsmottakere mener prosjektene særlig bidrar til at målgruppene oppsøker informasjon om prevensjon og soi og at de har fått høyere kunnskap, mens færrest mener prosjektene har bidratt til økt kondombruk. Aktørene vurderer selv prosjektene som vellykkede og opplever at det er stort behov for de iverksatte prosjektene. Dialog fremheves som det mest effektive for å fremme økt kunnskap og økt bruk av prevensjon. De virkemidlene flest tilskuddsmottakere mener det burde vært satset mer på er gratis hormonell prevensjon, mestrings- og selvhevdelseskurs og informasjonstiltak i skolen. Mange erfarer at innvandrerungdom ofte er vanskelig å nå.

Det er et bredt samarbeid de ulike aktørene i mellom, spesielt skolene trekkes frem som en svært viktig samarbeidspartner. Mange aktører understreker imidlertid at de savner et felles fagmiljø for seksuell helse som kan sikre spredning av kompetanse og erfaring.

Forekomsten av abort varierer mellom de nordiske landene. Finland har den laveste abortraten, og også Danmark har lavere abortrate enn både Sverige og Norge. Sverige har høyest rate og har også sterke vekst i abortraten i flere av aldersgruppene. Når det gjelder utviklingen i de yngste aldersgruppene, er det markante forskjeller landene i mellom. Det er mange fellestrekk i strategier og virkemidler i de nordiske landene. Vi har påpekt at seksualundervisningen i Finland og Danmark er mer systematisert og omfattende enn i Norge og Sverige. Finland sender også årlig ut en brosjyre om seksualitet til alle 15-åringer. Et svært viktig tiltak i Danmark ser ut til å være nasjonale kampanjer, hvor kommunene er sentrale. I Danmark har man hatt en egen strategi mot etniske minoritetsgrupper og man mener at dette har bidratt til nedgang i abortraten i denne gruppen.

Måloppnåelse strategiplanen

Flere av målene i strategiplanen er ikke nådd. Det har vært en vekst i nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn og det har vært vekst i nysmitte blant utenlandsreisende. Det har også vært en viss økning i nysmitte blant innvandrere i Norge. Samtidig har situasjonen blant injiserende stoffmisbrukere vært stabil og det er ikke rapportert nysmitte blant personer som kjøper eller selger sex i Norge. Det har vært en vekst i antall tilfeller av klamydia, mens situasjonen når det gjelder øvrige soi har vært stabil i planperioden.

Situasjonen for de som er *hiv-positive* er fortsatt vanskelig. Kunnskapsundersøkelser viser at det er store mangler i befolkningens kunnskap om hvordan hiv ikke smitter, og at dette preger folks holdninger til dem som er smittet. Særlig ungdom har mangelfulle kunnskaper. Dette gjør det svært vanskelig for hiv-smittede å være åpne. Det er ikke mindre stigmatiserende å være smittet i dag enn tidligere. På mange måter er utfordringene som strategiplanen beskriver like relevante i dag som da planen ble utformet.

Det er vanskelig å vurdere hvor stor betydning iverksatte forebyggende tiltak for å redusere hivsmitte har hatt fordi det i liten grad er gjennomført undersøkelser som viser eventuelle endringer i seksualpraksis. Det gjelder både i befolkningen som helhet og i de prioriterte målgruppene. En annen evalueringsutfordring er å vurdere hvor mange og hvem i de utsatte gruppene som faktisk kommer i kontakt med aktivitetene som er iverksatt for å forebygge.

Det har vært iverksatt mange tiltak overfor målgruppen *menn som har sex med menn* og det er lagt vekt på likemannsarbeid og arbeid i regi av frivillige organisasjoner. De som arbeider på feltet fremhever betydningen av interaktiv dialog, hyppig testing, informasjon på nett og likemannsarbeid samt distribuering av kondomer. Det ser ut til at etablering av lavterskeltiltak med mulighet for testing og veiledning er svært viktig. Det finnes svært få studier av seksualatferd hos menn som har sex med menn, herunder kunnskap om kondombruk. Evalueringer som er gjort reiser spørsmål om de mest utsatte i målgruppen nås, og mer oppsøkende virksomhet anbefales. Mange av dem som jobber på feltet etterlyser mer informasjon i det offentlige rom, slik at målgruppen ikke bare møter informasjon på spesifikke arenaer. I strategiplanen er bedret smitteoppfølging og økt målrettet testing viktige tiltak. Det er fortsatt en utfordring å lykkes på disse områdene. Mange aktører er særlig opptatt av at det er stort potensial når det gjelder arbeidet med smitteoppfølging.

Det har vært en vekst i antall nyankomne innvandrere som er hiv-smittet. Strategiplanen legger vekt både på en innsats fra kommunale myndigheter og gjennom frivillige organisasjoner i det forebyggende arbeidet rettet mot innvandrere. Sentrale myndigheter opplever at de har gjort mye for å sette i verk forebyggende aktivitet, men det har vært vanskelig å finne relevante organisasjoner å samarbeide med på dette området. Undersøkelser tyder på at mange kommuner ikke gjør det de er pålagt med hensyn til informasjon og tilbud om testing. Generelt erfarer mange aktører det som vanskelig å nå frem til innvandrere for å drive forebyggende arbeid. Målgruppa er svært uensartet, men studier tyder på at mange av dem som er smittet og også de som er i miljøer hvor de er utsatt for smitte, har for lite kunnskap om smitemåter og helse generelt.

I det forebyggende arbeidet mot hiv er det særlig aktører på prostitusjonsfeltet som opplever at de lykkes i arbeidet. Aktørene erfarer at de når målgruppen og at innsatsen bidrar til å øke bruken av kondomer.

Spørreundersøkelsen rettet mot tilskuddsmottakerne viser at aktivitetene som utføres er i tråd med strategier og tiltak i strategiplanen. Mottakerne av tilskudd opplever prosjektene som vellykket. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det som færrest erfarer at de lykkes med er å få til sikrere seksualatferd gjennom økt bruk av kondomer.

Det ser ut til å være et relativt godt samsvar mellom Helsedirektoratets tilskuddspraksis og utviklingen på området, med ett særlig viktig unntak. Tilskuddene til forebyggende tiltak for asylsøkere/flyktninger/familiegjenforente og andre med innvandrerbakgrunn har vært små, og er gradvis blitt mindre. Dette til tross for at tiltak til etniske minoriteter gjennom årene har fått høy prioritet i direktoratets utlysning av tilskuddsmidler. Samtidig har det kommet flere hiv-smittede innvandrere til Norge i perioden og det er flere rapporteringer om et stort kunnskapsbehov i gruppa. Det er også et spørsmål om forebygging av hiv blant menn som har sex med menn burde vært tildelt en større andel av midlene ettersom det er i denne gruppa man har hatt en relativt sterk vekst i nysmitte.

Når det gjelder nye hiv-tilfeller er det vanskelig å sammenligne de nordiske landene. Når Finland har færrest antall nye hiv-tilfeller er den viktigste årsaken til dette at Finland har betydelig lavere innvandring enn de andre nordiske landene. I Finland fremheves satsing på full rett og tilgang til testing. I Danmark mener myndighetene at undersøkelser viser at tiltak rettet mot menn som har sex med menn har god effekt, og det kan være interessant å se nærmere på hva de gjør.

Innsatsen for å forebygge klamydia har ikke ført til færre smittede. Det er fortsatt et viktig mål å få flere unge gutter og menn til å teste seg hyppigere.

Organisering og handlingsplan/strategiplan som virkemiddel

Basert på iverksatte tiltak og måloppnåelse i disse to planene er det ikke mulig å vurdere om styringseffekten av en handlingsplan er bedre enn effekten av en strategiplan. Utformingen av planene har mange fellestrekk. Men forskjeller i kompleksitet i problemstillinger og mål i de to planene gjør at forvaltning av ressurser og organisering knyttet til planene er forskjellig. Mens strategiplanen har utsatte grupper som til dels er marginale som målgrupper har handlingsplanen særlig fokus på ungdom og unge voksne, en gruppe som er lettere å nå.

Vi syns ikke det er grunnlag for å si at den ene planen fungerer bedre som styringsmiddel enn den andre. Vi har vurdert spørsmålet om det er nødvendig med planer på disse områdene, det kan argumenteres for at utfordringen i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer samt forebygging av abort er oppgaver på linje med andre oppgaver som helsetjenesten har ansvaret for.

Begge planene har etter vår vurdering en god problemforståelse og gir en tydelig fremstilling av mål. Sammenhengen mellom mål og tiltak er også godt synliggjort. Planene gir en omfattende beskrivelse av utfordringene på området, men det går ikke tydelig fram hvilke tiltak som bør prioriteres. Vår kritikk av de eksisterende planene er at de er for lite konkrete når det gjelder tiltak og ansvarsforhold, samt at de er vanskelig å måle tiltaksinnsatsen. Mange av tiltakene er formulert som mål. Planene er ambisiøse

mens midlene som følger dem er relativt begrensede. Planene inneholder i begrenset grad metoder for å vurdere gjennomføring av tiltakene. Særlig når det gjelder gjennomføringen av mange av tiltakene i strategiplanen er det vanskelig å vurdere tiltaksomfang og hvor mange i målgruppene som faktisk er berørt av aktivitetene.

Innvandrere er en prioritert gruppe i begge planene. Særlig i arbeidet med å forebygge hiv har det vært en utfordring å iverksette aktivitet på dette feltet. Det er en utfordring for organisering og styring når man gjennom tilskuddsforvaltningen ikke greier å fange opp alle målgruppene. Det ser ut til at modellen med likemannsarbeid har sine begrensninger i forhold til forebyggende arbeid blant innvandrere, blant annet fordi målgruppen innvandrere er så heterogen med hensyn til språk og etnisk bakgrunn.

Anbefalinger

Vi anbefaler at planene utformes på en måte som gjør dem mer tilgjengelige for de som jobber på feltet, og at strategier og tiltak i størst mulig grad operasjonaliseres slik at de blir målbare. Det bør gå frem av planene hva som inngår i offentlige aktørers ordinære oppgaver og hva som skal stimuleres gjennom tilskuddsmidler. De gode hensiktene må tjene som en visjon for arbeidet. Målene bør ikke bestå av gode hensikter, og det er viktig at målene står i et realistisk forhold til ressursene på området.

Vi har vurdert å slå sammen de to eksisterende planene til en felles plan, for å tydeliggjøre sammenhenger og utforme generelle strategier. Men en slik plan kan lett bli for omfattende og mangle klare budskap. Vi mener at tiltak for å forebygge hiv og å sørge for god oppfølging til de som er hiv-positive bør nedfelles i én plan og tiltak for å forebygge uønskede svangerskap samt tiltak for informasjon til ungdom om seksuell helse bør samles i én annen plan. Med to planer kan en lettere spisse arbeidet med å forebygge hiv, og slipper å prioritere mellom tiltak rettet mot å forebygge klamydia hos ungdom og tiltak rettet mot å forebygge hiv innenfor samme pott. Det vil videre gjøre det lettere å se ulike tiltak rettet mot ungdom i sammenheng, herunder se forebygging av klamydia i sammenheng med forebygging av uønsket svangerskap.

Tiltak som bidrar til mestring av seksualitet blant unge som tilhører seksuelle minoriteter er viktig. All ungdom bør få grunnleggende informasjon om hiv, risiko, beskyttelse og informasjon om hvordan hiv ikke smitter.

Forebygging av uønsket svangerskap

Utviklingen i Danmark og Finland tilsier at det er potensiale for å redusere abortraten blant unge kvinner i Norge. Strategiene for å forebygge uønsket svangerskap er mye de samme i de nordiske landene, men i Finland og Danmark spiller skolen en større rolle i satsingen. Vi mener derfor at for å styrke den primærforebyggende innsatsen for å forebygge uønsket svangerskap bør man se nærmere på hvordan undervisning om seksualitet kan integreres mer i skolen slik det er gjort i Danmark og Finland.

I arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort bør man øke innsatsen for å gi voksne innvandrerkvinner i første generasjon prevensjonsveiledning. Det bør utarbeides en strategi for dette der det avklares hvilke aktører som skal ha ansvar for å tilby veiledning og informasjon. Informasjonen må være språklig og kulturelt tilpasset.

Vår oppfatning er at den forebyggende innsatsen som gjøres via prosjektrettet støtte til offentlige og private aktører fungerer bra. Det er hensiktsmessig å stimulere kommunale

aktører til innsats på feltet og helsemyndighetene bør fortsette å støtte prosjekter i regi av aktører som helsestasjoner for ungdom. Å gi ungdom mulighet til å få informasjon gjennom ulike kanaler som internett, telefon, sms og gjennom personlig kontakt fungerer godt.

For å oppnå målene om økt kondombruk er det fortsatt viktig å satse på tiltak som kan øke kondombruken hos ungdom. På sikt kan det bidra til at kondombruken øker blant voksne, både heteroseksuelle og homofile. Det er mulig satsingen på lett tilgjengelig hormonell prevensjon har bidratt til at motivasjonen hos ungdom for å bruke kondomer har sunket. Det er viktig å se tiltakene for å bruke kondomer og tiltakene for å bruke hormonell prevensjon i sammenheng. For å lykkes med å øke kondombruken er det viktig å rette tiltak mot gutter og unge menn.

Aktørene som jobber med ungdom har gode erfaringer med subsidiert hormonell prevensjon. Vi mener helsemyndighetene bør vurdere nærmere forslag som er kommet fra mange aktører på feltet om subsidiert hormonell prevensjon til de under 16 år.

Det er viktig å sørge for at kunnskap om seksuell helse og at de erfaringene som gjøres gjennom ulike prosjekter og av ulike aktører blir gjort lett tilgjengelig for andre som jobber med samme problemstillinger. Mange av aktørene på feltet mener det er stort behov for å etablere et kompetansesenter for seksuell helse. Sentrale helsemyndigheter bør vurdere hvordan sikring av kompetanseoverføring og kunnskapsdeling kan skje på en bedre måte enn i dag.

Forebygging av hiv

Vi mener at man bør avklare rollen de frivillige aktørene skal ha i arbeidet både med å følge opp hivpositive og i det forebyggende arbeidet mot hiv. Frivillige aktører har en sentral funksjon i dette arbeidet og mange gjør en viktig jobb. Det er likevel en fare for at det forebyggende arbeidet gjennom å bli svært knyttet til enkelte organisasjoner kan føre til at kunnskap og kompetanse i for stor grad blir liggende hos enkeltaktører. Det er et sårbart system og sikrer ikke at viktig informasjon og strategier blir drøftet på tvers av miljøer.

Det er viktig å fortsatt ha fokus på utsatte grupper i utarbeidelsen av strategier og tiltak for å forebygge hiv. På et overordnet nivå er strategiene rettet mot ulike grupper de samme, men det er viktig at virkemidler og tiltak tilpasses og konkretiseres i forhold til hvilke utfordringer og behov for informasjon og veiledning som eksisterer i de ulike gruppene.

Målgruppa *menn som har sex med menn* er sannsynligvis den gruppa som er best informert om smittemåte, risiko og nødvendigheten av å beskytte seg ved usikker sex. Det er viktig å tilpasse informasjonen som gis til kunnskapsnivået i målgruppa. Det kan for eksempel være behov for informasjon om faktisk smitterisiko, det kan være behov for ytterligere fokus på å korrigere feiloppfatninger om hvordan hiv ikke smitter samt behov for informasjon om den økte risikoen for syfilis- og gonorrhésmitte og hvilken økt risiko for hivsmitte disse infeksjonene medfører. Det er viktig å rette innsatsen slik at de utsatte gruppene innenfor målgruppa nås, det vil si de som praktiserer usikker sex og spesielt de som har mange seksualpartnere. Det er viktig å sørge for at innvandrergruppa blant menn som har sex med menn får informasjon, dette ser ut til å være en særlig utsatt gruppe og en gruppe som sannsynligvis ofte ikke nås gjennom det forebyggingsarbeidet som gjøres i dag.

Vi mener at det bør gjennomføres studier som kan gi mer informasjon om seksualpraksis blant menn som har sex med menn, herunder kondombruk. Vi mener mer kunnskap om praksis og holdninger blant menn som har sex med menn vil gi et bedre utgangspunkt for utforming av tiltak. Det bør også gjennomføres undersøkelser som kan gi mer kunnskap om hva som faktisk har effekt i det hiv-forebyggende arbeidet rettet mot de mest utsatte gruppene blant menn som har sex med menn.

Det er viktig å opprettholde tilbudet om lavterskeltiltak med lett tilgjengelig testing og personlig veiledning.

Vi mener det er svært viktig å arbeide for å få til en økt aktivitet rettet mot *utsatte innvandrergupper* av begge kjønn. Når det gjelder nyankomne innvandrere må kommunene sørge for at innvandrere som kommer fra høyendemiske områder blir tilbudt testing. Kommunenes helsetjeneste må også sørge for informasjon om smitterisiko og beskyttelse.

Det er viktig å satse på forebyggende aktiviteter i form av informasjon og veiledning om smitterisiko og forebygging til utsatte innvandrergupper som bor i Norge. Informasjonen må tilpasses det kunnskapsnivået og den livssituasjonen som folk har. For å sikre et forebyggende arbeid som fanger opp utsatte innvandrergupper mener vi det er nødvendig å finne nye måter å gjøre dette på utover å satse på samarbeid med eksisterende frivillige organisasjoner. En måte kan være å stimulere kommunale aktører til å iverksette prosjekter. For å skape tillit kan det være hensiktsmessig å ansette helsepersonell med minoritetsbakgrunn i prosjektene. Disse prosjektene bør bygge på de erfaringer som frivillige aktører som har drevet nettverksarbeid har gjort.

Det har vist seg at *utenlandsreisende* kan være en utsatt gruppe, spesielt de som kjøper seksuelle tjenester i utlandet. Det finnes lite informasjon rettet mot denne gruppa og vi mener det bør utformes en strategi rettet mot å gi utenlandsreisende informasjon om risiko ved kjøp av seksuelle tjenester i høyendemiske områder. Det bør vurderes om den kommunale innsatsen for å sikre *injiserende rusmisbrukere* lett tilgjengelige sprøyter og lavterskelhelsetiltak er god nok. *Prostituerte* bør fortsatt tilbys lavterskel helsetiltak som omfatter informasjon, veiledning, testing og utdeling av kondomer.

Det er lite som er gjort av informasjonstiltak rettet mot *befolkningen* generelt de senere årene. Undersøkelser viser at kunnskapsnivået om hvordan hiv ikke smitter er lavt i befolkningen som helhet, særlig gjelder dette ungdom. Vi mener det er behov for å øke kunnskapen i den generelle befolkningen om hvordan hiv ikke smitter, også fordi en ny "generasjon" er kommet til siden informasjonstiltakene i den tidlige fasen av hiv-aids. Vi mener derfor det er behov for å iverksette informasjonstiltak rettet mot hele befolkningen om hiv. Dette kan både bidra til å gjøre det lettere å være åpen som hiv-smittet og det vil bidra til at utsatte grupper ikke bare møter informasjon om hiv på spesifikke arenaer. Det er også behov for innsats for å forebygge diskriminering på flere arenaer, særlig i arbeidslivet.

Oppfølging av hiv-positive

Det er behov for å gjøre oppfølgingen av den enkelte *hiv-positive* mer helhetlig, og det er behov for å legge større vekt på å inkludere psykososiale faktorer i oppfølgingsrutinene. Det bør utarbeides retningslinjer for oppfølging av hivpositive der det framgår hvilket ansvar primærlegen har og hvilket ansvar spesialisthelsetjenesten har i

oppfølgingen. Retningslinjene bør angi hvordan hiv-positive som trenger det kan få psykisk helsehjelp og hvilke aktører som kan gi hjelp til å mestre økonomi og arbeid.

Det bør klargjøres hvilket ansvar helsetjenesten skal ha og hvilket ansvar frivillige organisasjoner som driver likemannsarbeid skal ha, i oppfølgingen av personer som er hiv-positive. Likemannsarbeid har en viktig sosial funksjon, men helsetjenesten bør uavhengig av frivillige aktørers arbeid sørge for at den enkelte får et godt omsorgstilbud. Mange hiv-positive vil i en periode ha behov for hjelp til å mestre livet som hiv-positiv både med hensyn til økonomi, psykisk helse og sosial situasjon. For mange kan det å oppsøke en frivillig aktør være vanskelig, det kan ta tid før man orker å identifisere seg med andre hiv-positive samt at frivillig arbeid er vanskelig å kvalitets-sikre.

1 Bakgrunn, problemstillinger og metode

1.1 Nasjonale planer for seksuell helse

Helsedirektoratet har ansvar for gjennomføring av to nasjonale planer for seksuell helse: *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort*, og *Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner*.

Begge planene har to hovedmål og flere delmål. De overordnede målene for myndighetenes nasjonale planer for seksuell helse er at:

1. Antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres
2. Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi
3. Aborttallene skal reduseres, dvs. man ønsker en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner i fruktbar alder
4. Alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv

De to planene en del felles trekk og noen overlappende mål, målgrupper og metodisk tilnærming når det gjelder forebyggingsstrategier. Ungdom og unge voksne med særlig fokus på etniske minoritetsgrupper er viktig målgruppe i begge planene. Primærforebygging gjennom å utvikle tiltak som skal bidra til å styrke unge voksnes seksuelle selvråderett og seksuelle helse er viktig i begge planene.

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort bygger primært på tre forebyggingsstrategier:

- lett tilgjengelighet til informasjon og undervisning som legger vekt på mestring i forhold til kropp, seksualitet og prevensjon,
- lett tilgjengelighet til lavterskeltilbud om veiledning og rådgivning,
- lett tilgjengelighet til prevensjon.

Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner(soi) har hovedfokus på forebygging og ikke på behandling. I strategiplanen blir forebygging av hiv og aids i større grad enn i tidligere plandokumenter sett i sammenheng med forebygging av soi generelt. Forebyggingsstrategien bygger på prinsipper om:

- lett tilgjengelig kunnskap om hiv og soi,
- informasjon, veiledning og undervisning som legger vekt på mestring av seksualitet og kondombruk,
- lett tilgjengelighet til brukervennlige tilbud, testing, rådgivning og behandling,
- lett tilgjengelighet til kondomer.

Strategiplanen har 19 delmål og i alt 102 underliggende tiltak. Handlingsplanen har 13 delmål som er gruppert i seks temaområder med underliggende tiltak. I alt 88 tiltak beskrives i planen.

1.2 Problemstillinger

Evalueringen tar for seg arbeidet i perioden 2002-2007 og dekker seks tematiske områder:

1. *Strategier og virkemidler.* I hvilken grad er strategier og virkemidler som er skissert i planene gjennomført og endret i takt med nye utfordringer som er kommet til i perioden 2002-2007? Spesielt fokus er rettet mot strategier og tilnæringsmåter som vurderes som vellykkede og som bør videreføres.
2. *Resultater og måloppnåelse.* Hvordan har innsatsen bidratt til oppnåelse av planenes mål og delmål – har tiltak og prosjekter nådd planenes mål? I hvilken grad er innsatsområder og prioriterte tiltak fulgt opp og med hvilke resultater?
3. *Organisering og ressursbruk.* Hvordan er arbeidet forstått og organisert på myndighetsnivå og hvordan har samarbeidet vært med relevante aktører – kommuner, organisasjoner, tjenester og utdanningsinstitusjoner? Har ressursbruken – den overordnede fordeling av midler – vært målrettet og hensiktsmessig?
4. *Innsatsen i Norge sammenlignet med andre nordiske land.* Hvordan ligger Norge an i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort, hiv og soi/fremme seksuell helse i forhold til andre nordiske land? Hvilke nordiske erfaringer vil være særlig nyttige i den norske satsingen fremover?
5. *Internasjonale deklarasjoner.* I hvilken grad blir de internasjonale deklarasjonene Norge har forpliktet seg til ivaretatt i dagens arbeid og plandokumenter?
6. *Handlingsplan/strategiplan som virkemiddel.* Hva slags planverk/styringsverktøy vil være mest hensiktsmessig fremover – handlingsplan, strategiplan eller er det alternative måter å integrere/organisere/ innrette arbeidet på?

Helsedirektoratet har ønsket en samlet evaluering av gjennomføringen av handlings- og strategiplanene. I evalueringen belyser vi både det som er felles for de to planene og det som er særegent for hver enkelt plan.

Evalueringen munner ut i anbefalinger om virkemiddelbruken. Basert på den analysen vi har gjort av iverksatte tiltak og strategier sammenholdt med resultatene på området gir vi forslag til hva som bør være satsingsområder videre slik at dette arbeidet kan styrkes.

Evalueringen er gjennomført av Econ Pöyry i samarbeid med Anne Alvik.

1.3 Drøfting av problemstillingene

1.3.1 Om tidsperioden

Evalueringen tar for seg arbeidet i perioden 2002-2007. Dette tidsrommet dekker én planperiode for forebygging av hiv og soi (2002-), men overlapper to planperioder for forebygging av uønsket svangerskap og abort (Handlingsplan 1999-2003 og Handlingsplan 2004-2008).

Vi har lagt størst vekt på den inneværende planen for forebygging av uønsket svangerskap og abort, både fordi den dekker størstedelen av evalueringsperioden og fordi den bygger på den forrige planen, som er et tilbakelagt stadium.

1.3.2 Om organisering, strategier og resultater

Problemstillingene 1, 2 og 3 analyseres både hver for seg og vurderes i sammenheng. Vi kartlegger i rapporten hvilke strategier og virkemidler som er iverksatt, og ser dette i forhold til hvilke strategier som er skissert i handlings- og strategiplanene. Denne kartleggingen sier ikke noe om resultater/effekter av tiltakene – og gir heller ingen normativ vurdering av hvorvidt tiltakene er egnede for å nå de forhåndssatte målene. Det er en ren deskriptiv kartlegging.

For å kartlegge resultater og måloppnåelse ser vi på utviklingen i ulike indikatorer. Disse indikatorene omfatter både resultatmål for hovedmålene i planene og resultatmål for ulike delmål. Delmålene bærer ofte preg av å være prosessmål. Vi ser oppnåelsen av resultater på mål og delmål i sammenheng med iverksatte tiltak og vurderer i hvilken grad innsatsområder og prioriterte tiltak er fulgt opp, og hvilken sammenheng det er mellom innsats og resultater.

For å vurdere organisering og ressursbruk kartlegger vi tiltaksinnsatsen på de ulike områdene, vi har her særlig fokus på forvaltning og fordeling av tilskudd. Vi kartlegger oppfatninger om samarbeid og ansvarsfordeling blant ulike aktører. For å vurdere om ressursbruken har vært målrettet og hensiktsmessig ser vi på fordelingen av midler i forhold til de styringssignaler som er gitt, og i forhold til utviklingen på de ulike områdene.

Vi gjør en summativ evaluering som innebærer at vi forsøker å gi en vurdering av i hvilken grad måloppnåelsen i resultatanalysen kan tilskrives resultatene fra tiltaksanalysen. I den summative evalueringen er blant annet forståelsen av organiseringen av feltet (roller, ansvarsfordeling, bruk av handlingsplan eller strategiplan og tilskuddsforvaltning) viktig input.

Vi besvarer altså problemstillingene gjennom en treleddet prosess:

1. Er tiltakene iverksatt? → Tiltaksanalyse
2. Er målsetningene innfridd? → Resultatanalyse
3. Har iverksettelsen av tiltakene bidratt til å realisere målsetningene for handlings- og strategiplanene? → Summativ evaluering

Til sammen vil tiltaksanalysen, resultatanalysen og den summative evalueringen besvare de tre første problemstillingene i evalueringen.

1.3.3 Norge i en internasjonal kontekst

Problemstillingene 4-5 utgjør oppdragets internasjonale dimensjon. Disse to punktene utgjør en forholdsvis begrenset del av evalueringen.

Vi sammenligner utviklingen i Norge med utviklingen i Finland, Sverige og Danmark og beskriver kort hvilke strategier og tiltak som er iverksatt for å forebygge uønsket svangerskap, hiv og soi i de andre nordiske landene. Innenfor dette prosjektets tidsrammer har det ikke vært mulig å gjøre en fullverdig sammenligning av innsatsen i Norge med innsatsen i Finland, Sverige og Danmark.

Vi kartlegger også i hvilken grad de internasjonale deklarasjonene Norge har forpliktet seg til blir ivaretatt i dagens arbeid og plandokumenter. Utgangspunktet for en slik

analyse ligger i de dokumenter (i første omgang ulike FN-deklarasjoner) som omtales i strategi- og handlingsplanen. Vi har i tillegg gjort dokumentsøk i FN, WHO og EU for å undersøke hvilke andre internasjonale forpliktelser Norge har og om disse er oppfylt.

1.3.4 Om handlingsplan/strategiplan som virkemiddel

Vi kartlegger tilskuddmottakere og andre sentrale aktørers erfaringer med henholdsvis handlingsplanen og strategiplanen. Vi vurderer konsekvenser av den styringsmodellen som disse planene innbefatter, herunder forvaltning av tilskudd. Vi ser nærmere på hvilke erfaringer mottakerne av tilskudd har med direktoratets tilskuddsforvaltning, herunder hvilket handlingsrom de opplever å ha.

En viktig faktor for om målene for handlingsplanen nås er om bruken av midlene forvaltes i tråd med styringssignalene og om Helsedirektoratet ivaretar sine oppgaver knyttet til informasjon og oppfølging.

Vi vurderer fordeler og ulemper med handlingsplan og strategiplan som virkemiddel og drøfter om en av plantypene i større grad bidrar til måloppnåelse. Vi gjør en vurdering av hva slags planverktøy/styringsverktøy som vil være mest hensiktsmessig fremover.

1.4 Avgrensning av evalueringen

Både offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i arbeidet med å forebygge både hiv og seksuelt overførbare sykdommer og uønsket svangerskap.

Offentlige myndigheter har et selvstendig og lovpålagt ansvar for å drive forebyggende og ivaretagende arbeid. Samtidig har offentlige helsemyndigheter i det forebyggende arbeidet i stor utstrekning benyttet seg av frivillige og private organisasjoner. Organisasjonene har komplettert og avlastet helsevesenet.

Tiltakene som er beskrevet i handlings- og strategiplanen er svært omfattende og inkluderer også ordinære oppgaver for helsetjenesten. Det forebyggende arbeidet er stimulert av tilskuddsmidler som følger handlings- og strategiplanen. Tilskuddsmidlene har gått til både frivillige og offentlige aktører. Når vi i evalueringen kartlegger iverksettelse av strategier og tiltak har vi fokus på det som gjøres av tilskuddsmottakerne.

Planene er som nevnt svært komplekse. De inneholder en rekke delmål og nærmere 200 ulike tiltak som skal utføres av ulike instanser. Det er ikke mulig å gå inn i alle disse tiltakene – enkelte er gjenstand for egne evalueringer. Vår ambisjon har vært å forstå systemet, fange opp fellestrekk ved tiltakene, samt gjøre en del dypdykk i tiltaksmassen.

1.5 Metode og gjennomføring

Strategiene og tiltakene i handlingsplanen og i Strategiplanen omfatter mange aktører. I datainnsamlingen i evalueringen er det disse aktørene vi har hentet informasjon fra. Det innebærer at informasjon til evalueringen er hentet fra aktørene som skal evalueres, noe som medfører en risiko for egenevaluering. For å unngå dette har vi lagt vekt på å hente informasjon fra mange ulike aktører og kilder.

1.5.1 Datainnsamling

Evalueringen er basert på

- Eksisterende dokumenter, forskning og statistikk
- Spørreundersøkelser rettet mot tilskuddsmottakere
- Intervjuer med sentrale aktører

Nedenfor beskriver vi dette nærmere.

1.5.2 Gjennomgang av dokumenter og statistikk

Plandokumenter med mer

Tiltaksanalysen, resultatanalysen og den summative evalueringen er basert på til dels overlappende datakilder.

Vi har gjennomgått:

- Handlingsplanene for forebygging av uønsket svangerskap og abort, og strategiplanen for forebygging av hiv og soi
- Helsedirektoratets system for tilskuddsforvaltning, budsjettproposisjoner fra HOD, styringsdokumenter og årsberetninger fra relevante aktuelle etater
- Relevante stortingsmeldinger, HODs tildelingsbrev til Helsedirektoratet, statistikk fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt/Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), og Helsedirektoratets regelverk for tilskuddsprioritering
- Eksisterende plandokumenter og kunnskapsoppsummeringer fra Sverige, Danmark og Finland om det forebyggende arbeidet i disse landene med hensyn til uønsket svangerskap og abort, og hiv/soi.
- Internasjonale deklarasjoner som Norge har forpliktet seg til.

Foreliggende forskning og utredninger

Vi har gjennomgått en rekke prosjekter (devalueringer og kunnskapsoppsummeringer) og studier knyttet til tiltak, strategier og mål i handlings- og strategiplanen. Hensikten med gjennomgangen har ikke vært å lage en systematisk kunnskapsoppsummering av nyere norsk forskning på seksuell helse, men å se om det finnes informasjon som belyser temaer som faller inn under evalueringsoppdragets tema og tidsramme.

Statistikk

For å belyse handlings- og strategiplanens måloppnåelse har vi brukt statistikk fra SSB, Nasjonalt folkehelseinstitutt/Meldingssystem for smittsomme sykdommer og Reseptregisteret. For å sammenligne Norge med de andre nordiske landene, har vi brukt data fra EuroHIV, Sosialstyrelsen (Sverige), Sundhedsstyrelsen (Danmark) og STAKES (Finland).

1.5.3 Intervjuer

Vi har intervjuet:

- nøkkelpersoner på området i Helsedirektoratet, i HOD og på Folkehelseinstituttet.
- representanter for ulike instanser som har oppgaver i det forebyggende arbeidet, både offentlige instanser og tilskuddsmottakere. Blant tilskuddsmottakerne har vi valgt de som enten har mottatt større årlige bevilgninger, og som har deltatt i det forebyggende arbeidet over flere år eller som arbeider på områder vi har vurdert som særlig interessante. Det er et stort spekter av relevante organisasjoner/stiftelser/offentlige instanser som er involvert i det forebyggende arbeidet innenfor seksuell helse. Enkelte av disse er sentrale både vedrørende abort/uønsket svangerskap og hiv/soi, mens andre arbeider på enten handlingsplanen eller strategiplanens virkeområde. Vi har intervjuet Amatheia, Helseutvalget for homofile, Klinikk for seksuell opplysning, HivNorge, Prostituertes interesseorganisasjon i Norge (PION), PRO-senteret, Medisinernes seksualopplysning, Olafiaklinikken, Røde Kors, SUSS – Senter for ungdom, samliv og seksualitet, Smittevernoverlegen i Oslo kommune, KlaraKlok.no, Primærmedisinsk Verksted, Somalisk Kvinneforening, Sosialmedisinsk Poliklinikk i Tromsø, MiRA-senteret, Brynsenglegene og Aksept.
- sentrale personer i svenske, danske og finske helsemyndigheter som har vært sentrale i utformingen av de respektive lands forebyggende arbeid innenfor temaet seksuell helse. I Danmark har vi intervjuet to representanter for Sundhetsstyrelsen, i Sverige har vi intervjuet to representanter for Socialstyrelsen og i Finland har vi intervjuet to representanter for STAKES.

Temaer i intervjuene

Sentrale temaer for alle intervjuene har vært synspunkter på strategier og virkemidler, hvilke kriterier arbeides det etter, hvorfor aktørene har arbeidet slik det er gjort, synspunkter på fordeling av midler samt en vurdering av hvilken grad av målretting og virkning man har hatt i forhold til handlingsplanens overordnede intensjoner.

Vi har bedt informantene vurdere i hvilken grad tiltakene har nådd fram til de aktuelle målgruppene, og i hvilken grad de anser prosjekter og tiltak som vellykket eller mislykket.

Temaer i intervjuene med tilskuddsmottakerne har vært:

- Bruken av tiltakene i handlingsplanene, og erfaringer med dem. Hvilke tiltak oppleves som mest relevante? Hvor hensiktsmessig oppfattes de enkelte tiltakene sett i forhold til ressursbruken?
- Måloppnåelse med hensyn til tiltakene.
- Hvordan aktørene vurderer årsaken til sine egne resultater (gode eller dårlige). Hva er det som har vært utslagsgivende, hva er eventuelle barrierer? Hva er utfordringene og hva kan gjøres annerledes?
- Hva slags virkemidler/arbeidsmetoder som er brukt for å påvirke målgruppens holdninger/kunnskap/atferd m.m.
- Hvilken innretning på det forebyggende arbeidet oppfattes som mest hensiktsmessig for å nå de ønskede mål?

- Hva kan gjøres annerledes i dag?

Gjennom intervjuene har målet vært å forstå sammenhenger, og få et helhetlig overblikk over arbeidet med strategi/handlingsplanene, samt måloppnåelse.

De fleste av intervjuene er gjort som personlige intervju. Enkelte av intervjuene er foretatt på telefon. Intervjuene er bygget på en semi-strukturert intervjuguide. Det vil si at vi på forhånd hadde laget et sett med spørsmål som skal dekke de problemstillinger vi ønsker svar på i intervjuet, men hvor vi har fulgt opp spørsmålene og stiller nye spørsmål avhengig av hvilke temaer og problemstillinger den enkelte informant spiller inn.

1.5.4 Spørreundersøkelser

Vi har gjennomført to spørreundersøkelser til et utvalg av tilskuddsmottakerne via e-post. Spørreundersøkelsene er vedlagt rapporten, se vedlegg log 2. På grunn av vanskeligheter med å skaffe oppdaterte e-postadresser er undersøkelsene sendt til et utvalg. Vi har sendt spørreundersøkelsene til de som mottok tilskudd i 2007. Begge undersøkelsene hadde en svarprosent på ca. 65 prosent.

Temaene i spørreundersøkelsene var mye de samme som i intervjuene, men hadde som mål å få kvantitative svar på hypoteser som vi danner oss i intervjudelen.

Vi kartla både respondentenes erfaringer med og synspunkter på de to planene generelt, og erfaringer og resultater av de konkrete tilskuddene som mottakerne har fått. Sistnevnte var for eksempel knyttet til hvilke aktører de hadde samarbeidet med i iverksettelsen av tiltakene og om tiltaket ble evaluert i etterkant.

1.6 Evaluering av handlings- og strategiplaner

Handlings- og strategiplaner kan langt på vei forstås som det man i evalueringslitteraturen omtaler som programmer, og som Scriven (1991) omtaler som den innsatsen som utføres for å oppnå definerte og velbegrunnede mål på et bestemt innsatsområde. Målene kan være mer eller mindre veldefinerte. Det er flere utfordringer knyttet til å evaluere handlings- og strategiplanene på området seksuell helse:

- For det første er det en utfordring at vi må sammenligne med en situasjon uten nasjonale planer. Dette er en tradisjonell utfordring i alle evalueringer der det ikke er mulig å konstruere en kontrollgruppe.

I en kontrafaktisk analyse kan det være en fordel å utføre evalueringen som en kombinasjon av prosessevaluering og målevaluering. I prosessevalueringer kan forhold vedrørende selve opplegget for og gjennomføringen av handlingsplanens og strategiplanens ulike elementer vurderes. I målevalueringer kan søkelyset rettes på om de målene man hadde for planen faktisk ble nådd, og i hvilken grad de enkelte tiltakene var vellykket. En prosessevaluering omfatter en analyse av tiltakene, mens en målevaluering omfatter en analyse av resultatene. Til slutt gis en vurdering av i hvilken grad måloppnåelsen i resultatanalysen kan tilskrives resultatene fra tiltaksanalysen.

- For det andre er det en utfordring at planene både har kvantitative (reduerte abort-, hiv- og soi-rater) og kvalitative mål (valgfrihet og trygt seksualliv). De kvantitative målene kan registreres. Det er langt vanskeligere med de kvalitative målene.

- For det tredje er tiltakene i handlings- og strategiplanen i stor grad rettet mot at enkeltpersoner skal bli mer opplyste, og dels at de bruker denne informasjonen hensiktsmessig. Det er imidlertid ikke slik at man uten videre kan trekke slutninger om forholdet mellom informasjon, kunnskap og planenes effekt som kunnskapsformidler rettet mot enkeltindivider innen målgruppen, og deres effekt som atferdsmodifiserer. Det er ikke et entydig eller enkelt forhold mellom folks holdninger og kunnskap og deres atferd.

Når det for eksempel gjelder abortstatistikk og oversikt over utviklingen i aborttallene viser disse tallene forhold på aggregert nivå. Summen av alle utførte aborter i løpet av bestemte perioder gir uttrykk for at en viss andel av alle gravide kvinner velger abort. Svært mange grunner i enkeltpersoners liv kan bidra til dette valget. Det kan blant annet handle om forhold til partner, utdanning og økonomi. Den enkelte kan ha svært god kunnskap om prevensjon og likevel bli gravid. Noen blir også gravide selv om de bruker prevensjon, og uintenderte graviditeter fører i mange tilfeller ikke til abort. Man kan ikke uten videre trekke slutninger om forhold på individnivå og videre derfra til aborttall på aggregatnivå. Sett av årsaksvariable er sammensatt, og det er verken enkelt eller entydig.

- Man må være oppmerksom på at det ikke nødvendigvis er en kausal sammenheng mellom oppnådde delmål og hovedmål. Det kan være at delmålene er nådd uten at det har fått de forventede effekter på hovedmålene. Slike problemstillinger er viktige å forstå når man skal analysere måloppnåelsen.

Sverdrup (2003) mener man bør forsøke å etablere en teori for hvordan handlingsplanen er ment å virke. Det vil si at evalueringen baseres på at evaluator trekker opp spørsmålet om hvilken programteori planen er basert på og hvordan de programansvarlige tenkte seg at endring skulle skje. Det betyr å definere hypotetiske årsaksvirkningssammenhenger som beskriver hvordan tiltaket forventes å bidra til å oppfylle målene med tiltaket. Dernest kan man sammenstille det man hadde som mål at skulle skje med det som faktisk skjedde.

I tråd med ovennevnte er det et mål å få kunnskap om innsats, tiltak og oppnådde resultater. Spørsmål som må besvares omfatter for det første hva som er det overordnede mål med evalueringen og hvilke tiltak som er planlagt iverksatt for å nå målene. Dernest må det kartlegges hvilke tiltak som er implementert. Dernest må måloppnåelse kartlegges og det må vurderes om måloppnåelsen kan tilskrives tiltakene eller om det kan skyldes andre forhold. Det må drøftes hvilken sammenheng det er mellom midler og måloppnåelse. Hva ville situasjonen vært i en kontrafaktisk situasjon.

Det som kan beskrives som programteori for begge planene har vært å endre kunnskapsnivå og atferd gjennom informasjon, dialog, veiledning og praktisk atferdstrening. Samtidig skal endrede rammebetingelser i form av for eksempel lavterskeltilbud, subsidiering av hormonell prevensjon, lett tilgjengelighet til kondomer og utvidet adgang til rekvirering av p-piller gi lettere tilgang til kunnskap og prevensjon. Bedre rammebetingelser sammen med gruppenes/enkeltindividenes ”riktige” kunnskap og handlingsmuligheter skal bidra til seksuell autonomi og ”riktigere” seksualatferd. Dette skal føre til økt mestring og reduksjon i antall uønsket svangerskap, aborter og seksuelt overførbare sykdommer.

2 Om strategi- og handlingsplanen

På området *forebygging av uønsket svangerskap og abort* har Helse og omsorgsdepartementet (HOD) fastsatt en handlingsplan. Og på området *forebygging av hiv og soi* er det fastsatt en strategiplan.

Planene er en del av en styringsmodell hvor de overordnede rammene er trukket opp av HOD på bakgrunn av politiske beslutninger og internasjonale avtaler. Innenfor overordnede rammer som er spesifisert i tildelingsbrev og planenes overordnede mål, er vilkårene knyttet til måloppnåelse og valg av tiltak for å nå målene, i stor grad lagt til Helsedirektoratet. Et viktig poeng med planene er at det er et virkemiddel som skal brukes til å styre forvaltningen av tilskudd på området

Forskjellen mellom handlingsplaner og strategiplaner dreier seg i prinsippet om at handlingsplaner er mer konkrete enn strategiplaner. Det vil ofte følge med egne midler til handlingsplaner, mens tiltak som beskrives i strategiplaner ofte skal gjennomføres med eksisterende midler. Når det gjelder handlingsplanen og strategiplanen på området seksuell helse følges begge disse planene av midler som skal fordeles.

Arbeidet med forebygging av uønsket svangerskap og abort, hiv og soi har siden midten av 90-årene vært bygget på internasjonale avtaler, der Norge har forpliktet seg til å sikre folks reproduktive og seksuelle helse.

2.1 Om handlingsplanen (abort og uønsket svangerskap)

Arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort er forankret i lov om svangerskapsavbrudd. I formålsparagrafen heter det at "samfunnet skal så lang råd er sikre alle barn betingelsen for en trygg oppvekst. Som ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmålene slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig"

Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort (2004-2008) har to hovedmål som følger opp hovedmålene i den foregående planen (1998-2003):

- Abortraten for kvinner 15-49 år skal reduseres, det vil si en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd pr 1.000 kvinner i fruktbar alder
- Alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv

I Handlingsplanen (1998-2003) var målene formulert som følgende: "Sikre at færrest moglege gravide tar abort" og "Sikre at folk har høve til å avgjere kva tid dei vil ha barn".

2.1.1 Målgrupper

Handlingsplanen definerer fire hovedmålgrupper:

- Ungdom og unge voksne: Kvinner i aldersgruppen 20-24 år har den høyeste abortraten, noe som gjøre denne gruppen til en særlig viktig målgruppe.
- Etniske minoritetsgrupper: Unge voksne av begge kjønn med etnisk minoritetsbakgrunn skal få god informasjon om samliv, seksualitet og prevensjon og på den måten få styrket handlingskompetanse.
- Grupper med spesielle behov: Grupper som fysisk funksjonshemmede, utviklingshemmede, rusmisbrukere, unge som har seksuell risikoatferd, samt kvinner som får utført abort gjentatte ganger skal få tilrettelagt veiledning og informasjon.
- Kvinner og par som vurderer abort: De som vurderer abort eller har fått utført abort skal systematisk tilbys informasjon og veiledning. Dersom de velger å bære frem barnet skal de få informasjon om tilgjengelige støtteordninger.

2.1.2 Strategier og tiltak

Tiltakene i handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort er fordelt på seks innsatsområder:

- Barn, autonomi, mestring: Foreldre og omsorgspersoner skal oppmuntres til kommunikasjon med sine barn om seksualitet. Videre skal barn utvikle eierskap til egen kropp og seksualitet.
- Ungdom og unge voksne – kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og mulighet til å forebygge uønsket svangerskap og abort: handlingsplanen fokuserer på at unge jenter og gutter skal ha handlingsberedskap til å foreta etisk reflekterte valg omkring seksualitet og samliv. Unge kvinner og menn skal også styrkes på bevisstgjøring om fertilitet og bruk av sikker prevensjon.
- Etniske minoritetsgrupper – kunnskap og autonomi: Ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn skal ha god kunnskap om samliv, seksualitet, prevensjon og tilgang til prevensjonsveiledning. Handlingsplanen skal styrke informasjons- og veiledningstilbudet til etniske minoritetsgrupper.
- Grupper med spesielle behov – eierskap til kropp, seksualitet og bruk av prevensjon: Informasjon og veiledning om samliv, seksualitet og prevensjon skal tilrettelegges for funksjonshemmede og utviklingshemmede. Ungdomsgrupper med spesielle behov skal få tilbud som kan bidra til å styrke mestringsevne og til å ta etisk reflekterte livsvalg.
- Kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd – tilbud om informasjon og veiledning: handlingsplanen fokuserer på at kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd skal ha lett tilgjengelig tilbud om informasjon og veiledning. Videre skal kvinner som har gjennomført svangerskapsavbrudd få lett tilgjengelig tilbud om både prevensjonsveiledning og psykisk støtte. Det er også et mål i handlingsplanen at de ulike helseinstitusjonene skal praktisere lover og regelverk på området likt.
- Nøkkelpersonell – kunnskap og samarbeid: Nøkkelpersonell skal ha styrket kompetanse i veiledningsmetodikk innen samliv, seksualitet og prevensjon. Forskning og statistikk skal bli gode styringsverktøy i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort.

I handlingsplanen finner vi en rekke tiltak innen alle de seks innsatsområdene. Tiltakene omfatter informasjonstiltak, undervisning, ferdighetstrening, målgruppestyrt dialog, ulike former for lavterskeltilbud, kompetanseheving, veiledning/oppfølging, nettverksarbeid, likemannsarbeid og forskning/undersøkelser. Tabellen under viser hvordan tiltakene fordeler seg på de ulike innsatsområdene.

Tabell 2.1 Tiltak i handlingsplanen for å forebygge uønsket svangerskap og abort

Innsatsområder Tiltak	Barn	Ungdom/ unge voksne	Etniske minoritets- grupper	Grupper m. spesielle behov	Kvinner/ par som vurderer abort	Nøkkel- personnel
Informasjon	X	X	X	X	X	X
Undervisning	X	X	X	X		X
Ferdighetstrening		X	X	X		
Målgruppestyrt dialog		X	X	X		
Lavterskeltilbud		X	X	X		
Kompetanseheving						X
Veiledning/oppfølging		X	X	X	X	
Nettverksarbeid						X
Forskning/undersøkelser						X
Likemannsarbeid		X	X		X	

I hovedsak tilsvarende strategiene, strategiene i den foregående handlingsplanen, bortsett fra at det i den nåværende planen er lagt større vekt på tilgjengelig prevensjon. Etablering av lavterskeltiltak for ungdom var et viktig satsingsområde i handlingsplanen 1999-2003.

2.1.3 Nylige endringer i regelverket

For å øke tilgjengeligheten til prevensjon er det i tidsperioden handlingsplanen har virket iverksatt ulike regelendringer:

- Fra 2002 har jenter i aldersgruppen 16 til og med 19 år fått gratis p-piller. Målet med gratis prevensjon til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år er å øke tilgjengeligheten til prevensjon for å forebygge uønsket svangerskap eller abort blant tenåringer.
- Sykepleiere med helsesøsterutdanning og jordmødre ble gitt rett til å rekvirere p-piller til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år, jf forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek m/vedlegg. Helsesøsters og jordmødres rekvireringsrett gjelder bare i deres yrkesutøvelse i kommunal helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Utlevering av gratis p-piller forskrevet av jordmor/helsesøster gjelder bare preparater som til enhver tid er fastsatt av Legemiddelverket.
- Leger kunne til 1. mars 2006 rekvirere alle typer p-piller gratis. Fra 1. mars 2006 ble det innført en fast bidragssats for hormonelle prevensjonsmidler for kvinner i aldersgruppen 16 til og med 19 år. Ordningen ble utvidet til å omfatte hormonelle prevensjonsmidler som kan rekvireres av lege, helsesøster eller jordmor. Bidragssatsen er satt til inntil 100 kroner for tre måneders forbruk. Det ble lagt til grunn at de fleste kvinner kan bruke et av de per i dag 5-6 billigste preparatene.

Kvinner som bruker prevensjonsmidler som er dyrere enn bidragssatsen, må betale mellomlegget mellom satsen og den faktiske utsalgsprisen.

- Helsesøstre må ha relevant utdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon for å ha rekvireringsrett. Høyskoler med helsesøster- og/eller jordmorutdanning har siden 2002 gitt tilbud om etterutdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon til helsesøstre og jordmødre som ønsker å ha rekvireringsrett. Høyskolene kan inkludere relevant utdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon i helsesøster- og jordmorutdanningene.

2.2 Om strategiplanen (hiv og soi)

Strategiplan for forebygging av hiv og soi bygger på erfaringer fra det forebyggende arbeidet som har vært drevet i Norge siden midten av 1980-årene. Planen har hovedfokus på forebygging og ikke på behandling. Planen har to hovedmål og 19 delmål:

- Antall nysmittede av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal reduseres, herunder:
 - Nysmittede av hiv og soi i ulike grupper skal reduseres eller ikke øke
 - ✓ Antallet blant menn som har sex med menn skal reduseres
 - ✓ Antallet blant utenlandsreisende skal reduseres
 - ✓ Antallet blant injiserende stoffmisbrukere skal ikke øke. Nysmitte av hepatitt skal reduseres.
 - ✓ Antallet blant personer som kjøper og selger seksuelle tjenester skal ikke øke
 - Befolkningen skal sikres et høyt kunnskapsnivå og økt bevissthet i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer.
 - Kjønnrelaterte problemstillinger skal vurderes i planer, prioriteringer og tiltak
 - Ingen skal bli smittet av hiv og hepatitt som følge av medisinsk bruk av blod, blodprodukter eller annet humant materiale
 - Den forebyggende og helsefremmende innsatsen når det gjelder hiv og seksuelt overførbare sykdommer rettet mot ungdom og unge voksne skal styrkes
 - Kommunene skal ivareta arbeidet med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer
 - Testing, smittevernveiledning og smitteoppsporing skal være lett tilgjengelig og faglig godt utført
 - Kondombruken skal økes gjennom bedre tilgjengelighet og atferdsendring
 - Den forebyggende innsatsen overfor asylsøkere, flyktninger og andre med innvandrerbakgrunn skal styrkes
- Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, etnisk bakgrunn og egen økonomi, herunder:
 - Hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal diagnostiseres så tidlig som mulig.
 - Epidemien skal overvåkes nøye.
 - Smittefarlig atferd skal forebygges.
 - Personer med hiv og aids skal tilbys god oppfølging.

- Personer som er smittet med hiv eller seksuelt overførbare sykdommer og deres partnere, skal gis god smittevernveiledning
- Kunnskapsgrunnlaget om levekårene til personer med hiv og aids skal styrkes
- Spesielt sårbare eller utsatte personer med hiv og aids skal tilbys tilpasset oppfølging
- Stigmatisering og diskriminering av personer med hiv og aids skal bekjempes
- Aktuelle arbeidsplasser skal ha god beredskap i forhold til yrkesmessig risiko for hiv-infeksjon og ha kunnskap om hvordan hiv ikke smitter

I strategiplanen blir forebygging av hiv og aids i større grad enn i tidligere plan-dokumenter sett i sammenheng med forebygging av soi generelt.

2.2.1 Målgrupper

Gruppene som i strategiplanen regnes som risikoutsatte og spesielt sårbare for hiv omfatter menn som har sex med menn, utsatte innvandrergupper, utenlandsreisende, injiserende stoffmisbrukere og kjøpere og selgere av seksuelle tjenester. Ungdom og unge voksne er spesielt utsatt for klamydia og er generelt en viktig målgruppe for informasjon. Hovedmålet om god oppfølging av hiv- og soi-smittede gjelder alle smittede uansett gruppetilhørighet.

2.2.2 Strategier og tiltak mot bestemte målgrupper

Det er utarbeidet spesifikke strategier og tiltak for de ulike målgruppene.

Innvandrere. Mange av de hiv-smittede i Norge har innvandrerbakgrunn. Majoriteten er smittet før ankomst til Norge.

Tiltak:

- Sørge for helsetjenester og informasjon til asylsøkere og flyktninger
- Sørge for at de som er smittet blir tidlig diagnostisert og får god oppfølging på en måte som er tilpasset den enkeltes bakgrunn
- Samarbeide med interessegrupper blant innvandrere
- Utvikle gode tiltak gjennom likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper
- Tilby særskilt bistand til risikoutsatte innvandrerkvinner
- Øke kunnskapen om levekårene til innvandrere som er hiv-smittet

Menn som har sex med menn (msm). Dette er den gruppen i Norge som er særlig utsatt for hivsmitte.

Tiltak

- Sørge for lett tilgjengelighet til testing og rådgivning
- Sørge for lett tilgang til informasjon og kunnskap om hiv og andre soi og seksuell helse generelt. Internett er en viktig arena.
- Helsetjenesten skal i samarbeid med frivillige organisasjoner legge til rette for at gruppen kan ta ansvar for egen og andres seksuelle helse
- Styrke forebyggende aktiviteter som bidrar til sikrere seksualatferd blant msm

- Styrke forebyggende aktiviteter som bidrar til sikrere seksualatferd blant msm med høy risikoatferd
- Styrke helsearbeideres kompetanse og evne til å møte msm

Hiv-positive. Personer som er smittet med hiv/aids skal få god oppfølging. Stigmatisering og diskriminering av hiv-positive skal bekjempes.

Tiltak:

- Hiv-positive og deres partnere skal gis individuell veiledning.
- Særlig sårbare personer med hiv skal få tilpasset oppfølging
- Hiv-positives organisasjoner skal ha en viktig rolle som talerør for de hiv-positive
- Øke kunnskapen om levekårene til personer med hiv
- Levekårene, rettighetene og livskvaliteten til hiv-positive skal styrkes.
- Helsepersonells evne til å møte hiv-positive på en profesjonell og ikke fordomsfull måte skal styrkes
- Aktuelle arbeidsplasser skal ha god beredskap i forhold til yrkesmessig risiko for hiv-infeksjon og for kunnskap om hvordan hiv ikke smitter

Injisierende rusmisbrukere. Hivsmitten i denne gruppa har vært relativt lav og stabil. Det skal følges nøye med på utviklingen. Gruppen er særlig utsatt for hepatittsmitte.

Tiltak:

- Sikre lett tilgjengelighet til hiv testing, rådgivning og oppfølging så vel som rene sprøyter
- God informasjon om aktuelle smittestoffer, smittemåter
- Sikre gode helsetjenester
- Stimulere til skadereduserende tiltak ved å dreie misbruke vekk fra injeksjonsmisbruk
- Sikre innsatte i fengsler informasjon omsmittevern og tilgang til rene sprøyter

Personer som kjøper og selger seksuelle tjenester. Hiv situasjonen kan endre seg som følge av et økende antall utenlandske prostituerte fra områder med høy utbredelse av hiv. En del menn blir smittet i utlandet.

Tiltak:

- Sikre lett tilgang til testing og veiledning
- Sikre lett tilgang til informasjon og kunnskap om hiv og andre soi og seksuell helse generelt
- Sette i verk tiltak for å nå personer som reiser til risikoutsatte områder.
- Helsetjenesten skal vektlegge informasjon om risiko for soi til utenlandsreisende
- Motvirke faktorer som fører til prostitusjon

Ungdom. Ungdom er en viktig målgruppe for informasjon om seksuelt overførbare sykdommer.

Tiltak:

- Undervisning om seksualitet i vid forstand skal integreres i den ordinære opplæringen og som et helsetjenestetilbud.
- God informasjon blant annet gjennom internett
- Kjønnsperspektivet skal ivaretas
- Publikum skal stadig minnes om at genitale klamydiainfeksjoner er utbredt blant unge voksne og ungdom

Befolkningen som helhet.

Tiltak:

- Informasjonsinnsatsen mot hele befolkningen skal styrkes, for å minne om sykdommen og skape tilstrekkelig god beredskap.
- Kunnskap om former for fysisk kontakt som ikke innebærer hivsmitte, må bedres.

2.3 Grunnleggende tankegang bak begge planene

Nøkkelbegrep for både handlings- og strategiplanen er seksuell autonomi og mestring. Å styrke folks mulighet til å ha en trygg seksuell identitet og oppleve stolthet og eierskap til egen kropp og seksualitet, anses som en viktig nøkkel til at den enkelte kan forvalte sin seksuelle helse på en god måte og dermed treffe selvstendige og reflekterte valg om seksualitet og samliv (Helsedirektoratet, 2007).

Tanken er at når den enkelte gis mulighet til å ha kontroll over egen seksuell helse vil dette bidra til bedre prevensjonsbruk og til færre uønsket graviditeter. Planene bygger videre på en forståelse av at økt opplevelse av mestring også vil bidra til at den enkelte i mindre grad havner i risikosituasjoner og får en større bevissthet om hvordan man skal unngå smitte med seksuelt overførbare infeksjoner.

Planenes kunnskapsgrunnlag, perspektiver og hovedstrategier for forebygging har flere fellestrekk. Hovedstrategiene er særlig sammenfallende når det gjelder det primærforebyggende arbeidet rettet mot målgruppene barn, ungdom og unge voksne. I gjennomføringen av arbeidet med begge planene skal det legges vekt på at strategier og tiltak skal tilpasses kjønn, alder, målgruppenes kulturelle og etniske bakgrunn, seksuelle minoritetsstatus og risiko/sårbarhet. Målgruppene skal trekkes inn i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

2.3.1 Nærmere om strategiene i handlingsplanen

Handlingsplanen legger vekt på at strategiene skal være kjønnsspesifikke. Det skal videre legges til grunn at enkelte ungdomsgrupper befinner seg i livssituasjoner der de er sosialt marginalisert og har høyere risiko for abort. Innsatsen skal vurderes i forhold til sårbarhetskriterier som fylker med høye aborttall, stor ungdomspopulasjon og grupper med en annen seksualitetskultur. Det legges til grunn at det er viktig å opprettholde den nedgangen som har vært i aborttallene blant tenåringer, samt at det er viktig å redusere den veksten som har vært i abortrate som er registrert hos kvinner i 20-årene.

Strategiene handler om å sørge for god kunnskap om kropp og seksualitet, å skape åpenhet og dialog om seksualitet blant ungdom med hovedvekt på positive budskap, å trene ungdom i valg og handlingsberedskap omkring samliv og seksualitet og å øke tilgjengelighet til prevensjon og prevensjonsveiledning til ungdom og unge voksne. Skolen og ungdomshelsetjenesten er sentrale arenaer for å utforme opplæringstiltak. Men opplæring skal også formidles gjennom massemedia, internett og lokale møtesteder. Handlingsplanen legger til grunn at utvikling av trygg seksuell identitet legges i tidlig barnealder. Derfor bør den forebyggende innsatsen starte med bevisstgjøring av småbarnsforeldre for å få til god kunnskapsformidling til barn om deres egen kropp og seksualitet – og deres eiendomsrett til sin kropp og seksualitet. Sentrale arenaer for tiltak rettet mot barn er hjem, barnehage og barneskole.

Et viktig innsatsområde i handlingsplanen er å bidra til at nøkkelpersonell, det vil i hovedsak si helsepersonell, som skal bidra i forebyggingsarbeidet har riktig kompetanse.

2.3.2 Nærmere om strategiene i strategiplanen

Viktige styrende prinsipper i arbeidet med både den eksisterende strategiplanen og tidligere planer har vært:

- Tiltakene skal være minst mulig inngripende mot personlig frihet
- Innsatsen skal være målrettet mot grupper med høy risiko og forekomst av hiv og mot befolkningen generelt
- Myndighetene skal samarbeide med frivillige organisasjoner
- Samfunnet skal vise solidaritet med personer med hiv og aids

Strategiene for å forebygge hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer er til dels rettet mot befolkningen generelt, men tiltakene skal særlig rette seg mot spesifiserte målgrupper som har en høyere risiko for bli smittet. Å finne en riktig balanse mellom målrettet innsats overfor spesielt utsatte grupper og generelle tiltak overfor den allmenne befolkning beskrives som en av utfordringene i arbeidet.

Informasjon om hiv, hepatitt og andre seksuelt overførbare sykdommer skal være lett tilgjengelig for alle. Informasjonen skal oppdateres ut fra endringer i hiv-epidemien og informasjonen skal gjentas til nye generasjoner eller målgrupper. Alle skal ha kunnskap om smitteåte og vite når det er aktuelt å ta test for hiv og seksuelt overførbare sykdommer. Oppsøkende virksomhet på bestemte arenaer skal gjøre informasjon og testing lettere tilgjengelig.

Strategiene for å forebygge hiv og soi handler om lett tilgjengelig kunnskap om hiv og soi, samt informasjon, veiledning og undervisning som legger vekt på mestring i forhold til kropp, seksualitet og kondombruk. Det skal være lett tilgjengelighet til bruker-vennlige tilbud, til testing, rådgivning og behandling.

Det forebyggende arbeidet mot hiv-infeksjon og seksuelt overførbare sykdommer skal integreres mer i det øvrige smittevernarbeidet, og det skal knyttes sterkere til det kommunale ansvaret på området. Frivillige og private organisasjoner skal være viktige samarbeidspartnere for offentlige myndigheter i arbeidet med å forebygge hiv og soi.

Å bidra til sikrere seksualatferd gjennom økt kondombruk har vært et sentralt mål i all satsing på å forebygge hiv. Dette har vist seg vanskelig å få til. Kondomer skal være lett tilgjengelige, og det skal iverksettes kampanjer for å endre holdninger til og øke bruken av kondomer.

En viktig del av strategien i det hiv-forebyggende arbeidet er å avstigmatisere hiv-epidemien. Stigmatisering fører til mindre åpenhet og skaper store hindre både for forebygging og behandling av sykdommen. Smittevernveiledning skal være lett tilgjengelig. Kompetansen på smitteoppsporing skal heves.

I tillegg er mange tiltak rettet mot å høyne kompetansen hos helsepersonell og andre som gjennom arbeid kommer i kontakt med risikoutsatte grupper og hiv-positive personer.

2.4 Nærmere om informasjon som virkemiddel

Det er en del av statlig informasjonspolitikken at befolkningen har rett til kunnskap som er nødvendig for å bedre egen livskvalitet. Staten og fagfolk skal aktivt formidle denne kunnskapen. Dette skal skje i dialog med mottaker i en situasjon hvor mottakers behov står i sentrum.

Gjennom informasjon, utdanning, rådgivning og et lett tilgjengelig/godt helsetilbud er målet for begge planene å hjelpe enkeltpersoner til å treffe mest mulig rasjonelle valg i konkrete handlingssituasjoner. Formidling av informasjon er et viktig virkemiddel i implementering av planene. Informasjon kan spres gjennom massemediene eller ved hjelp av brosjyrer og spesielt tilrettelagt materiale med mer begrenset spredning. Informasjon kan også spres i form av kampanjer, eller den kan formidles via mellommenneskelig kontakt, direkte fra en avsender av et budskap til en mottaker av det.

Det er lagt til grunn i planene at verdien av masseinformasjonskampanjene er begrenset. Menneskelig atferd er styrt av komplekse psykologiske mekanismer som ofte i begrenset grad lar seg påvirke av masseinformasjon. Dialog og interaksjon er nødvendig for å påvirke holdninger. Atferd antas best å kunne påvirkes i nære relasjoner, og en avgjørende faktor er hvor viktig avsenderen er for mottakeren. Atferdsmønstre grunnlegges ofte tidlig og kan være vanskelig å forandre. Ungdom blir derfor en spesielt viktig målgruppe

Et sentralt spørsmål er hva som fører til atferdsendring? Kunnskap er en viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for rasjonell atferd. Holdninger er også av stor betydning for hvordan folk handler. Likevel vil folks atferd til tider gå på tvers av både god kunnskap og klare holdninger til hva som fornuftig å gjøre. Det er ofte slik at seksuelle situasjoner som medfører risiko for uønsket svangerskap og smittsomme sykdommer er preget av sterke emosjoner og til dels har et irrasjonelt preg. Faktorer som vaner, følelsesmessige tilstand, forelskelse, ruspåvirkning osv. spiller inn. En betydelig utfordring er at arenaene for informasjon ofte er steder fjernt fra de situasjoner som medfører risiko.

Når informasjon er et viktig virkemiddel stilles det krav, forventninger og forpliktelser til avsendere av informasjonen og iverksettere av tiltak og prosjekter. Det er viktig å gjennomføre dem på en måte som fører til at målgruppene oppfatter innholdet i budskapet som blir formidlet, forstår det, lærer det og forholder seg til det i praksis. Samlet skal samspillet mellom avsender og mottakere føre til at bestemte mål nås.

3 Aktører og tilskuddsforvaltning

I forebyggingen av uønsket svangerskap/abort og hiv/soi arbeider sentrale helsemyndigheter i stor grad gjennom kommunene og frivillige organisasjoner. Arbeidet styres til dels gjennom lovregulering, men når det gjelder frivillige organisasjoner og til dels kommunene skjer styringen først og fremst gjennom tildeling av tilskudd.

En forutsetning for å gjennomføre en tiltaks- og resultatanalyse er å forstå, beskrive og analysere aktørene som er involvert i gjennomføringen av de aktuelle planene og hvilket ansvar ulike aktører har i det forebyggende arbeidet – samt hvordan Helsedirektoratet arbeider gjennom tilskuddsmottakerne. De involverte aktørene har ulike virkemidler til disposisjon, ulike ansvarsforhold, og ulik grad av tilknytning/samarbeid seg imellom.

I dette kapitlet beskriver vi sentrale aktører som er involvert i det forebyggende arbeidet og hvilken fordeling som Helsedirektoratet har gjort av tilskuddsmidler i perioden. Vi beskriver først hvilke roller og oppgaver ulike aktører har, deretter beskriver vi forvaltning av tilskudd. Samlet sett utgjør denne beskrivelsen en redegjørelse for de strategier og virkemidler som er iverksatt.

3.1 Aktører involvert i iverksetting av planene

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har det overordnede ansvaret for strategi-/handlingsplanen. Tilskuddsforvaltningen er delegert til Helsedirektoratet. HOD beskriver *prioriterte områder* for direktoratets tilskuddsforvaltning i de årlige budsjettproposisjonene og tildelingsbrevet til direktoratet. En del av tiltakene dreier seg også om videreføring av eksisterende oppgaver som utføres, og er omtalt i HODs bidrag til statsbudsjettet.

Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging, koordinering og forvaltning av de nasjonale planene, herunder tilskuddsforvaltning og utarbeiding av årlige statusrapporter. En viktig funksjon i denne sammenheng er å samarbeide med mottakerne av tilskudd, samt å koordinere innsatsen knyttet til strategiplanene med annen innsats i forhold til seksualitet og samliv. Helsedirektoratet foretar faglige vurderinger av hvorvidt søknader om tilskudd er forankret i strategi-/handlingsplanen, og om de er i tråd med de gjeldende forebyggingsstrategier.

Helsedirektoratet har også en selvstendig oppgave i forbindelse med kunnskapsproduksjon, informasjonsmateriale, veiledere, kurs/konferansevirksomhet m.m.

Kommuner og frivillige organisasjoner er blant de viktigste søkerne av tilskuddsmidler. I strategiplanen mot hiv/soi legges det også opp til at samarbeidet mellom kommunene og de frivillige organisasjonene skal få en større plass. Myndighetene kan ikke pålegge frivillige organisasjoner oppgaver eller strategier i forbindelse med handlings- og strategiplaner. Myndighetene kan kun bidra til måloppnåelse gjennom tilskudd der de har felles mål med de frivillige organisasjonene.

3.1.1 Helsetjenestenes lovpålagte ansvar

Det forebyggende og kurative tilbudet er integrert i kommunale, fylkeskommunale og statlige helsetjenester. Det er lagt til grunn at hiv/aids-forebygging så vel som forebyg-

ging av uønsket svangerskap utføres som en naturlig del av annet forebyggende arbeid og smittevern.

Det regionale helseforetaket har ansvar for spesialistundersøkelser og behandling, Statens helsetilsyn har overordnet tilsyn med tjenestene, Helsedirektoratet har utøvende forvaltningsmyndighet på smittevernområdet og Folkehelsa driver nasjonal overvåking og rådgivning til helsepersonell og publikum.

Kommunene har et selvstendig og lovpålagt ansvar for å drive forebyggende og kurativt arbeid innen helsetjenesten, og for å iverksette tiltak etter kommunehelsetjenesteloven og andre lover. Kommunene er gjennom forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og smittevernloven pliktig å tilby relevante tjenester og tiltak til kommunens befolkning. Smittevernloven gjelder alle smittsomme sykdommer, inkludert hiv-infeksjon og andre seksuelt overførbare sykdommer. Kommunen skal kartlegge omfanget, drive opplysning og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges.

Det er gjennom tiltaksplanene arbeidet for å styrke kommunenes lovpålagte arbeid innenfor smittevern, seksuell og reproduktiv helse. Det er tatt hensyn til at de kurative tjenestene er på forsvarlig nivå, men det er mindre glød i det forebyggende arbeidet. Tilskuddsmidler skal særlig brukes til å stimulere det forebyggende arbeidet.

3.2 Sentrale aktører og forvaltning av midler over handlingsplanen

Vi redegjør i dette avsnittet først for hvilke aktører som er særlig sentrale i arbeidet med forebygging av uønsket svangerskap og abort. Deretter redegjør vi for forvaltning av tilskuddsmidler i evalueringsperioden.

3.2.1 Viktige aktører i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort

Det forebyggende arbeidet blir gjennomført av ordinære helsetjenester og av ulike frivillige og private aktører. I tillegg har skolen en viktig rolle.

Det forebyggende arbeidet som har fått midler gjennom Handlingsplanen er i stor grad utført av aktører som arbeider mot ungdom og unge voksne. Helsestasjoner for ungdom er særlig en sentral aktør. I den forrige Handlingsperioden ble det gitt midler til etablering av helsestasjoner for ungdom, mens det i den siste perioden har blitt gitt midler til prosjekter i regi av helsestasjonene.

Ettersom det er de samme tjenestene og aktørene som gjennomfører arbeidet, er det siden begynnelsen av 2000-tallet gjennomført felles tildelinger til lokale tiltak som skal forebygge klamydiasmitte så vel som uønsket svangerskap og abort blant ungdom og unge voksne.

Helsestasjoner for ungdom (HSU) er fra 2003 et forskriftsfestet helsetjenestetilbud til ungdom opp til 20 år. Tilbudet er et tillegg til fastlegen og eventuelt skolehelsetjenesten. De fleste HSU'ene har helsesøster, jordmor og lege. I følge St prp nr 1 (2007-2008) Helse og omsorgsdepartementet finnes det i 2007 etablert 325 HSU'er i landet. Tallet inkluderer bydeler i Oslo. Helsestasjonene skal favne ungdom med minoritetsbakgrunn.

Det er oss bekjent ikke gjennomført egne evalueringer av virksomheten på ungdomshelsestasjonene. Men rapporteringer fra kommunene til KOSTRA viser at 60 prosent av helsestasjonene for ungdom har fast undervisningstilbud om seksualitet og prevensjon til tiende klasse. Mye av aktiviteten på helsestasjonene for ungdom er rettet mot forebygging av uønsket svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. En rapportering fra 2005 viste at så godt som alle HSU'er tilbød det samme innholdet: prevensjonsundervisning (99 prosent), samlivsundervisning (85 prosent), legekonsultasjon/undersøkelse (88 prosent), forebygging av psykiske problemer (92 prosent), forebygging av rusproblematikk (86 prosent), helseopplysning om for eksempel fysisk aktivitet, ernæring/kosthold og røyking (87 prosent).

De minste kommunene som ikke har HSU har også færre ungdommer i denne aldersgruppen. Til sammen bodde det i 2005 rundt 40.000 ungdommer mellom 13 og 20 år i kommunene uten HSU-tilbud (SSB). I følge SSB (Kjelvik 2007) er de kommunene som mangler helsestasjon for ungdom hovedsakelig små kommuner. I disse kommunene er det ofte få ansatte tilknyttet helsestasjons- og skolehelsetjeneste, slik at kommunene velger å organisere tilbudet til ungdom som en del av skolehelsetjenesten.

Av kommunene som har tilbudet er tilgjengeligheten, målt ved åpningstid per uke, best i de store kommunene. I gjennomsnitt har HSU åpent 3,5 timer per uke (KOSTRA), men åpningstidene varierer i stor grad fra kommune til kommune. I 2006 var gjennomsnittlig åpningstid 11,5 timer per uke for HSU i kommuner med over 50.000 innbyggere og 2,6 timer per uke for HSU i kommuner med under 2000 innbyggere.

I løpet av perioden handlingsplanen har virket er det opprettet forsøk med **Studenthelsestasjoner** ved universiteter og høyskoler. Studenthelsestasjonene gir tilsvarende tilbud som ungdomshelsestasjoner til studenter.

Klinikk for seksuell opplysning (KSO) er en sentral aktør i arbeidet med å forebygge uønsket sangerskap. Klinikken ligger i Oslo og er lavterskeltilbud til ungdom og unge voksne opp til 25 år. Klinikken har leger og sykepleiere og tilbyr gratis konsultasjoner. Ungdom som trenger hjelp med prevensjon, graviditet, abort, undersøkelse for seksuelt overførbare infeksjoner eller har seksuelle problemer kan møte på klinikken uten timeavtale, eller ta kontakt per telefon og e-post.

Tilbudet omfatter en kveldsklinikk. Klinikken gir også rådgivning over telefon og de tilbyr et undervisningsopplegg for 10.klassinger i samliv, seksualitet og prevensjon. I tillegg utarbeider KSO informasjons- og veiledningsmateriell, samt driver rådgivning og kompetanseutvikling til helsepersonell blant annet gjennom en hospiteringsordning. KSO har også utarbeidet en metodebok rettet mot helsearbeid for ungdom og seksualitet, som blant annet benyttes av ungdomshelsestasjoner. Om lag 90 prosent av alle 10. klassene i Oslo benytter seg av undervisningsopplegget.

Tilbudet finansieres delvis av Oslo kommune. KSO får tilskudd fra handlingsplanen til arbeidet med å gi ungdom veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon. Det er også tildelt midler fra handlingsplanen til videreføring av den landsdekkende hospiteringsordningen for helsepersonell som arbeider med ungdom og seksualitet.

Agenda evaluerte KSO i 2008. I følge evalueringen betjener KSO de lokale brukerne på en god måte. Både KSO selv og eksterne fagmiljøer mener at KSO gir et godt tilbud. Brukerne velger bevisst å gå til KSO når de trenger hjelp og rådgivning knyttet til seksuell helse. De viktigste grunnene til at ungdom velger KSO er at det er gratis, lett å

ta kontakt, at de har gode erfaringer med stedet og at de anser de som arbeider der som flinke. Videre er 10.klasseundervisningen en viktig kilde til kunnskap. Den vesentligste barrieren mot at KSO skal nå flere i målgruppen er kapasitetsproblemer. Klinikkenes produktivitet fremstår som høy og Agenda kan ikke se at vesentlige tiltak er nødvendige på det området.

Etter Agendas oppfatning betjener KSO også den nasjonale målgruppen (helsepersonell) på en god måte. En undersøkelse blant helsepersonell viste at to tredjedeler har vært i kontakt med KSO om prevensjon, soi og metoder i arbeidet overfor ungdom. Klinikken blir oppfattet som et sted med høy kompetanse og et sted hvor man får gode svar. Helsepersonell oppgir å ha stor nytte av kontakten med klinikk for seksuell opplysning, særlig av hospitantordningen.

KSOs kveldsklinikk er fundamentet for den øvrige virksomheten ved KSO. De andre tilbudene har utviklet seg over tid, etter hvert som behov og muligheter har meldt seg. I følge Agenda har ikke KSO gjort strategiske vurderinger av forholdet mellom nasjonale og lokale tiltak. De etterlyser en mer bevisst analyse av de ulike satsningene, både i forhold til klinikkens mål og de driftsmessige rammebetingelsene.

Amathea er en privat stiftelse som har som hovedoppgave å gi profesjonell rådgivning/veiledning ved uplanlagt svangerskap. Amathea er et landsdekkende lavterskeltilbud til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide. Stiftelsen er et supplement til det offentlige helsevesenets tilbud. Amathea var tidligere kjent under navnet Alternativ til Abort i Norge (AAN). Amathea er hovedsakelig finansiert over statsbudsjettet med noe tilskudd fra regionale helseforetak, fylker og kommuner. Amathea blir finansiert over en egen post på statsbudsjettet og får ikke midler over handlingsplanen.

Amathea hadde 4500 brukere i 2005. Den største aldersgruppen var mellom 20 og 24 år (19 prosent av brukerne totalt). 45 prosent av brukerne var til personlig konsultasjon. De øvrige konsultasjonene ble gjennomført over telefon, via e-post eller på annen måte.

Sintef evaluerte Amathea i 2006. I følge evalueringen beskriver rådgiverne som jobber i Amathea tilbudet som et lett tilgjengelig, nøytralt og profesjonelt veiledningstilbud som gir råd både til de som ønsker å fortsette et svangerskap, til de som har tatt abort og til de som trenger hjelp i en valgsituasjon. De ansatte mener andre helsetjenester ikke i tilstrekkelig grad inkluderer Amathea som del av helsetjenestetilbudet. For gruppen 20-30 år er det ikke andre konkurrerende tilbud. I en undersøkelse rettet mot brukerne svarte totalt 84 prosent at samtalen hadde vært til hjelp for dem i deres situasjon.

I følge Sintef var det en brukerratio på 80 brukere per årsverk i Amathea blant de som hadde ansikt-til-ansikt samtale. Amathea har få brukere i forhold til sin statlige bevilgning, og tjenesten er derfor relativt kostbar. Amathea har i dag ikke evne til å bidra til å redusere abortraten. Dette ser heller ikke rådgiverne som sin oppgave i veiledningen. Sintef konkluderer med at resultatene tyder på at Amathea er en kunnskapsbedrift med god evne til å gi nøytral og profesjonell rådgivning. Om gevinsten av Amatheas virksomhet er høy nok til å forsvare kostnadene anser Sintef som en politisk verdivurdering.

Det er opprettet flere **hjelpetelefoner og internettsider** i offentlig og privat regi der unge kan henvende seg og få informasjon og veiledning.

- **Klara Klok.no** er en internettside som henvender seg til ungdom og unge voksne fra 10 til 30+. Klara klok er en spørretjeneste rettet mot aldersgruppen 10-30 år

der man anonymt kan spørre og få svar på spørsmål. Hensikten med tjenesten er å informere og veilede i temaene helse, forhold og familie, rusmidler og seksualitet. De spørsmålene som blir besvart legges ut på netjtjenesten slik at de blir tilgjengelig for alle. Det skal være et pålitelig sted å hente informasjon fra. Spørsmålene kan handle om helse i et bredt perspektiv. Fagpanelet som svarer består av personer med svært ulik type kompetanse. Klara Klok skal være ”en helsestasjon på nett”.

Nettsiden betraktes som et supplement til helsetjenesten. Et av målene til Klara Klok er å vise vei til andre tjenester når dette er nødvendig.

UNG i Nordland, Nordland fylkeskommune er driftsansvarlig for Klara Klok. Tjenesten finansieres av Helsedirektoratet og Nordland fylkeskommune. I 2007 besvarte Klara Klok 60.000 spørsmål og de hadde om lag 1 mill besøk på nettportalen. Det har de siste årene vært en økning i bruken. Brukere er ungdom fra hele landet og majoriteten er i alderen 13-18 år og om lag 40 prosent er gutter.

- **SUSS – Senter for samliv og seksualitet** er en tjeneste som omfatter henvendelser på telefon og nett. SUSS er en mer klinisk rettet, medisinsk og psykologisk enn tjenester som Klara Klok og Ung.no. De ansatte ved SUSS er medisin- og psykologistudenter. SUSS ble opprettet i 1987 og drives som en stiftelse. Målet til stiftelsen er å sikre ungdom hjelp til å oppnå bedre helse, spesielt å forebygge uønsket graviditeter, abort og overføring av soi. Tilbudet er gratis og når ut til en stor del av landets ungdomsbefolkning og gir bl.a. opplysning om samliv, seksualitet og prevensjon. SUSS hadde i alt om lag 21 400 henvendelser i 2007.
- Mens Klara Klok skal være ”en helsestasjon på nett”, oppfatter SUSS seg mer som en ”spesialisthelsestasjon”. De siste årene har spørsmålene til SUSS blitt mer klinisk og seksuelt relaterte, noe som henger sammen med at innringerne er blitt eldre. De yngste tar i større grad kontakt med Klara Klok.

SUSS har også Telefon for seksuell helse som betjenes av leger med høy kompetanse innen feltet. Samtalene er målrettet mot prevensjon, reproduksjon og forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner

SUSS finansieres hovedsakelig av midler over handlingsplanen, men også via oppdragshonorering og salg av undervisningsmateriell.

Blant de **frivillige/ideelle organisasjonene** som arbeider med ungdom og seksuell helse er **Medisinernes seksualopplysning (MSO)** og **Røde Kors** sentrale aktører. Både MSO og Røde Kors oppfatter at de først og fremst jobber med å forebygge seksuelt overførbare sykdommer og at de i mindre grad har fokus på abortforebygging.

- MSO er en ideell organisasjon bestående av leger og legestudenter som siden 1974 har drevet seksual- og samlivsundervisning for ungdom. MSOs medlemmer får betalt for den jobben de gjør. MSO har avdelinger i Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim. MSO har mellom 20 og 30 aktive medlemmer i Oslo og underviser hovedsakelig 10. klasser i Oslo. De har også undervist russ og folkehøyskoleelever samt noen konfirmantgrupper for Humanetisk forbund.

MSOs undervisningsopplegg strekker seg over en hel dag og tar for seg både fakta om soi/smitte/prevensjon og holdninger/kontroll over egen kropp/seksualitet. Ulike metoder benyttes i undervisningen. Ideen er at ungdommene skal tørre å spørre om alt de lurer på, og at terskelen er lavere når det er en på samme alder og

en som man ikke kommer til å møte igjen i på skolen dagen etter. Læreren har ikke adgang til klasserommet mens undervisningen pågår.

- Røde Kors har aktiviteter hvor de formidler kunnskap om seksuell helse, anti-stigmatisering, riktig kondombruk og at ungdommene tar aktive valg rundt egen helse. Røde Kors jobber gjennom lokalforeningene sine. Typiske arenaer er skole, lokale ungdomsarrangementer, studentarrangementer og besøk i konfirmant-grupper. Skolebesøkene er det Røde Kors anser som viktigst. Aktivitetene deres er i hovedsak rettet mot ungdom fra 15 år og opp til russetiden. Ettersom seksualundervisning står på læreplanen for tiende klasse har de hovedfokus mot denne gruppen. Røde Kors har særlig fokus på bruk av kondomer. I 2007 delte de totalt ut 200.000 kondomer.

De som utfører denne aktiviteten for Røde Kors er frivillige. Røde Kors legger vekt på formidlingsevne er veldig viktig. Alle frivillige er vanlige ungdom i alderen 15-30 år.

Det finnes også enkelte **særskilte tilbud til kvinner med minoritetsetnisk bakgrunn** som får midler over Handlingsplanen.

- **MiRA-senteret** er en aktør som jobber direkte mot målgruppen innvandrerkvinner. Senteret arbeider med spørsmål tilknyttet likestilling for kvinner med minoritetsbakgrunn i Norge, og tilbyr kurs, rådgivning og veiledning. Seksuell helse er et av de områdene de jobber med. De gir rådgivning, både over telefon og gjennom personlige konsultasjoner. De har et eget helseforum der de fokuserer på psykisk og fysisk helse. De har også aktiviteter som er ment å virke oppbyggende på jenters selvtillit. De får mange henvendelser fra unge jenter om kropp, seksualitet og selvbevissthet. Senteret har utarbeidet en egen brosjyre om kropp og seksualitet rettet mot innvandrerejenter. Mira Senteret hadde i fjor totalt 9300 henvendelser.
- I samarbeid med **Primærmedisinsk verksted** har **Somalisk kvinneforening** i Oslo et tilbud om familieplanlegging og prevensjon spesielt rettet mot somalisk ungdom og voksne. Somalisk kvinneforening er en frivillig organisasjon som har som mål å arbeide for at somaliske kvinner, menn og barn kan få hjelp til å realisere de muligheter som ligger i det å vokse opp i et flerkulturelt samfunn. Foreningen arbeider for at somaliske folk skal få et bedre liv i Norge, og utvikle seg som gode samfunnsmedlemmer.

Somalisk kvinneforening ser familieplanlegging og prevensjon i sammenheng med andre prosjekter, som familieprosjekter, prosjekter om omskjæring og helseprosjekter om hiv. De har også hatt selvtillitskurs. Foreningen har et prevensjonsprosjekt der målet er å øke kunnskap om prevensjon og familieplanlegging hos somaliske ungdommer, kvinner og menn. Foreningen har grupper der de har diskusjoner og veiledning. Tanken er at deltakerne senere skal spre budskapet videre i miljøet og til for eksempel asylmottak.

3.2.2 Tilskuddene under handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort

I perioden 2002-2007 har det årlig blitt bevilget ca 20 millioner kroner til *forebygging av uønska svangerskap og abort* (kap 719 post 71 i statsbudsjettet). Bevilgningene har i perioden vokst fra vel 18 til 22 millioner kroner. Se Tabell 3.1 nedenfor.

Tabell 3.1 *Bevilgninger over kap. 719 post 71 Forebygging av uønska svangerskap og abort. Millioner kroner*

År	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bevilgning. Millioner kroner	18,2	17,5	19,5	20,0	21,0	22,0

I dette kapitlet ser vi nærmere på Helsedirektoratets forvaltning av disse midlene i årene 2004-2007. Forvaltningen av midlene vil bli sett i lys av:

- 1) de føringene Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har lagt for Helse- direktoratet gjennom sine årlige tildelingsbrev
- 2) de prioriteringene Helsedirektoratet har signalisert overfor aktører og virksomheter som søker om midler, i sine årlige utlysninger.

HODs tildelingsbrev og Helsedirektoratets utlysninger

Selv om vi konsentrerer oss om perioden 2004-2007 som er virkeperioden for den inneværende *handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap 2004-2008*, starter vi med den foregående planen med samme navn som gjaldt i perioden 1999-2003.

De 18,2 millionene som ble bevilget til Helsedirektoratet i 2002 skulle fordeles på følgende måte:

- Oppfølging av handlingsplanen i samsvar med mål og prioriterte tiltak (8 mill. kr).
- Videreføring av tilskuddsordningen til organisasjoner og annet for arbeid med forebygging av abort (2 mill. kr.).
- Hjelpetelefoner ved SUSS-senteret inkludert oppfølging av nettbasert prosjekt med svartjeneste på e-post og tekstmelding (5 mill. kr.).
- Elev-/foreldreskriv for utarbeidelse og ferdigstillelse ved innføring av ressursboka "Samliv og seksualitet" i samarbeid med Læringscenteret (0,5 mill. kr.).
- Etterutdanning av helsesøstre og jordmødre ved høgskoler i forbindelse med rekvireringsrett for p-piller og styrking av samlivs- og prevensjonsveiledning i kommunene (2,7 mill. kr.).

Det ble dessuten bevilget 12,1 mill. kr. over kap. 719 post 72 til Stiftelsen AAN (Alternativ til Abort Norge. Stiftelsen har senere skiftet navn til Amatheia).

HOD skrev i tildelingsbrevet at følgende skulle prioriteres i vurdering av tilskuddsmidler: Kommunebasert arbeid i helsesektoren, herunder helsestasjon for ungdom og styrking av veiledning i seksualitet, samliv og prevensjon.

I Helsedirektoratets utlysningstekst for tilskuddsmidler ble følgende presentert som prioriterte områder:

- Samarbeidsprosjekter mellom skole, skolehelsetjenesten og ungdomshelsestasjon – tilbud til ungdomsskolen og videregående skole.
- Tiltak for bedre prevensjonsbruk. Veiledning og rådgivning til unge og voksne.
- Tiltak til grupper med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort – pilotprosjekter med veiledning og trening i å bestemme over egen kropp og seksualitet.
- Brukerstyrte prosjekter – unge "seksualister" og ung til ung formidling.

Samtidig oppga Helsedirektoratet følgende ”instruksjoner” i forbindelse med søknader:

- Prosjektene skal være basert på en kjønns spesifikk tilnærming.
- Tiltak som retter seg til unge med funksjonshemning og/eller etnisk minoritetsbakgrunn vil bli særlig prioritert.

Da den nye handlingsplanen *for forebygging av uønsket svangerskap* ble lagt fram i 2004, var signaler fra HOD om hva som skulle prioriteres godt innarbeidet. Ved utlysning av tilskudd ga i tillegg Helsedirektoratet klare signaler om hva som var de viktigste målgruppene for planen, og hvilke tiltak de ville prioritere.

HODs føringer i tildelingsbrevet til Helsedirektoratet i 2004 var mindre omfattende enn i 2002:

- Samarbeide med Læringscenteret om årlige opptrykk og distribuering av elev- og foreldreskriv om samliv og seksualitet, samt drifting av nettstedene ”Ressursboka” og elev- og foreldreskriv.
- Dekke utgifter til kvalitetssikring og bedret kunnskap på steriliseringsfeltet, herunder å arrangere den første landskonferansen for fylkenes steriliseringsnemnder.
- Prioritere etterutdanningstilbudet til helsesøstre og jordmødre, fortrinnsvis til høgskoler med slikt tilbud.

I utlysningsteksten Helsedirektoratet sendte ut var allikevel både målgrupper og prioriterte tiltak tydeligere og mer utførlig beskrevet enn tidligere. Det stod nå at de viktigste *målgruppene* for planen var:

- Ungdom og voksne generelt – tiltak som medvirker til god kunnskap om kropp, seksualitet og samliv, prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner.
- Særlig sårbare grupper – tiltak rettet mot blant annet funksjonshemmede, rusmisbrukere og de som er i risikozonen for å utvikle alvorlig psykisk lidelse og utspiller sine problemer gjennom seksuell risikoatferd.
- Ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn – tilbud om undervisning og veiledning om kropp, seksualitet og prevensjon.
- Kvinner eller par som vurderer abort – blant annet å forbedre kvaliteten på informasjonsarbeidet til abortsøkende kvinner i allmennpraksis og på sykehus.

Følgende tiltak ville bli *prioritert*:

- Samarbeidsprosjekter mellom skole, skolehelsetjenesten og ungdomshelsestasjon – tilbud i grunnskole og videregående skoler.
- Tiltak for å bedre prevensjonsbruk og prevensjonsveiledning. Spesielt til aldersgruppen 20-24 år.
- Tiltak til grupper med særlig risiko for uønsket svangerskap og abort – prosjekter med veiledning og trening i å bestemme over sin egen kropp og seksualitet.
- Brukerstyrte prosjekter – ung til ung – undervisning og formidling.
- Tiltak som retter seg til unge med funksjonshemning og/eller med etnisk minoritetsbakgrunn.

I tidligere utlysningbrev hadde ikke målgruppene vært like klart definert, og nye målgrupper var lagt til, for eksempel rusmisbrukere og mennesker med risikofylt atferd.

I 2005 ble Helsedirektoratet i tildelingsbrevet bedt om å utvikle og gjennomføre etterutdanningskurs for fastleger i samliv, seksualitet og prevensjon, samt distribuere informasjonsbrosjyrer om abort, svangerskapsavbrudd, genetisk fosterdiagnostikk og ultralyd.

Helsedirektoratets utlysning av tilskuddsmidler ble skrevet om, uten at prioriteringene ble vesentlig endret. Det tidligere prioriterte området ”Brukerstyrte prosjekter – ung til ung – undervisning og formidling” ble likevel nedtonet til fordel for ”Undervisningsbesøk i ungdomshelsetjenesten for avgangselever i videregående skole for å sikre kontinuitet i prevensjonsbruk ved overgang til ny livsfase”. Helsedirektoratet ønsket å satse på besøk fra skolehelsetjenesten/helsestasjoner i klasser i videregående skoler for å motvirke ”vakuum” i prevensjonsbruk ved avgang fra videregående skole. Således var ”Samarbeidsprosjekter mellom skole, skolehelsetjenesten og ungdomshelsestasjon – tilbud i grunnskole og videregående skole” ikke lengre ført opp som et prioritert tiltak.

Nytt av året i utlysningbrevet i 2004 var at søknadene skulle ”reflektere de viktigste forebyggingsstrategiene”, og at disse bygger på:

- Lett tilgjengelighet, informasjon og undervisning som legger vekt på mestring i forhold til kropp, seksualitet og prevensjon.
- Lett tilgjengelighet til lavterskeltilbud om veiledning og rådgivning.
- Lett tilgjengelighet til prevensjon.

I 2006 og 2007 var det verken store endringer i tildelingsbrevet fra HOD eller i Helsedirektoratets utlysningstekst.

- I 2006 ble Helsedirektoratet bedt om å følge opp nytt rundskriv om fast bidrags-sats for dekning av utgifter til hormonelle prevensjonsmidler for kvinner i alderen 16 til og med 19 år, og gjennomføre etterutdanningskurs for helsesøstre og jordmødre som skal ha forskrivningsrett for prevensjonsmidler til kvinner i alderen 16 til og med 19 år i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- I 2007 ble direktoratet bedt om å spesielt rette tiltakene mot ungdom og unge voksne (særlig aldersgruppen 20-24 år), ungdom og voksne med etnisk minoritetsbakgrunn og grupper med spesielle behov, og at deler av tilskuddsordningen for å forebygge uønsket svangerskap og abort skulle tildeles regionale partnerskap for folkehelse ved fylkesmennene for å styrke helsetjenestens innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet ble bedt om å utarbeide en skisse til, og etablere, et forprosjekt i studenthelsetjenesten og eventuelt innen fastlegeordningen med gratis prevensjonstiltak rettet mot kvinner i alderen 20-24 år.

Helsedirektoratet endret heller ikke vesentlig på sine retningslinjer for å søke tilskudd. I 2006 ble samarbeidsprosjekter mellom ungdomshelsetjenesten og oppsøkende tjeneste ført opp igjen som prioritert område (etter å ikke vært omtalt i 2005). Og i 2007 strammet Helsedirektoratet inn med hensyn til kriteriene for å motta tilskudd. Mens det før het at søknader om midler skulle reflektere de viktigste forebyggingsstrategier, stod det nå at ”kun prosjekter som er i tråd med forebyggingsstrategiene kan påregne støtte”.

Det synes som HODs signaler fra år til år har variert mht. hvor tydelige føringer som er lagt på hva som er handlingsplanens målgrupper, og hva slags tiltak som skal prioriteres. Helsedirektoratet har imidlertid selv gitt klare signaler i sine utlysningbrev. Etter vårt skjønn er de viktigste endringene i perioden:

- mer fokus på informasjon og prosjekter inn mot skolen
- sterkere krav til søkere om å søke på prosjekter som er forankret i de viktigste forebyggingsstrategiene

Prioriteringer Helsedirektoratet signaliserer gjennom årlige utlysninger

Hvordan midlene som er bevilget over statsbudsjettet er fordelt på tilskuddsmottakere sier noe om hvilke prioriteringer Helsedirektoratet faktisk gjør. Tabell 3.2 nedenfor viser tilskudd over handlingsplanen fordelt på tiltakstype i perioden 2004 til 2007.

Tallene i tabellen er basert på oversikter fra Helsedirektoratet over *tildelte* midler i perioden 2004-2007. Oversiktene viser ikke hva det ble søkt om, og ikke hvilke søknader som ble avslått – altså hva som ikke ble prioritert. Tilskuddsdataene er inndelt i tiltakstyper, og det er ikke alltid entydig hvilken type tiltak et prosjekt tilhører. Vi har basert oss på Helsedirektoratets inndeling og kategorisering.

Tabell 3.2 *Tilskudd over handlingsplanen fordelt på tiltakstype. 2004-2007.
Prosent av midler som er fordelt*

Type tiltak	2004	2005	2006	2007
Tiltak på tvers av innsatsområder	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,2 %
Barn - autonomi og mestring	1,7 %	0,7 %	0,9 %	0,5 %
Ungdom og unge voksne - kunnskap og valgmuligheter	43,8 %	41,8 %	48,2 %	44,8 %
Kunnskap og handlingsberedskap	3,2 %	4,4 %	3,6 %	2,6 %
Informasjon til målgrupper i ungdomsbefolkningen	14,2 %	8,8 %	15,2 %	10,1 %
Virksomhet i regi av MSO og KSO	17,0 %	16,5 %	15,5 %	12,8 %
Unge menn og kvinner - bevisstgjøring/veiledning	0,5 %	2,1 %	2,2 %	2,9 %
Unge menn og kvinner – sikker prevensjon	7,0 %	6,5 %	6,2 %	6,3 %
Strategier og prosjekter 20-25 studenthelsetjenesten	1,9 %	3,6 %	5,5 %	10,1 %
Etniske minoriteter	8,9 %	9,5 %	7,6 %	4,9 %
Etniske minoriteter – kunnskap og autonomi	5,5 %	4,8 %	4,6 %	4,0 %
Etniske minoriteter - info og veiledning	3,4 %	4,7 %	3,0 %	0,9 %
Grupper med spesielle behov - eierskap kropp og seksualitet	11,0 %	13,3 %	11,1 %	12,8 %
Tiltak for funksjonshemmet og psykisk utviklingshemmet ungdom	2,3 %	4,1 %	2,0 %	2,4 %
Tiltak for sårbare grupper	8,6 %	9,2 %	9,1 %	10,4 %
Informasjon og veiledning til gravide	3,0 %	4,4 %	2,1 %	2,4 %
Informasjon og veiledning	1,4 %	1,0 %	1,3 %	0,7 %
Lik praktisering - lover og regler	1,7 %	3,4 %	0,8 %	1,7 %
Nøkkelpersonell - kunnskap og samarbeid	5,0 %	4,2 %	3,0 %	8,4 %
Styrke helsepersonells kompetanse – samliv, seksualitet og prevensjon	2,7 %	3,3 %	2,2 %	4,1 %
Forskning og statistikk	2,3 %	1,0 %	0,8 %	4,3 %
SUSS-virksomheter	25,6 %	24,9 %	26,1 %	24,9 %
SUM prosent:	100	100	100	100

Nærmere om innholdet i bevilgningene finnes i rapportens vedlegg 3

Utviklingen i bevilgningene de til ulike formålene varierer en god del i perioden 2004 til 2007.

Dersom man ser fordelingen av tilskudd på de ulike områdene over tid, ser man at det har vært noe vekst i andelen tilskudd til det største området ”Ungdom og unge voksne”, i denne perioden. Innenfor denne kategorien har det vært en kraftig vekst i i tilskuddene til i helsetjenester på universiteter og høyskoler, mens tilskuddene til KSO og MSO er andelsmessig redusert. Tilskuddene til området ”Grupper med spesielle behov - eierskap kropp og seksualitet” har økt noe, mens tilskuddsandelen til ”Nøkkelpersonell - kunnskap og samarbeid” har økt med 92 prosent.

Tilskuddsandelen til området ”Barn – autonomi og mestring” har blitt relativt kraftig redusert. Det var i utgangspunktet lite midler som ble brukt på dette området, og fra

2004 til 2007 er tilskuddsandelen som er blitt brukt på dette området redusert fra 1,7 prosent til 0,5 prosent av den totale potten. Også tilskuddsandelen til området ”Etniske minoriteter” har blitt relativt mye redusert, tilskuddsandelen til dette området har blitt redusert fra 8,9 prosent til 4,9 prosent. Dette har sammenheng med at målgruppen skal ivaretas i de generelle prosjektene rettet mot ungdom og unge voksne.

3.2.3 Hvordan er forholdet mellom fordeling av tilskuddsmidler og strategiene i handlingsplanen?

Ut fra denne inndelingen av tiltakskategorier som vi har basert oss på her, ser det ut til å være et relativt godt samsvar mellom Helsedirektoratets tilskuddspraksis og de føringer HOD har gitt.

Dersom vi ser på prosentandel av de årlige bevilgningene, så er det prosjekter i studenthelsetjenesten og tiltak for nøkkelpersonell (kompetanseutvikling og forskning/statistikk) som fremstår som ”prioriteringsvinnerne”, ettersom deres andel av de årlige bevilgningene har økt. Det har også vært en økning i tilskudd til tiltak for sårbare grupper.

Dersom man ser kategoriene som er tildelt midler i forhold til handlingsplanen gjenspeiler disse satsingsområdene i planen. Satsingsområder i handlingsplanen omfatter etniske minoriteter, grupper med spesielle behov, gravide kvinner/par, barn, ungdom og unge voksne samt kompetanseheving hos nøkkelpersonell. Tiltak som skal fremme mestring hos barn har hele tiden vært det området som har blitt tildelt minst midler. Med utgangspunkt i at prosjektene skal prioriteres innenfor begrensede rammer er ikke dette urimelig. Ungdom og unge voksne har i hele perioden vært et prioritert område. Økte bevilgninger til studenthelsetjenester er i tråd med en ønsket satsing på å forebygge uønsket svangerskap i aldersgruppen 20-24 år. Målgruppen ungdom og unge voksne med etnisk minoritetsbakgrunn har over tid fått en mindre og mindre andel av tilskuddsmidlene. Det har som nevnt sammenheng med at målgruppen skal ivaretas i de generelle prosjektene rettet mot ungdom og unge voksne. Ut fra den oppsatte oversikten over hva midlene har gått til, er vanskelig å vite om målgruppen unge med minoritetsbakgrunn er blitt tilstrekkelig ivaretatt. Når det gjelder informasjon og veiledning til kvinner og par som vurderer svangerskapsavbrudd er det et formål som ikke er tildelt en stor andel av midlene, dette må sees i forhold til at det er bevilget egne midler til Amatheia på post 72.

3.3 Sentrale aktører og forvaltning av midler over Strategiplanen

I dette avsnittet redegjør vi for hvilke aktører som er særlig sentrale i arbeidet med forebygging av hiv og soi. Deretter redegjør vi for forvaltning av tilskuddsmidler i evalueringsperioden.

3.3.1 Viktige aktører i forebygging av hiv og soi

Aktørene som er relevante i forebyggingen av hiv og soi omfatter som tidligere beskrevet både ordinære helsetjenester og frivillige organisasjoner. Vi beskriver her aktører som har særskilte roller i dette arbeidet. Sammenlignet med handlingsplanen har frivillige og private non-profit organisasjoner en større rolle i forebygging av hiv og soi.

Sentrale **lavterskeltiltak** som tilbyr veiledning, undersøkelse og behandling for seksuelt overførbare sykdommer er **Olafiaklinikken** og **Brynsenglegene**. Dette er instanser som tilhører den ordinære helsetjenesten, men som også får prosjektmidler over strategiplanen.

Olafiaklinikken i Oslo tilbyr rådgivning, undersøkelse og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner og hiv. Olafiaklinikken som tilhører Helse Sørøst, er lagt under Rikshospitalet og skal være et kompetansesenter på området seksuell helse. Olafia skal henvende seg til de som har størst risiko for seksuelt overførbare infeksjoner og være et lavterskeltilbud. Klinikken har både drop in og muligheter for timebestilling. Olafia er åpent for alle aldersgrupper, den polikliniske virksomheten deres viser at hovedtyngden av pasienter er jenter i alderen 20-24 og gutter i alderen 24-28 år.

Olafiaklinikken er sentral i forebygging og behandling av hiv og soi. De samarbeider aktivt med blant annet Helseutvalget for homofile om ulike tiltak rettet mot menn som har sex med menn. På poliklinikken antas det at om lag 15-18 prosent av pasientene er menn som har hatt sex med menn. Olafiaklinikken legger vekt på å veilede den enkelte i forebygging av hiv og soi. Alle som kommer til klinikken må besvare et spørreskjema som kartlegger den enkeltes seksualpraksis det siste halve året. Med utgangspunkt i svarene får den enkelte veiledning i forebygging av soi og hiv, og sikker seksualatferd. I 2007 diagnostiserte Olafiaklinikken hiv hos 25 personer hvorav 18 var menn som hadde hatt sex med menn.

Brynsenglegene i Oslo driver en kveldsåpen poliklinikk for testing og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner for menn som har sex med menn. Brynsenglegene ble bedt om å åpne dette tilbudet i 2005 i forbindelse med veksten i nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn. Helsedirektoratet ønsket å øke testtilbudet til målgruppa. Tilbudet er åpent en kveld i uken og er gratis. De har ca 20 konsultasjoner hver uke. Det har vært markedsført fra Helsedirektoratet blant annet på nettsiden Gaysir. For øvrig driver Brynsenglegene ordinær legepraksis, men de har mange homofile og lesbiske pasienter. Majoriteten av legene som arbeider der er homofile, og Brynsenglegene er kjent i homofile miljøer som "homovennlige".

De erfarer at behovet for drop in tilbudet er stort og at de mottar folk fra hele landet. Deres inntrykk er at mange synes det er vanskelig å ta opp seksuell helse med fastlegen. De har også en andel bifile menn blant pasientene.

Helseutvalget for homofile er den mest sentrale aktøren i forebygging av hiv blant menn som har sex med menn. Helseutvalget er en frivillig organisasjon som er underlagt Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring (LLH). Utvalget driver helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot menn som har sex med menn og kvinner som har sex med kvinner. Helseutvalget har i perioden mottatt mellom 20 og 28 prosent av midlene Helsedirektoratet har til disposisjon over strategiplanen, og har i perioden 2002-2007 årlig mottatt fra 2,7 - 3,7 mill kroner over planen. I perioden har utvalget også mottatt inntil 1,4 mill kroner årlig i ekstraordinære eller øremerkede tilskudd til hiv- og soiforebyggende arbeid og 0,5-1,6 millioner kroner til arbeid på rusfeltet.

Helseutvalget har sju ansatte og en sivilarbeider. En del av arbeidet er basert på frivillig innsats. De har om lag 80-90 frivillige og i 2007 utgjorde den frivillige innsatsen rundt to årsverk. Arbeidsformen bygger på likemannsprinsippet, der utgangspunktet er at holdnings- og atferdspåvirkning er mest effektiv i åpen dialog mellom likeverdige parter. Både ansatte og frivillige er med på seminarer, kurs og andre gruppeaktiviteter. I

tråd med likemannsprinsippet har utvalget ansatt åpne hiv-positive og unge, åpne homofile.

Helseutvalget har både individtiltak, miljøtiltak og gruppeseminarer. To individorienterte tiltak har pågått i hele perioden strategiplanen har virket (råd/veiledning og nettmøter/chat). I 2007 ble det gjennomført 14 forskjellige gruppetiltak. (bl.a. tiltak rettet mot msm generelt, tiltak for unge gutter, late bloomers, hiv-positive msm, lesbiske, rustiltak). I perioden 2002-2007 har utvalget gjennomført 19 miljøtiltak. Miljøtiltak omfatter oppsøkende virksomhet med kondomdistribusjon, informasjon og eventuelt muligheter for testing på arenaer for tilfeldig sex. De har også satt i verk kampanjer på internett og utformet brosjyremateriell. Helseutvalget har også jobbet med å øke kompetansen hos helsepersonell.

Helseutvalget legger vekt på en helhetlig helsetilnærming der bedre levekår for homofile og bifile anses å være sentralt for å lykkes i det hiv-forebyggende arbeidet.

Agenda gjennomførte en evaluering av Helseutvalget i 2008. I evalueringen baserte Agenda seg blant annet på spørreundersøkelser, inkludert en undersøkelse på saunaene i Oslo. Undersøkelsene viser at mange i målgruppen kjenner til Helseutvalget. De som deltar på tilbudene angir at de er fornøyde. Ordningen med distribusjon av kondomer kommer godt ut. Mange har fått et tilbud om testing, og de som har fått det er stort sett fornøyd. Undersøkelsene viser at flere tiltak og kampanjer og større tilstedeværelse ønskes velkommen. Saunaundersøkelsen viste at 26 prosent mente at Helseutvalgets tilstedeværelse ved saunaene har bidratt til å endre oppmerksomheten rundt sikrere sex. Deltakerne i saunaundersøkelsen gir ikke like positive tilbakemeldinger som de andre deltakerne i undersøkelsene. Agenda mener dette kan tyde på at tiltak som er rettet inn mot Helseutvalgets hovedmålgruppe ikke treffer saunabrukerne like godt. Noe som kan ha sammenheng med at saunabrukerne sjeldnere definerer seg som homofile enn det respondentene i de andre undersøkelsene gjør.

Helseutvalgets egen prosessevaluering viser at respondentene mener at den største nytten ved tiltakene er at de får mer kunnskap om livssituasjonen til homofile, bifile og lesbiske.

Hjemmesidene til Helseutvalget hadde 2,6 mill oppslag i 2007. Helseutvalgets brosjyre "sex mellom menn" ble lastet ned 4636 ganger. Agenda har beregnet at Helseutvalget har hatt kontakt med 10 prosent av msm som er smittet med hiv.

Agenda konkluderer med at Helseutvalget har en veldrevet virksomhet med et bredt spekter av tiltak innenfor strategiplanen. Men at det er usikkert om Helseutvalget treffer godt med sine tiltak overfor de mest risikoutsatte gruppene msm. De kan til dels være vanskelig å få med på tiltak og tiltakene passer ikke nødvendigvis for målgruppen. Agenda anbefaler å styrke innsatsen på arenaer med store innslag av tilfeldig sex.

HivNorge er en interesseorganisasjon for hiv-positive. Organisasjonen arbeider for å ivareta hiv-positives rettigheter og interesser, bidra i forebyggingsarbeidet og de gir et oppfølgingstilbud til hiv-positive. Tilskuddet over strategiplanen utgjør en stor del av organisasjonens finansielle grunnlag (76 prosent i 2007), og har i perioden strategiplanen har eksistert utgjort mellom 19 og 24 prosent av de totale midlene som årlig er blitt utdelt.

Ettersom HivNorge skal være et tilbud til alle legger de vekt på å unngå å være for målgruppeorientert i arbeidet. HivNorges aktiviteter omfatter blant annet individuell rådgivning, seminarvirksomhet og informasjonsarbeid gjennom konferanser, media osv. De har distriktsaktiviteter i samarbeid med Kirkens Bymisjon i Trondheim og Kristiansand. HivNorge gir ut bladet POSITIV.

HivNorge arrangerer blant annet ”Å leve med hiv” som er et mestringskurs og ”Hold ut” som er et seminar beregnet på dem som tar belastningen med å være 100 prosent åpen. De har nettverksgrupper og de har Hivinformantene som skal informere om hiv/aids, smittemåter og hvordan hiv ikke smitter. Hivinformantene er en gruppe frivillige som alle er berørt av hiv.

I 2007 registrerte organisasjonen 590 konsultasjoner på ulike rådgivningsområder, de har særlig mange telefonkonsultasjoner.

HivNorge er evaluert av Agenda i 2008. I følge evalueringen går prioriteringen i organisasjonen i retning av økt vekt på rettighetsarbeid og informasjonsvirksomhet. HivNorge strever med å finne en god balanse mellom den individrettede delen av organisasjonens virksomhet på den ene siden og de mer samfunnsmessige oppgavene som informasjons- og påvirkningsarbeid på den andre siden. Organisasjonen har nedprioritert arbeidet overfor den enkelte hiv-positive, særlig på seminar- og nettverkssiden.

Agenda mener at HivNorge bidrar på mange av de områdene som er aktuelle i strategiplanen. Dette dreier seg særlig om det arbeidet organisasjonen gjør gjennom rådgivningstjenesten, Hivinformantene og web-sidene til HivNorge. I evalueringen anbefaler Agenda blant annet at HivNorge styrker arbeidet sitt overfor asylsøkere og innvandrere samt styrker arbeidet i distriktene.

Agenda påpeker at organisasjonen bør legge vekt på å samarbeide med andre organisasjoner, og særlig de som har en førstelinjetjeneste mot hiv-positive som helsetjenester, asylmottak, frivillige organisasjoner, interesseorganisasjoner for helsepersonell, partene i arbeidslivet osv.

Aksept er et psykososialt støttesenter for alle som er berørt av hiv. Senteret har et miljøtilbud, en poliklinikk og et døgntilbud. Aksept gir tilbud til hiv-positive om ulike aktiviteter, samtaler og rådgivning i forhold til det å leve med hiv. Aksept tilbyr døgnopphold for hiv-positive som trenger rekreasjon og rehabilitering. Aksept skal gi et terapeutisk tilbud, tilby kulturelle aktiviteter og være et sosialt treffsted. I tillegg skal de drive kunnskapsformidling. De møter også folk utenfor huset som ikke tør å komme dit.

Aksept har ansatte i 20 årsverk. Aksept tilhører Oslo kommune og drives i regi av Kirkens Bymisjon. Brukere fra andre deler av landet kan bruke Aksept ved behov. Aksept har driftsbevilgning fra Oslo kommune, men får i tillegg midler over strategiplanen til enkelte aktiviteter. Aksept har blant annet fått prosjektstøtte for å jobbe blant afrikanere i Norge med et prosjekt om å drive likemannsarbeid

Per 31.12.2007 hadde Aksept 673 brukere, og 284 pårørende. Brukerne reflekterer gruppene som er smittet. Om lag 2/3 deler av brukerne er menn og 1/3 er kvinner. Majoriteten av brukerne er innvandrere og menn som har sex med menn. De har noen brukere som er blitt smittet gjennom rusmisbruk og noen norske heteroseksuelle. De har en økende andel asylsøkere.

Aksept mener at de har mye kunnskap som de gjerne vil formidle, og ønsker på sikt å bli et ressurscenter for hiv-positive og for de som møter hiv-positive.

Aksept har jevnlig kontakt med blant annet Ullevål, Aker, Olafiaklinikken og Brynsenglegene m.m. De har også kontakt med asylmottakene. HivNorge, Helseutvalget og Aksept har en samarbeidsavtale. De har ulike innfallsvinkler, men alle jobber med rådgivning i forhold til hiv-positive.

I motsetning til handlingsplanen er det er få kommunale virksomheter blant mottakerne av tilskudd over strategiplanen. En av dem som har fått midler til forebyggingsprosjekter er **Smittevernoverlegen i Oslo/helsevernetaten**. Prosjektene er rettet mot menn som har sex med menn og dreier seg om informasjon og tilbud om testing på saunaer og ulike arrangementer. Testing har vært en hovedingrediens og prosjektene er iverksatt i samarbeid med Helseutvalget som igjen samarbeider med Olafiaklinikken og Brynsenglegene om tiltakene.

Når det gjelder tiltak rettet mot innvandrere er det ikke mange aktører som har hovedfokus på forebygging av hiv/soi hos innvandrere eller oppfølging av innvandrere som er hiv-positive. Enkelte kommunale aktører får støtte til enkeltprosjekter. **African Health Watch** var tidligere en organisasjon som jobbet med forebygging av hiv. Denne organisasjonen eksisterer ikke lenger. **Primærmedisinsk verksted (PMV)** i Oslo har tiltak for å forebygge hiv blant innvandrere. PMV jobber med helsefremmende aktiviteter i et bredt perspektiv. Mye av aktivitetene er gruppebasert. De har en hiv/aids gruppe og de tar også informasjon om hiv inn i en del av de andre gruppeaktivitetene. De sprer informasjon, prøver å bryte ned myter og de forsøker å gjøre hiv mindre stigmatisert. En viktig problemstilling er hva man gjør når man kjenner noen som er hiv-smittet. En annen viktig problemstilling er hvilken risiko som eksisterer ved besøk i hjemlandet og hvordan håndtere dette.

En offentlig aktør som har jobbet spesielt med å følge opp hiv-positive og som har fått støtte til prosjekter rettet mot innvandrere er **Sosialmedisinsk senter i Tromsø**. De har et tilbud som omfatter hele helseregion nord. Mange av dem de følger opp er innvandrere, mange er kvinner. De arbeider med psykososiale problemstillinger, har individuell oppfølging og arrangerer gruppeturer og kurs. Mye dreier seg om informasjon om å leve med hiv, smitteforebygging og om å få barn. De fleste av dem de har kontakt med er heteroseksuelt smittet.

Det **kommunale** ansvaret for å gi essensielle helsetjenester til alle som har varig eller midlertidig opphold innebærer at kommunene i informasjon til nyankomne innvandrere skal vektlegge at flyktninger og asylsøkere har tilgang til frivillig hiv-testing, rådgivning og behandling. De skal også få informasjon om at eventuell hivsmitte ikke har betydning for søknadsprosessen. Informasjonen skal tilpasses slik at den er forstått av mottakerne. I 2004 gjorde Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og gjenforente. Resultatet viste at en fjerdedel av de undersøkte kommunene ikke hadde innrettet seg slik at nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente ble sikret informasjon om helsetjenesten og dens tilbud kort tid etter at de hadde bosatt seg i kommunen. I noen kommuner var det ikke spesiell oppmerksomhet på innvandrere som kom fra områder med høy forekomst av hivsmitte. Asylsøkere og flyktninger er ikke nevnt i kommunale planer for kontroll av smittsomme sykdommer (Helsetilsynet, 2005). I strategiplanen har kommunehelsetjenesten et viktig ansvar for å følge opp og forebygge hivsmitte hos innvandrere.

Sentrale aktører som arbeider oppsøkende i forhold til kvinner i prostitusjon er **Pro Senteret, Nadheim, Albertine** i Rogaland og interesseorganisasjonen **PION** i Oslo. Nadheim og Albertine tilhører Kirkens bymisjon og driver oppsøkende virksomhet i prostitusjonsmiljøene. De deler ut kondomer og gir helsefremmende veiledning.

Pro Senteret i Oslo er et hjelpetiltak for kvinner og menn i prostitusjon som delvis drives av Oslo kommune, men som får støtte til et eget helsetilbud gjennom strategiplanen. Pro Senterets helsetilbud har fokus på seksuell og reproduktiv helse, samt på rusrelaterte helsespørsmål. Pro Senteret driver smitteforebyggende arbeid gjennom veiledning og utdeling av kondomer, på selve Pro Senteret og gjennom oppsøkende virksomhet på gata og på innemarkedet. Pro Senteret tester for hiv og soi og veileder også i forebygging av uønsket svangerskap. I 2007 hadde Pro Senteret 4.820 konsultasjoner (947 personer).

Majoriteten av brukere ved Pro Senteret er av utenlandsk opprinnelse, ca 75-80 prosent. De fleste har oppholdstillatelse, men majoriteten har ikke rettigheter i norsk helsevesen. De fleste kommer fra Afrika, Øst-Europa og Thailand. Det vil si land med høy forekomst av hiv.

PION - Prostituertes interesseorganisasjon i Norge ble stiftet i 1990, og jobber for å ivareta prostituertes interesser og sosiale og sivile rettigheter. PION driver forebyggende helse- og opplysningsarbeid i prostitusjonsmiljøene og gir individuell juridisk råd og veiledning. PION gir ut tidsskriftet Albertine og formidler kunnskap om prostitusjon. I arbeidet med å forebygge hiv og soi driver PION oppsøkende virksomhet i prostitusjonsmiljøene. Midlene til dette arbeidet får de hovedsakelig over strategiplanen. De får i tillegg midler fra Justisdepartementet til den juridiske rådgivningen de tilbyr på feltet.

PION har to ansatte (til sammen et årsverk) som arbeider med smitteforebyggende arbeid. Den ene har spesielt kontakt med thai-miljøer blant prostituerte, mens den andre arbeider særlig med mannlige og transkjønnede prostituerte og med kvinnelige prostituerte fra Øst-Europa. PION opplever at de selv, PRO-senteret og Nadheim utfyller hverandres arbeid. De tre institusjonene henviser også til hverandre i mange tilfeller.

Når det gjelder forebygging av hiv hos **injiserende stoffmisbrukere** er dette et ansvar som er lag til kommunalt nivå, og kommunene har opprettet lavterskeltiltak. Dette omfatter i liten grad prosjekter som får midler gjennom strategiplanen.

Utenlandsreisende er også en målgruppe i strategiplanen. Helseutvalget har hatt prosjekter rettet mot menn som har sex med menn på reise, for øvrig er det få prosjekter rettet mot forebygging av hiv hos reisende.

Når det gjelder ungdom som målgruppe for forebygging av hiv og soi er de sentrale aktørene de som ble nevnt under avsnittet om aktører for handlingsplanen. Det er enkelte aktører, både kommunale og private, som har fått tilskudd til å forbygge klamydia og andre soi over strategiplanen.

3.3.2 Tilskuddene under strategiplanen (hiv og soi)

I perioden 2002-2007 har bevilgningene til arbeidet med forebygging av hiv og soi økt fra 12 til nesten 17 millioner kroner (kap 719 post 70 i statsbudsjettet). Se Tabell 3.3 nedenfor.

Tabell 3.3 *Bevilgninger over kap. 719 post 70 Hiv-forebygging, smittevern mv.
Millioner kroner*

År	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bevilgning. Millioner kroner	12,0	14,6	13,5	15,4	16,0	16,7

I dette avsnittet ser vi nærmere på Helsedirektoratets forvaltning av disse midlene i årene 2002-2007. På samme måte som vi beskrev forvaltningen av tilskuddsmidlene tilknyttet handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort, vil forvaltningen av hiv- og soi-midlene bli sett i lys av:

- 1) de føringene Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har lagt for Helsedirektoratet gjennom sine årlige tildelingsbrev
- 2) de prioriteringene Helsedirektoratet har signalisert overfor aktører og virksomheter som søker om midler, i sine årlige utlysninger.

Det er nødvendig med noen presiseringer først mht. til hva tallene vi bruker viser, og hva de ikke viser. For det første har vi ikke vært i stand til å få tak i tall for Helsedirektoratets fordeling av tilskudd i 2003. Vår tidsrekke fra 2002-2007 har derfor et brudd i 2003. For det andre viser våre tall de midler som Helsedirektoratet har disponert over strategiplanen til prosjektrettet støtte – ikke den totale størrelsen på midler som HOD har bevilget hvert år til forebygging av hiv og soi.

HODs tildelingsbrev og Helsedirektoratets utlysninger

I 2002 – det første året strategiplanen virket – ble det bevilget 12 millioner kroner til Helsedirektoratet. HOD la følgende føringer på bruk av midlene: 3,6 mill. kr. skulle gå til prosjektoppfølgning ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, 0,4 mill. kr. skulle gå til Fafo som delfinansiering av pågående levekårsundersøkelse blant personer med hiv, mens de resterende 8 millionene skulle gå til frivillige organisasjoner etter søknad.

HOD beskrev at 2002 var et svært spesielt år når det gjelder flere av de store frivillige organisasjonene, nærmere bestemt Helseutvalget for homofile, Pluss-LMA og African Health Watch. Størrelsen på tilskuddene til Pluss-LMA og African Health Watch ble i 2002 tilpasset redusert drift p.g.a. organisasjonenes interne problemer. Helseutvalget for homofile måtte tilpasse seg et mindre drifts- og prosjektbudsjett enn tidligere år.

Mens tildelingsbrevet for 2002 ikke la spesielle føringer på Helsedirektoratets forvaltning av bevilgningen over kap. 719 post 70, var HOD mer detaljerte i tildelingsbrevet for 2003. Da ble det bevilget 14,6 millioner kroner til forebygging av hiv og soi derav 12 millioner kroner til oppfølging av strategiplanen. HOD la føringer for direktoratets bruk av midler gjennom å be direktoratet om å:

- styrke informasjons- og kunnskapsgrunnlaget i primærhelsetjenesten, ved asylmottak og ved trygde- og sosialkontor.
- styrke det psykososiale støtteapparatet gjennom for eksempel rådgivningstjeneste, selvhjelpsgrupper, døgnåpen kontakttelefon og spredning av "Aksept-modellen" til andre deler av landet
- sammen med Nasjonalt Folkehelseinstitutt, vurdere tiltak i forhold til injiserende stoffmisbrukere som kunne sikre tilgjengelighet av rene sprøyter og kondomer samt råd og smitteveiledning over hele landet.
- samarbeide med Folkehelseinstituttet om informasjons- og kunnskapsspredning om hiv og soi.

I 2004 ble det totalt bevilget 13,5 mill. kr. til oppfølging av planen. Dette året kom det dessuten en ekstrabevilgning på 2,8 mill. kr. for å styrke forebyggingsinnsatsen blant homofile menn og homofil ungdom, med særlig fokus på situasjonen i Oslo. Den endelige størrelsen på bevilgningen for 2004 var derfor 16,8 mill. kroner.

I tildelingsbrevet for 2004 er HODs føringer utvidet noe sammenlignet med 2003, blant annet ble direktoratet bedt om å fokusere på forebyggende informasjonsarbeid rettet mot befolkningen generelt samt vurdere konkrete tiltak rettet mot kvinner og barn med hiv.

Tildelingsbrevet for 2005 inneholder langt klarere føringer på hvordan HOD ønsker at direktoratet skal prioritere. Direktoratet "skal i tråd med strategiplanen" fokusere på informasjonsarbeid rettet mot befolkningen generelt samt prioritere å bidra til i verksetting av konkrete tiltak rettet mot homofile menn og homofil ungdom og flyktninger, asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn, herunder kvinner og barn med hiv. I tillegg skal direktoratet i samarbeid med frivillige organisasjoner og Folkehelseinstituttet videreføre arbeidet med oppfølging av Fafos levekårsundersøkelse. I 2005 ble det bevilget 15,4 mill. kr. derav 1 mill. kr. øremerket Helseutvalget for homofile med den begrunnelse at dette var den viktigste aktøren i arbeidet med å bote på den dramatiske økningen i smitte av hiv hos menn som har sex med menn.

Vi har gått gjennom Helsedirektoratets utlysningbrev for tilskuddsmidler over strategiplanen, og sammenlignet HODs føringer i tildelingsbrevet med signalene Helsedirektoratet har gitt potensielle søkere av midler, om hva som vil bli prioritert. Helsedirektoratet skriver i utlysningen av tilskudd for 2005 at følgende er prioriterte tiltak:

- Tiltak for asylsøkere, flyktninger, familiegjenforente og andre med innvandrerbakgrunn
- Tiltak for menn som har sex med menn
- Tiltak for kvinner og barn
- Tiltak som vil øke kunnskapsnivået i befolkningen om hiv og soi, særlig blant ungdom
- Tiltak som sikrer god oppfølging og motvirker stigmatisering og diskriminering av personer som er smittet av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner

Videre heter det at søknader om midler skal reflektere forebyggingsstrategier som bygger på:

- Lett tilgjengelig informasjon, veiledning, rådgivning og undervisning som legger vekt på mestring i forhold til kropp, seksualitet og kondombruk

- Lett tilgjengelighet til brukervennlige tilbud – testing, veiledning og rådgivning
- Lett tilgjengelighet til kondomer
- Sikre rettigheter og levekår for hiv-positive

I 2006 ble det bevilget 16 mill. kr. over strategiplanen. HOD ba direktoratet særlig fokusere på menn som har sex med menn og asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn, spesielt kvinner. Direktoratet ble også bedt om å bidra i arbeidet for hiv-positives rettigheter og levekår. Disse gruppene var allerede dekket i direktoratets prioriteringer for 2005, og det er ingen endringer hva angår prioriterte områder i direktoratets utlysningstekst.

I 2007 ble det bevilget 16,7 mill. kr. Det er fremdeles tiltak overfor menn som har sex med menn og personer med innvandrerbakgrunn med vekt på kvinner som er smittet før de kom til Norge, som det skal fokuseres på. Som tidligere bes direktoratet om å gjennomføre smittevernkonferanser og annen kompetanse- og informasjonsvirksomhet for å styrke smittevernet for asylsøkere og andre med innvandrerbakgrunn. Det nye i tildelingsbrevet for 2007 er at fokus rettes eksplisitt mot klamydia. Direktoratet bes iverksette strategier for å forebygge klamydia blant ungdom og unge voksne.

Dette reflekteres i direktoratets utlysningstekst for tilskuddsmidler. Klamydia er for første gang ført opp som et eget prioritert område. Helsedirektoratet redegjør for at de vil prioritere tiltak som skal øke tilgjengeligheten til test og behandling av klamydia for ungdom og unge voksne. I forhold til tiltak som skal sikre oppfølging og motvirke stigmatisering eller diskriminering av personer med hiv og soi, er det nytt at dette spesielt gjelder tiltak i forhold til nysmittede.

Vårt inntrykk er at de prioriteringene som direktoratet skisserer i utlysningssidene i stor grad reflekterer de ønsker og føringer som HOD legger i tildelingsbrevene med hensyn til hva direktoratet bør prioritere i sin behandling av tilskuddssøknader.

Prioriteringer Helsedirektoratet signaliserer gjennom årlige utlysninger

Vi skal nå se nærmere på hvordan direktoratet *faktisk* har prioritert, ved å se på hva det er bevilget tilskudd til i perioden 2002-2007. Tabell 3.4 nedenfor viser tilskudd over handlingsplanen fordelt på tiltakstype i perioden 2004 til 2007.

Gjennomgangen av tilskudd over strategiplanen i 2002 baserer seg på brev fra Helsedirektoratet til HOD (10.03.2003), der direktoratet viser oversikt over disponerte penger fra 2002. Vi har ikke hatt tilgang til detaljerte tall for bevilgninger i 2003. Tall for tilskudd i 2004-2007 baserer seg på opplysninger fra Helsedirektoratet.

Disse beløpene er ikke identiske med de totale beløpene som har vært avsatt til forebygging av hiv og soi (som illustrert i Tabell 3.3 ovenfor), men handler om de tilskuddene som direktoratet har gitt innenfor de rammene de har kunnet bruke på å gi tilsagn til prosjektrettede søknader over kap. 719 post 70. Tilskuddsbevilgningen er gjort nærmere rede for i Vedlegg 3.

Tabell 3.4 Tilskudd over strategiplanen fordelt på tiltakstype. 2004-2007. Prosent av midler som er fordelt

Type tiltak	2002	2004	2005	2006	2007
Tiltak på tvers av innsatsområder	1,0 %	0,7 %	0,7 %	4,3 %	2,2 %
Informasjonstiltak	12,7 %	5,3 %	7,0 %	7,4 %	7,0 %
Kvinner og menn prostitusjon	6,2 %	7,4 %	8,4 %	8,0 %	7,6 %
Menn som har sex med menn (msm)	28,4 %	23,2 %	39,8 %	31,7 %	31,1 %
Tilleggsbevilgning msm	0,0	14,8 %	0,0	0,0 %	0,0
Hiv-positive	18,7 %	31,5 %	28,6 %	31,5 %	33,9 %
Ungdom sex-/helsetiltak	4,0 %	3,4 %	3,0 %	6,5 %	8,7 %
Innvandrere/asylsøkere/flyktninger	15,7 %	9,0 %	6,4 %	5,2 %	4,6 %
Kondomer og glid	5,0 %	4,8 %	6,1 %	5,4 %	4,9 %
Aidsbussen (info + sprøyter)	8,3 %	0,0	0,0	0,0	0,0
SUM, millioner kroner	12,0	15,6	14,0	14,8	15,9

Tilskuddsdataene er inndelt i tiltakstyper, og denne inndelingen kan som direktoratet selv skriver i brev til HOD (10.03.2003) være noe kunstig: ”Departementet vil vite at det er sjelden søknadene har helt entydige målgrupper. Noen tiltak som er rettet mot ungdom og seksuelt overførbare sykdommer nevner også innvandrere/minoritetsgrupper som en del av målgruppen. Aksept, Pluss-LMA og Oslo kommune har prosjekter som også omfatter innvandrere, og likeledes arbeider PION og Pro Sentret spesielt overfor kvinner fra Øst-Europa og Thailand”. Dermed vil for eksempel de hiv-forebyggende tiltakene som HivNorge har for innvandrere/flyktninger/asylsøkere være registrert på prosjekter for hiv-positive osv.

Slik det er vist i tabellen var det en stor tilleggsbevilgning i 2004 på 2,3 millioner kroner til menn som har sex med menn. Det ble i utgangspunktet bevilget 2,8 millioner kroner, men Helsedirektoratet avsto flere av søknadene. Tilskuddet ble gitt til informasjonsaktivitet blant annet på saunaer, utesteder og nettsteder, til undervisnings- og informasjonstiltak om homofili til barn og unge og til ulike hiv forebyggende tiltak i regi av Helseutvalget for homofile.

I 2002 ble det bevilget 1 mill. kr. til Aidsinfobussen (ofte kalt sprøytebussen). Dette er et kommunalt tiltak og senere er hele finansieringen for Aidsinfobussen overlatt til Oslo kommune.

Det prioriterte satsingsområdet ”innvandrere/asylsøkere/flyktninger” utgjør gjennom hele perioden en beskjedne andel av de totale bevilgningene. Dette kan skyldes to ting: for det første er det tenkelig at mange andre typer tiltak også fanger opp disse gruppene. For det andre er det mulig at selv om direktoratet har signalisert at tiltak rettet mot denne gruppen vil bli prioritert, så har de mottatt få søknader om midler til dette formålet.

Nærmere om endringene i bevilgningene

- I forhold til år 2002 ser vi at det har vært en gradvis nedtrapping i tilskuddsmidler til søknader eksplisitt rettet mot innvandrere/asylsøkere og flyktninger. Tilskuddene som ble innvilget av direktoratet i 2007 utgjorde under 40 prosent av hva som ble gitt i 2002.

Det er grunn til å tro at den viktigste årsaken til denne utviklingen har sammenheng med at African Health Watch ble avvirket i 2005, organisasjonen var den dominerende tilskuddsmottakeren frem til da. Tilskuddene til andre organisasjoner som jobber mot innvandrere/asylsøkere/flyktninger har vært relativt stabile i perioden. Det er imidlertid gitt støtte til et prosjekt som skal bidra til selvhjelp blant afrikanske hiv-positive. I et brev direktoratet sendte HOD i 2003 (10.03.2003), uttrykkes bekymring for smittefaren blant innvandrere, flyktninger og asylsøkere, spesielt med tanke på statistikk som viser at 67 prosent av nydiagnostiserte hiv-smittede i 2002 var av utenlandsk opprinnelse og var smittet før de kom til Norge: ”Det er lite vi kan gjøre her i landet for å få dette tallet ned, men det er spesielt viktig med god oppfølging, støttetiltak og informasjon, også slik at de som er hiv-positive ikke smitter andre. Det er trolig viktigere at flere kjenner sin hiv-status gjennom å la seg teste. Språklige og kulturelle forskjeller gjør dette komplisert. Det er vanskelig å nå mange grupper i Norge med kunnskap om seksualitet og derfor også snakke om en smitte som overføres i hovedsak gjennom seksuell aktivitet. Et enda større problem står vi overfor når det gjelder innvandrere, som representerer mer enn 70 land/språk og ulike kulturer. Her er vi helt avhengige av samarbeid med ulike innvandrerorganisasjoner”.

Tiltak på tvers av innsatsområder er en forholdsvis stabil post som består av ulike tiltak i regi av Helsedirektoratet. Midler gitt til *informasjonstiltak* ser ut til å ha gått noe ned i perioden, men dette er en lite entydig type tiltak.

- *Kvinner og menn i prostitusjon* Midlene til denne typen tiltak økte ganske mye mellom 2002 og 2004, og har siden holdt seg nokså stabilt.
- *Menn som har sex med menn* er en post som i tråd med HODs føringer i tildelingsbrevene, og i tråd med direktoratets signaler om hva som er prioriterte områder, har hatt en vekst av i tilskuddsmidler i perioden 2002-2007. Den viktigste mottakeren har i alle år vært Helseutvalget for homofile.
- *Hiv-positive* er en av postene med sterkest vekst i perioden (2,4 ganger så mye tilskudd i 2007 sammenlignet med 2002). Midlene har i hovedsak gått til ulike tiltak i regi av HivNorge.
- *Ungdom – sex/helsetiltak* er posten som har økt mest i perioden: nesten en tredobling av midler i 2007 sammenlignet med 2002, men midlene utgjør kun i overkant av 8 prosent av de totale tilskuddene i 2007. Mesteparten av midlene er brukt til diverse informasjonstiltak.
- *Kondomer og glid* har økt litt i perioden. Midlene har gått til distribusjon av gratis kondomer til blant annet ungdomshelsestasjoner, skolehelsetjenesten, oppsøkende tjeneste og ulike ungdomsorganisasjoner.

Fordelingen av midler er nærmere gjort rede for i vedlegg 3.

Hvordan er forholdet mellom fordeling av tilskuddsmidler og strategiene i strategiplanen

Ut fra den inndelingen i tiltakskategorier som vi har basert oss på her, ser det ut til å være et godt samsvar mellom Helsedirektoratets tilskuddspraksis og de føringer HOD har gitt, med ett viktig unntak. Tilskuddene til forebyggende tiltak for asylsøkere/flyktninger/familiegjenforente og andre med innvandrerbakgrunn har vært små, og er gradvis blitt mindre.

I tråd med HODs føringer, har det vært en opptrapping i tilskudd relatert til menn som har sex med menn, samt til ungdom og hiv-positive. Etter 2004 er det imidlertid kun områdene hiv-positive og ungdom som har økt i prosentandel av de årlige bevilgningene. Størrelsen på tilskudd til menn som har sex med menn økte fra 2002 til 2004, deretter har andelen av tilskuddsmidlene som har gått til dette formålet vært relativt stabile. Andelen av potten til dette formålet har gått litt ned etter 2005.

Sett i forhold til strategiplanen ser de ulike tiltakene og målgruppene ut til å være i tråd med denne. Det ser ut til at tiltak rettet mot befolkningen som helhet er nedprioritert og tiltak rettet mot injiserende rusmisbrukere er overlatt til kommunene. Økningen i midler til forebyggende aktiviteter blant menn som har sex med menn er i tråd med utviklingen på området, og en følge av man i 2003 fikk en sterk økning av nysmittede hiv-tilfeller i denne gruppen. Det er et spørsmål om forebyggende tiltak til denne gruppen burde vært høyere prioritert ettersom det er denne gruppen som er mest utsatt for smitte blant bosatte i Norge.

Sett i forhold til utviklingen kjennetegnet med flere innvandrere som er kommet til Norge med hiv kan det ikke sies å være i tråd med utviklingen at det ikke er blitt tildelt mer midler for å forebygge hivsmitte hos innvandrere. Helsedirektoratet har bevilget midler til informasjonskonferanser for kommunene og de senere årene har invitasjoner om å søke tilskuddsmidler også blitt rettet direkte til flyktning- og asylmottak. Til tross for at Helsedirektoratet har forsøkt å stimulere til forebyggende aktivitet på dette området, har det vært få instanser som har søkt om midler, og det har vært en reduksjon i midlene som er gått til direkte tiltak i denne målgruppen.

At tiltak overfor ungdom og klamydia er blitt prioritert er i tråd med utviklingen som har vist at det har vært en økning i klamydiasmitte blant unge.

4 Utvikling i indikatorer og vurderinger av tiltak – handlingsplanen

I dette kapitlet analyserer vi måloppnåelse knyttet til handlingsplanen og faktorer som påvirker denne. Vi drøfter utviklingen på feltet og ser dette i forhold til ulike aktørers vurderinger av iverksatte tiltak. Til slutt gjør vi en drøfting av sammenheng mellom tiltak og måloppnåelse.

Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort har en kvantitativ og målbar ambisjon (reduisert abortrate for kvinner i alderen 15-49 år) og en kvalitativ og ikke-målbar ambisjon (alle skal ha et best mulig utgangspunkt for planlegging av svangerskap og et trygt seksualliv). Evalueringen av måloppnåelsen i arbeidet med handlingsplanen må derfor gjøres både med utgangspunkt i størrelser vi kan observere (abortraten) og størrelser vi ikke kan observere (befolkningens muligheter).

Forekomsten av svangerskapsavbrudd (abortraten) per 1.000 kvinner i fruktbar alder (15-49 år) har ikke endret seg vesentlig i tidsrommet handlingsplanen har virket. Den har vært ca 13 aborter per 1.000 kvinne i perioden 2001 til 2006. Fra 2006 til 2007 har raten økt til 13,8. Abortraten har for øvrig vært relativt stabil siden midten av 1990-tallet. Se Tabell 4.1 nedenfor.

Tabell 4.1 Svangerskapsavbrudd. Per 1.000 kvinne og totalt antall. 15–49 år. 1985 til 2007

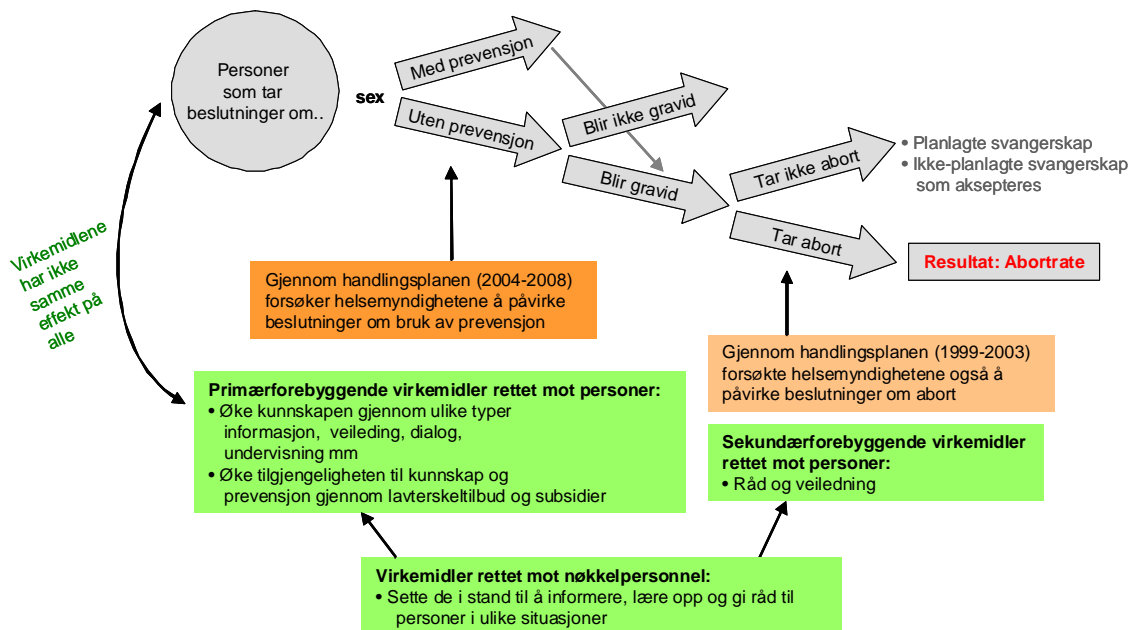
	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Per 1.000 kvinne	14,6	14,7	14,7	12,8	13,7	13,0	12,7	12,9	13,1	12,9	13,0	13,8
Totalt antall	13 531	14 599	15 551	13 762	14 655	13 887	13 557	13 888	14 071	13 989	14 417	15 118

Kilde: Norgeshelsa, SSB

Befolkningens utgangspunkt for å planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv kunne teoretisk sett måles gjennom spørreundersøkelser om disse temaene, som ble gjort med jevne mellomrom. Slike undersøkelser er imidlertid ikke foretatt. Måloppnåelsen på dette feltet kan derfor bare vurderes ved hjelp av indikatorer, der de viktigste indikatorer vil være tiltakene som er iverksatt på området.

Summen av uønsket svangerskap og aborter er resultatet av mange enkeltpersoners beslutninger om å ha sex uten prevensjon. I tillegg kommer noen tilfeller av uønsket svangerskap der prevensjonen sviktet eller kvinnene/parene bestemte seg underveis for at de ikke kunne fullføre svangerskapet. Gjennom handlingsplanen forsøker helsemyndighetene å påvirke bruk av prevensjon på flere forskjellige måter, samt gi råd til kvinner og par som vurderer abort. Se Figur 4.1 nedenfor.

Figur 4.1 Individuelle beslutninger, virkemidler og resultater teksten i figuren skal endres litt



Virkemidlene rettet mot enkeltpersoner og grupper er informasjon, undervisning, målgruppestyrt dialog, veiledning/oppfølging, likemannsarbeid, ferdighetstrening og lavterskeltilbud (både til informasjon med mer og til prevensjon). Virkemidlene rettet mot nøkkelpersonnel som jobber mot enkeltpersoner og grupper er informasjon, undervisning, kompetanseheving, nettverksarbeid og forskning. Den underliggende strategien dreier seg om å styrke folks mulighet til å ha en trygg seksuell identitet.

Abortraten varierer mellom ulike grupper. Spesielt mellom ulike aldersgrupper, men også geografisk og mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Det har både sammenheng med ulike behov i de ulike gruppene, men også at ulike grupper har ulike forutsetninger for å ta til seg informasjon og at både holdninger og kunnskap varierer.

Nedenfor beskriver vi først abortratene og ser de i sammenheng med fødselsratene. Så beskriver vi seksualvaner og bruken av prevensjon (først og fremst hormonell prevensjon) så langt det lar seg gjøre. Situasjonen for minoriteter og innvandrere behandles separat. Deretter gjengir vi sentrale aktørers synspunkter på virkemidler, målgrupper og tiltak. Deretter presenterer vi arbeidet tilskuddsmottakerne gjør; hvem de er, målgrupper, hvor godt de når frem til målgruppene, prosjektens mål, prosjektarenaer, opplevde resultater, formidling av erfaringer med mer. Til slutt beskriver vi samarbeidet mellom aktørene, og deres vurderinger av sentrale prioriteringer, målgrupper, strategier og virkemidler.

Kapittelet er basert på tilgjengelig statistikk, tidligere undersøkelser og evalueringer, synspunkter fra sentrale aktører som vi har intervjuet, samt resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot tilskuddsmottakerne.

Blant dem vi intervjuet, som fikk midler over handlingsplanen gjengir vi her erfaringer fra SMP Tromsø som har ansvar for studenthelsestasjonen i Tromsø, KlaraKlok, SUSS, KSO, MSO, Røde Kors, Mira Senteret og Somalisk kvinneforening. Mens Mira Senteret og Somalisk kvinneforening jobber mot innvandrere er de øvriges aktiviteter rettet mot ungdom og unge voksne. SUSS og KlaraKlok via telefon og nett. Vi gjengir

erfaringer og synspunkter på aktuelle problemstillinger temavis. Intervjuene er gjort enkeltvis, men vi finner det mest hensiktsmessig å gruppere det de har sagt sammen i ulike tema. Det er elementer i handlingsplanen som er i fokus, ikke den enkelte aktør.

4.1 Alder, fødselsrater og abort

Endringer i når kvinner ønsker å få barn påvirker antall svangerskap i ulike aldersgrupper og dermed antall aborter. Dette er dype samfunnsmessige endringer som skjer uavhengig av handlingsplanen. Abortraten har derfor vært mindre stabil for ulike aldersgrupper av kvinner i fruktbar alder enn for gruppen 15-49 år, sett under ett. Se Tabell 4.2 nedenfor.

Tabell 4.2 *Aborter per 1.000 kvinner. Ulike aldersgrupper. 1985 til 2007*

År	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	22,5	21,7	20,1	18,0	20,1	18,8	16,9	16,4	15,7	15,4	16,3	16,9
20-24	22,1	26,1	28,6	23,9	28,0	26,3	26,8	26,9	27,3	27,4	28,0	29,3
25-29	16,2	18,1	22,0	28,0	26,3	19,2	19,1	19,5	19,4	20,5	20,6	22,2
30-34	13,7	13,8	14,3	14,5	15,2	14,8	14,4	15,2	15,9	15,1	15,6	15,8
35-39	11,4	10,3	10,0	8,9	10,8	10,2	9,8	10,8	11,4	11,0	11,0	11,1
40-44	6,8	4,6	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6	4,0	4,1	4,0	4,3	4,2
45-49	0,8	0,8	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4

Kilde¹: Norgeshelsa, SSB

Tabellen viser følgende:

- Antall tenåringsaborter gikk ned fra 18,8 per 1.000 i 2001 til 16,9 per 1.000 i 2002, deretter var det en videre reduksjon de neste to årene til 15,4 per 1.000 i 2004. Abortraten i den yngste aldersgruppen har deretter steget litt og var i 2007 på 16,9 per 1.000, det vil si på samme nivå som i 2002.
- Det forekommer flest svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner i aldersgruppen 20-24 år. I denne aldersgruppen har det vært en vekst i abortraten fra 26,3 per 1.000 i 2001 til 29,3 per 1.000 i 2007. Det har vært en tilsvarende vekst i antall svangerskapsavbrudd blant kvinner mellom 25 og 29 år, fra 19,1 per 1.000 i 2001 til 22,6 per 1.000 i 2007.
- I aldersgruppene 30-34 år og 35-39 år har det også vært en vekst i abortraten i perioden 2001-2007. Veksten i disse aldersgruppene har vært om lag den samme, fra 14,8 til 15,8 per 1.000 i aldersgruppen 30-34 år og fra 10,2 per 1.000 til 11,1 per 1.000 i aldersgruppen 35-39 år.

I alle aldersgrupper er det en nedgang i raten fra 2000 til 2001. Dersom man ser på utviklingen i de ulike aldersgruppene i perioden de to handlingsplanene har virket, ser man at trenden varierer i de forskjellige aldersgruppene. Utviklingen i perioden 2002-2007 er preget av stabilitet i den yngste aldersgruppen. Det har imidlertid vært en liten økning i 2006 og 2007 som kan indikere brudd med en nedadgående trend. Det ser ut til at nedgangen i abortrate i den yngste aldersgruppen har vært særlig markant i 2002-

¹ Abortstatistikken for Norge som vi presenterer videre er hentet fra Norgeshelsa. Data samles inn gjennom abortregisteret i Statistisk Sentralbyrå. SSB får data om svangerskapsavbrudd fra helseforetakene via Fylkesmannen (Fylkeslegen) i de enkelte fylker.

2004. I denne perioden ble det iverksatt flere tiltak for å gjøre hormonell prevensjon lettere tilgjengelig (se for øvrig kap 3).

De øvrige aldersgruppene hatt en viss vekst, men i flere av aldersgruppene er et vanskelig å se en jevn trend og veksten har vært sterkest det siste året, fra 2006 til 2007.

I løpet av den tiden handlingsplanen har virket har fruktbarhetsmønsteret endret seg i flere aldersgrupper. Disse endringene er i tråd med endringer som har pågått i lang tid. Tabell 4.3 nedenfor viser antall fødte barn per 1.000 kvinne i perioden 2001 til 2007, for kvinner i fruktbar alder i den aktuelle perioden.

Tabell 4.3 Fødselsrate – antall fødte barn per 1.000 kvinne. Ulike aldersgrupper. 1990-2007

År	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	17,1	13,5	11,7	11,0	10,1	9,1	8,2	8,0	8,7	9,1
20-24	93,4	77,5	67,3	62,7	59,5	58,9	59,6	58,6	60,3	60,5
25-29	144,0	134,3	129,3	123,6	121,0	123,6	123,9	124,4	127,2	122,3
30-34	95,2	103,6	110,5	107,9	109,3	113,2	117,1	118,6	122,8	122,3
35-39	32,3	40,2	45,7	45,6	44,1	47,5	49,1	48,6	51,9	54,1
40-44	4,7	6,2	7,3	7,0	7,7	7,7	7,9	8,6	8,9	9,7
45-49	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4

Kilde: Norgeshelsa, SSB

Fødselsraten har vært fallende blant de yngste kvinnene, og økende blant de eldste. For kvinner i alderen 15-19 og 20-24 år, falt fødselsraten fram til 2004/2005, mens den har steget litt igjen fra og med 2005/2006. I aldersgruppen 20-24 år har både fødselsraten også gått noe ned i perioden, samtidig som abortraten har gått opp. I aldersgruppen 25-29 år er det ingen tydelige trender i perioden 2002-2007. Fødselsraten har steget i aldersgruppene over 30 år. Alt i alt illustrerer tallene at kvinner velger å få barn senere i livet enn tidligere.

For å forstå utviklingen i abortrate er det nødvendig å se forekomsten av abort i sammenheng med når kvinner ønsker å stifte familie og få barn. Tabell 4.4 nedenfor viser hvor mange svangerskap per 1.000 kvinne som ender i abort.

Tabell 4.4 Andel svangerskap som ender i abort. Ulike aldersgrupper. 2001-2007

År	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	63 %	63 %	64 %	66 %	66 %	65 %	65 %
20-24	30 %	31 %	31 %	31 %	32 %	32 %	33 %
25-29	13 %	14 %	14 %	14 %	14 %	14 %	15 %
30-34	12 %	12 %	12 %	12 %	11 %	11 %	11 %
35-39	18 %	18 %	19 %	19 %	18 %	17 %	17 %
40-44	35 %	32 %	34 %	34 %	32 %	33 %	30 %
45-49	50 %	60 %	50 %	50 %	43 %	43 %	50 %

Note: ufrivillige aborter er ikke med i regnestykket, hverken i antall svangerskap eller i antall aborter.

Kilde: Norgeshelsa, SSB

I den aller yngste aldersgruppen, 15-19 år er det over 60 prosent av svangerskapene som ender i abort i hele perioden. I denne alderen tar de fleste videregående utdanning og det er de færreste som ønsker å stifte familie. I denne gruppen er det færre svangerskap, både fødselsrate og abortrate har gått ned. Vi ser også endringer i aldersgruppen 20-24 år. Her har abortratene økt, fødselsraten sunket og andelen svangerskap som ender i abort er steget. Undersøkelser (Vangen, 2007) viser at yngre kvinner som tar abort oftere er enslige og under utdanning. Dersom man ser på antall svangerskap per 1.000 kvinner i denne gruppa (summen av fødsler og aborter), har det variert fra 85,8 i 2003 og 86 i 2005 til 88, 3 i 2006 og 89,8 i 2007. I 2001 var antallet svangerskap per 1.000 kvinner i denne aldersgruppen 99. Det betyr at antall svangerskap er redusert sammenlignet med tidligere, samtidig er det altså en viss vekst i andelen som tar abort.

I motsatt ende av skalaen befinner 30-34-åringene seg. I denne aldersgruppen ender kun 11-12 prosent av svangerskapene i abort. Dette er en av de to aldersgruppene der fødselsraten har økt mest markant. Den andre er aldersgruppen 35-39 år.

Andre samfunnsmessige forhold som spiller inn på abortratene er utdanning, sivilstatus og eventuelle barn fra før. Vi har ikke analysert nivå og rater for disse forholdene på samme måte som fødselsratene, men vil likevel påpeke effekten av dem. I følge Vangen (2007) er høy utdanning negativt korrelert med abort: Etnisk norske kvinner med lav utdanning har to ganger så høy risiko for abort som etnisk norske kvinner med høyere utdanning. Det å være ugift fordobler sjansen for abort for etnisk norske kvinner. Blant etnisk norske kvinner med to eller flere barn er det en høyere sannsynlighet for abort enn blant kvinner uten barn fra før. Vangen har også tall for innvandrere og minoriteter, disse refererer vi til i et eget avsnitt lenger ned.

Undersøkelser i OECD-land viser at det både er flest tenåringsmødre og flest aborter blant unge jenter som faller utenfor skole og arbeid. I Norge ser man bare antydningssvis slike sammenhenger (Helsedirektoratet, 2003). Men enkelte ungdomsgrupper befinner seg i livssituasjoner der de er sosialt marginalisert. Levekårsundersøkelsen blant ungdom i større byer viser at det er en opphopning av arbeidsledighet og høyere forekomst av kriminalitet, alkohol- og stoffbruk i enkelte bydeler (Daugstad, 2003). Det er også en høyere forekomst av abort og lavere seksuell debutalder i disse bydelene (Helsedirektoratet, 2003).

Samfunnsmessige endringer i fruktbarhetsmønsteret, utdanningsnivå og kvinners ønske om å få barn kan ikke handlingsplanen påvirke. Dette er ytre rammebetingelser som handlingsplanen må operere innenfor. Selv om endringene ikke er betydelige i løpet av 5-10 år, kan de likevel påvirke måloppnåelsen for handlingsplanen. For å vurdere effekten av handlingsplanen må man ta hensyn til disse endringene.

4.1.1 Sentrale aktørers vurderinger av de yngste målgruppene og abortrater

Aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år er satsingsområder for handlingsplanen. I intervjuene spurte vi de sentrale aktørene hvilket inntrykk de har av målgruppene, og hvorfor de tror abortraten i aldersgruppen 20-24 år har økt de siste årene.

Årsaker til økte aborttall i aldersgruppene 20-24 år?

Flere av aktørene tror årsaken til økte aborttall i aldersgruppen 20-24 år kan ha sammenheng med at ungdom i denne aldersgruppa ikke lenger får tilbud gjennom ungdoms-

helsestasjonene. Ungdom som er vant til dette lavterskeltiltaket har ikke øvd seg i å bruke helsetjenester. Når de ikke kan bruke disse tjenestene lenger og skal fortsette hos fastlegen og det begynner å koste noe får de problemer.

Mange har nylig flyttet hjemmefra, til nye steder hvor de ikke har en etablert fastlegekontakt og de bruker tid på å få en fastlege og å få fornyet resepter på prevensjon. Prisen kan også ha noe å si, å plutselig skulle leve på studielån uten jobb ved siden kan gjøre at de kanskje ikke prioriterer legebekø og prevensjon.

Flere mener at eldre ungdom også bør ha tilbud om et lavterskelt tilbud og at man bør øke aldersgrensen for ungdom på ungdomshelsestasjoner opp til 24 år.

De som har erfaringer med å jobbe på studenthelsestasjon uttrykker at de var overrasket over studentenes manglende ressurser på dette området.

Mange av studentene er ulogiske og ustrukturerte og håndterer denne siden av livet overraskende dårlig.

Økte aborttall i denne gruppen kan også ha med livsfasen de er i. Begynnelsen av 20-årene er en tid hvor flere er seksuelt aktive og mange har mindre stabile forhold. En av aktørene sier følgende:

Vårt inntrykk er at de jentene som er seksuelt aktive i de yngre aldersgruppene i større grad har en kjæreste over tid, mens i begynnelsen av 20-årene er det mange som ikke har en fast partner og har et mer "ustabilt" seksualliv.

Aktørene tror også at frykten for å bli gravid er mindre i aldersgruppen 20-24 år enn i de yngre aldersgruppene og at dette kan ha betydning for at aborttallene øker:

Norske jenter er veldig selvstendige, en del tenker er det så farlig da? (å ta abort). Men det betyr ikke at de synes det er lett når de står i situasjonen.

Et annet aspekt er at noen får et ønske om å bli gravide, de kan være i et fast forhold som de tror vil holde og har mindre motivasjon for å forebygge. Så kan det vise seg at det passer dårlig. Å få barn alene er den største grunn til at jenter tar abort.

Andre sammenhenger:

Det viser seg også at økonomiske konjunkturer svinger i takt med abortratene, unge kvinner velger å få barn i vanskelige tider. Å bli tidlig mødre blir et alternativ til annen karriere. I høykonjunktur er det flere som satser på utdanning og karriere.

Erfaringer med målgruppen - ungdom

De av aktørene som har kontakt med ungdom over nett og telefon erfarer at kunnskapsnivået er varierende, og at spørsmålene de får ofte er veldig grunnleggende.

Det handler mye om hvordan man skal beskytte seg for å hindre graviditet og for å forebygge soi.

Mange av spørsmålene handler om å finne ut om ulike symptomer eller tilstander er normale, eller om noe er galt.

Innringerne har et veldig varierende kunnskapsnivå. Vi erfarer at mange har mye detaljkunnskap, men ofte lite kunnskap om sammenhenger og mangler grunnforståelse. De kan for eksempel ha veldig mye kunnskap om sykdommer, men mangler informasjon om smitte måter og har ingen ide om hvordan antibiotika virker.

De erfarer at mange trenger noen å snakke med for å plassere den kunnskapen de har, i en større kontekst:

Det er mange myter rundt ulike prevensjonsmidler og mange er ikke klar over at bivirkninger ved medisinbruk ofte er individuelle og at selv om en venninne har opplevd bivirkninger ved en p-pille behøver ikke det gjelde andre.

Mange av innringerne er opptatt av seksuelt overførbare infeksjoner som klamydia, herpes, og kjønnsvorter. Mange er svært bekymret over særlig herpes og kjønnsvorter fordi dette er noe de ikke blir kvitt, de er redde for at de skal smitte andre og redde for at de aldri skal få en partner.

Andre:

Vi ser også at det er en del med psykiske problemer som tar kontakt om seksuell helse, vårt inntrykk er at de i liten grad tar opp seksualitet med det hjelpeapparatet de eventuelt er i.

Informantene vurderer målgruppa til å ha et stort behov for kunnskap og veiledning.

4.2 Regionale forskjeller

Som nevnt innledningsvis varierer abortratene geografisk. Disse forskjellene er det vanskeligere å forklare enn forskjeller mellom aldersgrupper. Men sannsynligvis henger de sammen med ulikheter i befolkningssammensetningen, det vil si utdanningsnivå, levekår, sivilstatus og seksualitetskultur. Tabell 4.5 nedenfor viser de fylkesvise forskjellene i abortratene for kvinner i alderen 15-49 år. Tabellen er sortert etter abortrate i 2007.

Tabell 4.5 Antall aborter per 1.000 kvinner (15-49 år). Fylkene. 2001-2007

Fylke	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Vest-Agder	9,7	8,5	9,7	9,3	9,7	9,9	9,4
Møre og Romsdal	9,7	9,3	9,7	10,2	10,4	8,9	10,1
Sogn og Fjordane	9,3	9,7	9,5	10,7	9,0	9,0	10,4
Rogaland	10,1	9,8	9,1	9,9	9,5	9,9	10,4
Hordaland	11,5	11,0	10,8	11,2	10,7	10,8	11,7
Aust-Agder	8,6	8,7	10,3	10,3	10,9	10,4	11,8
Nord-Trøndelag	10,4	11,4	11,1	11,0	13,4	13,9	12,2
Hedmark	13,2	12,9	13,1	12,3	12,3	14,0	12,3
Buskerud	12,5	11,7	11,8	12,2	13,0	12,1	12,5
Telemark	12,4	12,2	13,5	12,6	12,5	12,4	13,2
Oppland	12,7	12,0	12,6	12,5	12,6	12,2	13,4
Sør-Trøndelag	13,4	13,7	14,6	14,6	13,9	12,4	13,9
Akershus	13,0	12,4	13,2	13,0	12,9	13,8	14,2
Nordland	14,6	13,2	13,4	14,0	12,0	12,5	14,3
Østfold	13,2	12,7	14,3	13,8	13,5	13,5	14,4
Vestfold	12,5	13,4	13,0	12,9	13,2	13,0	14,9
Finnmark	17,9	16,7	18,2	18,2	18,8	16,0	17,4
Oslo	17,4	17,3	17,2	17,5	17,3	17,4	18,4
Troms	16,9	16,6	16,3	16,5	16,7	16,7	18,8

Kilde: Folkehelsa

Note: *2007-tallene er foreløpige resultater fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2008): Rapport om Svangerskapsavbrudd for 2007 (foreløpige tall), Nasjonalt folkehelseinstitutt, Avdeling for Medisinsk fødselsregister.

Hyppigheten av svangerskapsavbrudd er høyest i de to nordligste fylkene, samt i Oslo. Det har ikke vært store fylkesvise endringer i perioden. I mange av fylkene gikk aborttallene noe ned i 2002 sammenlignet med 2001 for deretter å øke igjen i 2003. Fra 2002 har Aust-Agder hatt den største økningen i abortraten fra 8,7 i 2002 til 11,8 i 2007.

Hvis vi ser på de fylkesvise variasjonene i de to yngste aldersgruppene (15-19 år og 20-24 år) ser vi at forskjellene mellom fylkene er større, jf. Tabell 4.6. Denne tabellen er sortert etter abortrate i 2006.

*Tabell 4.6 Antall aborter per 1.000 kvinner (15-19 år +20-24 år).
Fylkene. 2001-2006*

Fylke	15-19 år			20-24 år		
	2 001	2 004	2 006	2 001	2 004	2 006
Sogn og Fjordane	16,2	12,0	10,5	19,2	22,0	16,7
Møre og Romsdal	15,4	13,8	12,7	19,6	19,5	18,6
Rogaland	13,7	11,7	13,7	18,7	19,6	20,3
Vest-Agder	15,7	13,6	14,7	22,0	22,8	21,0
Sør-Trøndelag	15,0	12,2	12,9	20,2	20,4	21,6
Oppland	16,4	12,9	15,3	12,1	20,8	24,0
Hordaland	19,7	15,3	14,7	24,5	22,9	24,2
Aust-Agder	17,6	14,5	19,5	19,0	27,9	27,0
Buskerud	17,2	14,4	15,4	22,9	25,3	27,1
Akershus	25,7	20,3	18,2	25,9	31,1	28,2
Vestfold	19,9	17,2	19,5	23,9	24,7	28,5
Østfold	17,2	14,1	15,6	27,4	29,8	29,4
Nordland	18,4	15,1	17,4	29,8	30,4	30,0
Hedmark	19,5	15,6	14,6	31,2	32,9	31,0
Telemark	16,3	15,4	16,7	26,6	26,0	32,4
Nord-Trøndelag	16,7	14,4	18,8	27,9	25,2	32,5
Oslo	30,9	25,2	26,4	37,7	30,3	36,6
Troms	28,2	21,1	22,7	34,0	35,1	37,6
Finnmark	23,3	19,0	19,7	38,0	37,5	39,1
Totalt	18,5	15,3	16,3	26,3	27,3	28,0

Kilde: Norgeshelsa, SSB

Som tabellen viser er det fylkesvise variasjoner. Finnmark (og Troms) har mer enn dobbelt så høye abortrater som for eksempel Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal. Når det gjelder de fylkesvise variasjonene i denne aldersgruppen er det sannsynlig at ulik seksualitetskultur har vesentlig betydning. Undersøkelser viser at seksuell debutalder er lavere i de nordligste fylkene sammenlignet med landet for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2003).

Samlet sett har det vært en nedgang i antall svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner i den yngste aldersgruppa (15-19 år) i den aktuelle perioden. Nedgangen har vært mest markert i Nordland, Troms, Oslo, Oppland, Sogn og Fjordane, Sør-Trøndelag og Finnmark. Det har særlig vært en tydelig nedgang i de nordligste fylkene som tradisjonelt

har hatt en relativt høy andel tenåringsaborter. Enkelte fylker blant annet Nord-Trøndelag har hatt en viss økning i abortraten i denne aldersgruppen.

I aldersgruppen 20-24 år (som er aldersgruppen med høyest abortrate) er det også relativt store forskjeller mellom fylkene. I denne aldersgruppen har også ratene variert relativt mye fra år til år i de enkelte fylkene. Samlet sett er det en vekst i abortraten. Disse tallene varierer imidlertid så mye at det er vanskelig å se klare trender.

- Finmark er fylket som har høyest abortrate i denne aldersgruppen, og har hatt en vekst i raten fra 38 i 2001 til 40,4 i 2002. Deretter gikk raten ned i 2003 til 37,1 for så å øke noe, til 39,1 i 2006.
- I Aust-Agder har abortraten økt relativt kraftig i denne aldersgruppen, fra 12,1 i 2001 og 14,1 i 2002 til 24,0 i 2006. Buskerud, Vestfold og Nord-Trøndelag er andre fylker som har hatt en relativt sterk vekst i abortraten i denne aldersgruppen i perioden
- I Troms, som også har en relativt høy abortrate, var abortraten i den aktuelle aldersgruppen 34,0 i 2001. Raten sank til 32,7 i 2002. I årene fra 2003 til 2006 var raten høyere, og høyest i 2005 med 38,6. I 2006 er raten noe ned igjen.
- I enkelte fylker har det vært en liten nedgang i abortraten i perioden. Dette gjelder for eksempel Oslo, hvor forekomsten av svangerskapsavbrudd også er høy. I dette fylket var abortraten 37,7 i 2001, 32,9 i 2002 og 36,6 i 2007.

I denne aldersgruppen ser vi også at befolkningssammensetningen forklarer noe av variasjonene. Når for eksempel Oslo har høy abortrate har det sammenheng med at befolkningssammensetningen i Oslo i denne aldersgruppen er annerledes enn mange andre steder. Blant annet er mange innflyttere og mange er under utdanning. Når Finmark har høyest abortrate har det sannsynligvis sammenheng med utdanningsnivå, levekårsforhold og seksualitetskultur. Det kan også ha sammenheng med at store avstander bidrar til at prevensjon er mindre tilgjengelig.

4.3 Seksualvaner og prevensjon

I avsnitt 4.1 har vi analysert andelen av svangerskap som ender i abort. Målene i handlingsplanen gjelder både uønsket svangerskap og abort, men der virkemiddelet for å redusere antall aborter er å redusere antall uønsket svangerskap. Virkemiddelet for å redusere antall uønsket svangerskap er å spre kunnskap og å lette tilgjengeligheten til prevensjon. I handlingsplanen gjelder det først og fremst hormonell prevensjon. Før vi går igjennom det vi vet om prevensjonsbruk ser vi nærmere på seksualvanene i de yngste aldersgruppene.

4.3.1 Debutalderen har falt

Nasjonalt folkehelseinstitutt har undersøkt befolkningens seksualvaner i 1987, 1992, 1997 og 2002. Undersøkelsene er basert på spørreskjema til 10.000 personer, men svarprosenten sank fra 63 prosent til 36 i perioden og undersøkelsen som var planlagt for 2007 ble kansellert fordi svarprosenten var for lav. De tidligere undersøkelsene har vist at median alder for seksuell debut har sunket litt for menn i perioden, men har vært konstant for kvinner. I 2002 var den 17,5 år for menn og 17,1 år for kvinner.

Pedersen og Samuelsen (2003) har gjennomført en landsrepresentativ undersøkelse av seksualatferd blant ungdom i alderen 13-19 år for perioden 1992 – 2002. Utvalgene var

til sammen på ca 11.000 ungdommer med en responsrate på 97 og 92 prosent. Undersøkelsen viser at median samleiedebutalder har falt for begge kjønn og forskjellene mellom jenter og gutter er blitt enda større. For jenter har debutalderen falt et helt år (fra 17,7 til 16,7 år), og for gutter har den falt et halvt (fra 18,5 år til 18 år). 23 prosent av jentene og 19 prosent av guttene oppgir å ha debutert som 15-åringer.

Totalt var det 29 prosent av ungdommene som hadde debutert i 1992 og 36 prosent av ungdommene som hadde debutert i 2002. Minst endring ser man hos de eldste guttene og de yngste jentene. Den største endringene er hos jentene fra midt i tenårene. Det er imidlertid noen flere blant de aller yngste guttene som har erfaring enn blant de aller yngste jentene. Det er dermed et dobbelt mønster: I de første tenårene, hvor sex innebærer et normbrudd, er det en større minoritet av gutter enn av jenter som bryter normene. Fra midt i tenårene endrer bildet seg, og erotikk og sex blir en større del av jenters liv enn for guttene på samme alder. Jenter er også like mye eller mer tilbøyelige enn gutter til å bryte den såkalte kjærlighetsnormen som grunnlag for seksuell samhandling.

Det er dermed et faktum at en større andel jenter tidlig og midt i tenårene nå vil være seksuelt aktive, og slik ha behov for kunnskap om og tilgang på prevensjon.

I flere amerikanske og svenske studier ser tidlig seksualdebut ut til å henge sammen med indikatorer på sosial marginalitet som tidlig alkoholdebut, stoffbruk, kriminalitet og ulike psykiske lidelser. Disse ungdommene er i særlig risiko for uønsket graviditet, abort og uønsket svangerskap. En del undersøkelser tyder på at jenter i en sårbar livssituasjon utspiller sine problemer gjennom seksuell risikoatferd, som gjør dem ekstra utsatt for seksuell utnyttelse, uønsket graviditet, abort og seksuelt overførbare sykdommer (Helsedirektoratet, 2003).

4.3.2 Bruk av prevensjon

I følge (Myklestad, 2007) er tidlig seksuell debut assosiert med mer usikkerhet når det gjelder prevensjon. 33,5 prosent av ungdom mellom 18-22 år oppgir i en nasjonal studie i Norge at deres første samleie var uten prevensjon. Blant dem som brukte prevensjon, brukte nesten 50 prosent kondom og 14 prosent p-piller.

I følge seksualvaneundersøkelsen til Folkehelseinstituttet brukte om lag 60 prosent prevensjon ved siste samleie. Kondom ble brukt av ca 20 prosent av dem uten og 10 prosent med samboende partner. Ungdomstallene og tallene for befolkningen generelt kan ikke sammenlignes. Det er få, om noen som har til hensikt å bli gravide ved første samleie. Blant befolkningen generelt kan fravær av prevensjon bety at de faktisk ønsker å bli gravide.

Foruten disse tallene vet vi lite om bruken av prevensjon ved samleier som ikke er intendert å ende i graviditet. Det vi vet mest om er bruken av hormonell prevensjon og salg/utdeling av ulike typer prevensjon. Samlet tyder de på at bruken av hormonell prevensjon er økt i perioden 2002-2007. Øvrige prevensjonsmidler vet vi mindre om.

- Tabell 4.7 nedenfor viser at det samlet sett har vært en viss vekst i bruken av hormonelle prevensjonsmidler i perioden 2004-2007. I den yngste aldersgruppen har veksten vært markant. I de to eldste aldersgruppene har bruken av hormonelle prevensjonsmidler gått noe opp og ned i denne perioden. Når tallene har gått litt ned i 2007 kan det ha sammenheng med at den mest brukte p-pillen ble trukket fra

markedet. I følge Helsedirektoratet var det 70.000 kvinner som måtte bytte prevensjon.

Tabell 4.7 *Hormonell prevensjon. Brukere per 1.000 innbyggere*

Alder	2004	2005	2006	2007
10-19	197	210	220	226
20-29	477	488	490	479
30-39	213	221	221	217

Kilde: Reseptregisteret

- Folkehelseinstituttets statistikk for salg av hormonelle prevensjonsmidler viser en økning fra 200.540 døgndoser i 2001 til 228.810 døgndoser i 2007. *Helsestatistikk for de nordiske landene 2005* viser at salg av hormonelle prevensjonsmidler per 1.000 kvinner i alderen 15-44 år økte fra 211 per 1.000 kvinner i 2000 til 235 per 1.000 kvinner i 2005.
- Tall fra Folkehelseinstituttet viser at salget av nødprevensjon per år til apotek har økt fra 6.663 døgndoser i 2001 til 147.221 døgndoser i 2007. De fylkesvise forskjellene i veksten i salg av nødprevensjon er liten.
- I følge Agenda (2008) har antallet gratis kondomer som deles ut gradvis økt fra 1999 og fram til i dag. I 1999 var antallet 400.000 mens det i 2003 var 1.500.000 og i 2007 ble det delt ut 2.200.000 kondomer.

4.3.3 **Hva skal til for å bruke prevensjon?**

Resultatene fra en undersøkelse av elever i tiende klasse i Norge som hadde seksuell erfaring, viste at bruk av prevensjon blant ungdommer var påvirket av ulike kontekstuelle nivåer (individ, familie, samfunn) (Myklestad, 2007). Undersøkelsen er basert på svar fra 4467 personer i seks forskjellige fylker (Folkehelseinstituttets ungdomshelseundersøkelser, 2003). De viktigste faktorene for bruk av kondom blant gutter var venners støtte, besøk på helsestasjon for ungdom, få tilfeller av beruselse og ikke-bruk av dop (som anabole steroider). De viktigste faktorene for bruk av kondom blant jenter var foreldres formaning, selvtillit, få tilfeller av beruselse, at de ikke var faste røykere, og at de ikke bodde i fylkene Hedmark eller Finnmark. For bruk av p-piller var de viktigste faktorene besøk på helsestasjon for ungdom, foreldres formaning, at de ikke var faste røykere, og at de ikke bodde i fylkene Oppland, Nordland, Troms eller Finnmark.

Tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer

Kunnskapssenteret avga i 2008 på oppdrag fra Helsedirektoratet en kunnskapsoppsummering om tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer. Alle studiene av tiltak som de identifiserte var rettet mot andre populasjoner enn det som var Kunnskapssenterets målgruppe – unge menn generelt. Kunnskapssenteret konkluderte med at de ikke fant noen studier som ga gode svar på problemstillingen de ønsket å belyse, og at det bør gjennomføres flere grundige effektevalueringer av nye tiltak på dette feltet.

Lett tilgjengelig hormonell prevensjon til kvinner i alderen 20-24 år

Kunnskapssenteret fikk i 2008 i oppdrag av Helsedirektoratet å oppsummere kunnskap om nasjonal og internasjonal forskning som belyser effekter av ordninger med lett til-

gjengelig hormonell prevensjon, inkludert nødprevensjon. Lett tilgjengelig hormonell prevensjon kan for eksempel være at annet helsepersonell enn lege (for eksempel jordmor/helsesøster) kan skrive ut medikamentet eller at prevensjonen er gratis eller subsidiert. Konklusjon er at det finnes få systematiske oversikter eller enkeltstudier som sier noe klart om effekten av lettere tilgang til hormonell prevensjon i aldersgruppen 20-24 år. Etter systematisk søk i oversikter og enkeltstudier i internasjonale databaser viste det seg at kun én Cochrane-oversikt var relevant for problemstillingen. Den viste at det å ha nødprevensjon tilgjengelig på forhånd, sammenlignet med å få råd om nødprevensjon utgjorde liten eller ingen forskjell.

Evaluering av ordningen med utdeling av gratis kondomer

Ordningen med utdeling av gratiskondomer fra ungdomshelsestasjoner, skolehelsetjenesten, oppsøkende tjeneste og ulike ungdomsorganisasjoner startet opp høsten 1998, og fikk tildelt midler fra 1999. Agenda har på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert ordningen (2008). Det har vært en økende bruk av midler til ordningen, fra ca. 400 000 kroner i 2000 til ca. 1,6 millioner kroner i 2003, og i 2005 ble brukt om lag 2 millioner kroner på ordningen. Bruken av midler tyder på ordningen med gratiskondomer har vært et prioritert område i handlingsplanen for planperioden 1999-2003 og i inneværende periode.

Primærgruppene for utdelingen er ungdom og voksne under 25 år. *Andre grupper* er risikoutsatte grupper som prostituerte, flyktinger og asylsøkere, hiv-positive kvinner og menn, samt innsatte i fengsel.

Kondomene formidles gjennom mange ulike distributører og i ulike kontekster. Arenaer for utdeling er blant annet helsestasjoner og skolehelsetjeneste, skoler og høyere utdanningsinstitusjoner, ungdomsarrangementer og lokale møtesteder for ungdom, prostitusjonsarenaer, oppsøkende tjenester, flyktingtjenester, transittmottak og fengsler. Helsestasjoner for ungdom, andre helsestasjoner og skolehelsetjenesten bestiller flest kondomer.

Agendas spørreundersøkelse som var lagt ut på diverse nettsider for ungdom viste at tre av fire av de som svarte hadde benyttet seg av ordningen med gratis kondomer. Halvparten mente at kondomene var vanskelig å få tak i, og et flertall oppga at informasjonen om ordningen kunne bli bedre. Agendas spørreundersøkelse til helsestasjonene viste at ordningen med gratis kondomer er vel kjent blant helsestasjonene, og at et stort flertall har benyttet seg av denne ordningen over tre år. Helsestasjonene opplever ordningen som enkel og oversiktlig, og med gode bestillingsrutiner. Samtidig opplever et flertall av respondentene blant ungdom (60 prosent) at det er ubehagelig å gå til skolehelsetjenesten/ungdomshelsestasjonen for å skaffe gratiskondomer. Anonymitet er viktig når målgruppen skal skaffe seg gratiskondomer. Jentene opplever større tilgjengelighet til gratiskondomene enn det guttene gjør. En mulig forklaring på dette er at det er mer naturlig for jentene enn for guttene å gå til skolehelsetjenesten og helsestasjonen.

Det er primært tre måter skolehelsetjenesten/ungdomshelsestasjonen motiverer til kondombruk. Det er: 1) motivasjon gjennom å gi faktainformasjon om soi og uønsket graviditet, 2) motivasjon gjennom å ansvarliggjøre målgruppen i forhold til egen og partners helse, 3) motivasjon gjennom positive opplevelser ved å bruke kondom og humor. Sistnevnte motivasjonsmetode er imidlertid sjelden. I følge Agendas undersøkelse syns mange i målgruppen at terskelen er høy når det gjelder å oppsøke tjenesten for å skaffe kondomer.

Helsemyndighetenes strategi har vært at hormonell prevensjon er mest hensiktsmessig for å forebygge uønsket svangerskap hos ungdom mens kondomer skal brukes for å forebygge soi. Det innebærer at i seksuelle situasjoner der det er nødvendig, bør to typer prevensjon brukes. Helsedirektoratets egevaluering (2003) påpeker at det er en utfordring å formidle dette budskapet.

4.4 Minoriteter og innvandrere

4.4.1 Svangerskapsavbrudd i minoritetsgrupper

En undersøkelse (Vangen m fl, 2007) viser at provosert abort hos innvandrerkvinner er mer vanlig enn hos etnisk norske kvinner. Populasjonen i undersøkelsen var alle kvinner mellom 15-49 år som bodde i Oslo og som foretok en abort i tidsrommet 1. januar 2000 – 31. juli 2003. Undersøkelsen inkluderer kvinner med bakgrunn fra 17 forskjellige land. Det er relativt store forskjeller mellom kvinner fra ulike land, men med unntak av kvinner fra Filippinene er abortraten høyere i alle gruppene enn den er blant kvinner med etnisk norsk bakgrunn.

Undersøkelsen viser at flyktninger og arbeidsinnvandrere hadde signifikant høyere abortrate enn ikke-innvandrere. Abortraten blant flyktninger var 30,2 per 1.000 og abortraten blant arbeidsinnvandrere var 19,9. Abortraten blant ikke-innvandrere var 16,7. Med unntak for kvinner under 25 år, hadde arbeidsinnvandrere høyere abortrate enn ikke-innvandrere. Flyktninger hadde den høyeste raten i alle aldersgrupper. Mens ugifte har større risiko for abort blant ikke-innvandrere, var det ingen slik sammenheng for arbeidsinnvandrere og flyktninger. Høy utdanning er negativt korrelert med abort for alle grupper, men i høyest grad for ikke-innvandrere.

Blant arbeidsinnvandrere er det tre ganger så stor sjanse for abort hos kvinner som har fire eller flere barn fra før sammenlignet med kvinner som ikke har barn. Blant etnisk norske er det tilsvarende effekt med økt risiko for abort for kvinner som har to eller flere barn. Undersøkelsen viste også at det var liten forskjell i abortrate blant første og annen generasjons innvandrere.

Mens det å være ugift fordobler sjansen for abort for etnisk norske kvinner, har sivil status liten eller ingen effekt på aborttallene for flyktninger eller arbeidsinnvandrere. Etnisk norske kvinner med lav utdanning har to ganger så høy risiko for abort som etnisk norske kvinner med høyere utdanning. Det er ikke tilsvarende sammenheng mellom utdanning og aborttall hos immigrantkvinnene. Høy utdanning blant annen generasjons innvandrerkvinner gir derimot betydelig redusert risiko for abort. I studien forstås høy abortrate blant innvandrerkvinner som en del av overgang fra høy til lav fruktbarhet. Sosioøkonomiske betingelser, begrenset kunnskap og dårlig tilgjengelighet antas å spille en rolle.

En tidligere undersøkelse av Eskild mfl (2002) der man brukte pasientarkiv og så på bakgrunnen til abortsøkende kvinner i Oslo i perioden 1999 til og med mars 2000 fant man også at kvinner med ikke vestlig bakgrunn var overrepresentert blant abortsøkende kvinner. Ikke vestlige kvinner utgjorde 24,5 prosent av de abortsøkende, mens de utgjorde 15,5 prosent av den kvinnelige befolkningen i Oslo. De ikke vestlige kvinnene var overrepresentert i alle aldersgrupper, men mest uttalt i aldersgruppene over 35 år. De ikke vestlige kvinnene var også overrepresentert i alle aldersgrupper av fødende kvinner, dette var mest uttalt blant de yngste aldersgruppene. Resultatene tyder på at kvinner med ikke vestlig bakgrunn oftere blir gravide enn vestlige kvinner. Under-

søkelsen konkluderer med at dette medfører språklige og kulturelle utfordringer for helsetjenesten som i liten grad har vært erkjent.

Undersøkelser fra Sverige og Danmark har likeledes vist at kvinner med innvandrerbakgrunn har høyere abortrater enn kvinner med etnisk dansk og svensk bakgrunn. En undersøkelse fra Sverige (Hellström mfl: 2003) viste at andelen kvinner med ikke-svensk opprinnelse i studiepopulasjonen som ønsket abort var høyere enn forventet i forhold til andelen av befolkningen. Innvandrerkvinner hadde mindre erfaring med prevensjonsbruk, flere tidligere graviditeter og flere aborter enn svenske kvinner. Kvinnene kom fra 77 forskjellige land og det var ikke grunn til å tro at kvinnene i denne heterogene gruppa skulle ha noen felles kulturell faktor som kunne forklare deres høyere tilbøyelighet til å søke om abort. Den mest sannsynlige årsaken er at innvandrerstatus oftere er assosiert med lav utdanning, svakt sosialt nettverk, fattigdom, arbeidsledighet og å være utenfor vanlig tilgang til helsestell.

4.4.2 Seksualvaner og prevensjon

En undersøkelse av Pedersen (2003) av seksualitet hos innvandrerungdom viser at det er store forskjeller på jenter og gutters atferd. Hyppighet av seksualdebut hos gutter under 17 år var omtrent som for gutter som var kristne eller uten religion. Av muslimske jenter under 17 år hadde 8 prosent debutert seksuelt, mot nær 40 prosent av etnisk norske jenter eller jenter med kristen bakgrunn.

4.4.3 Strategier rettet mot innvandrere

I kapittel 3 så vi at unge med innvandrerbakgrunn er en prioritert gruppe, men at de siste årene har tanken vært å nå denne gruppa i de generelle prosjektene og at det ikke har vært gitt støtte til så mange prosjekter med innvandrere som spesifikk målgruppe. Voksne innvandrerkvinner er en gruppe som i liten grad har vært en målgruppe for iverksatte prosjekter.

Flere av aktørene som driver tiltak mot ungdom uttrykker at innvandrerungdom er vanskeligere å nå, samtidig som mange i denne gruppa har et stort kunnskapsbehov. Andre har gode erfaringer med å nå innvandrerungdom gjennom skoleprosjekter som er rettet mot alle. En av aktørene har i stedet for å satse på et eget tilbud til innvandrerungdom fokusert på å rekruttere ansatte med muslimsk bakgrunn. De har erfart at dette har lært dem veldig mye – disse ansatte har andre referanserammer og de andre ansatte har fått en bedre forståelse av mange minoriteters annerledeshet i forhold til for eksempel egen kropp, onani og homofili. De tar mindre for gitt og har lært å stille nye spørsmål.

De aktørene som kun jobber mot personer med innvandrerbakgrunn omfatter blant annet MiRA-senteret og Primærmedisinsk Verksted i samarbeid med Somalisk kvinneforening.

På *MiRA-senteret* mener de at det kan være behov for et eget lavterskel helsetilbud til innvandrerkvinner, særlig i forhold til kropp og seksualitet. Ungdom blir oftere kjent med tilbud gjennom skolen og har helsesøster som de kan snakke med, men voksne kvinner trenger et eget tilbud.

De har erfart at utfordringer hos innvandrergruppen ofte er knyttet til å kommunisere om temaene kropp og seksualitet.

Vi snakker med dem om menstruasjon, det å få barn, jenters utvikling. En del jenter har hemmelig kjæreste og trenger informasjon om prevensjon.

En del mangler noen de kan snakke med, de vet for eksempel ikke hva jomfruhinne egentlig er, vet ikke hva det innebærer å ha sex. De lever i en verden hvor mye holdes skjult, holdes hemmelig. Fra unge jenter får vi veldig mange henvendelser med spørsmål om jomfruhinne, også om hvordan man kan få en ny og hvordan de skal fortelle at de ikke har når de gifter seg.

En del kvinner trenger å snakke om det å være gravid, fødsel og amming. Mange er lite forberedt. Noen opplever at sex er smertefullt. Det er behov for å avlive mange myter, for eksempel om at omskjæring beskytter mot sykdommer.

Deres inntrykk er at grunnen til høyere aborthyppighet blant en del innvandrere har sammenheng med at det i en del miljøer ikke er vanlig å bruke prevensjon. Noen syns terskelen for å gå til lege er høy, blant annet på grunn av språkproblemer.

De mener det kunne vært større fokus på informasjon til nyankomne innvandrere. Senteret får henvendelser fra asylmottak og nav intro mv., men nyankomne innvandrere er ikke en gruppe som bare popper opp av seg selv. De har sett at mange av de kvinnene som kommer hit gjennom familiegjengen blir usynliggjort i samfunnet.

En del voksne innvandrerkvinner mangler nettverk. I mange av landene de kommer fra er de vant til å være en del av kvinneverdener med nettverk, der deles mye og det gis eksplisitt informasjon. Her har de ofte ingen, kun mannen. Mange kvinner tar med mannen til gynekolog for å oversette, men det er vanskelig å forklare gjennom mannen hva som er problemer. Ubehagelig både for henne og for mannen.

Somalisk Kvinneforening jobber både mot ungdom og voksne kvinner og menn.
De som jobber med dette har erfart at for mange er prevensjon et tabutema,

All seksualitet er vanskelig å snakke med fremmede om.

Bruken av prevensjon blant kvinner i Somalia varierer. Årsaker til barrierer mot prevensjon er forskjellige. Det eksisterer myter, noen tror de kan få kreft av p-piller, noen tror de kan få kreft av spiral. Noen tror det fører til overvekt. Noen tror det er forbudt i islam, vi forsøker å endre slike oppfatninger. Noen er redd for prevensjon, noen er redd for undersøkelsen.

De orienterer om typer prevensjon og legger vekt på at det er viktig å bruke prevensjon som passer for den enkelte. De har også frivillige som for eksempel kan bli med til legen.

De ser det som viktig at de også har grupper med menn, det er viktig at de gir informasjon også til menn.

Begge parter har et ansvar og mange menn liker å bli involvert. Noen ganger ser vi at kvinner tar abort uten å fortelle mennene om det.

Vi legger også vekt på å få til åpenhet og tillit mellom foreldre og barn. De ser også at noen jenter i 15-16 års alderen tar abort, foreldrene vet ingenting om dette. Ofte har ungdom mer kunnskap enn foreldrene fordi de går på skole.

I ungdomsgruppa har de først grupper med gutter og jenter hver for seg. Deretter jenter og gutter sammen.

Somalisk kvinneforening ser familieplanlegging og prevensjon i en migrasjonskontekst hvor de ser behovet for kunnskap om prevensjon i en større sammenheng. De formidler at i Norge er det viktig å ikke ha for mange barn.

I Somalia er mange barn en forsikring for fremtiden. I Norge er det ikke sånn. De må planlegge antall barn i forhold til bolig og økonomi. Norske foreldre klarer ikke mer enn to-tre ved siden av jobb, hvordan skal somaliske som ikke kan språk og som bor i et nytt land klare dette? Vi har vært på mange hjemmebesøk og formidler erfaringene fra disse. I Somalia har kvinnene et nettverk som hjelper, i Norge blir kvinnene alene om omsorgen for barna.

Der ser at mange vet lite om hvordan hjelpeapparatet fungerer og de orienterer om for eksempel muligheten for enslige foreldre til å få støtte til barnetilsyn.

De har sett at mødre må være hjemme, de har veldig mye ansvar. Noen ganger kan somaliske kvinner ha åtte barn alene, det er vanskelig, mange barn får problemer, det kan føre til ungdomskriminalitet. De har vært med på rettsoppfølging og kontakt med barnevernet.

Vi bruker eksempler som de kjenner til og forklarer om disse. Mange har ikke nok informasjon og kunnskap. Mange kvinner synes livet er vanskelig, de har for stort omsorgsansvar, prevensjon er viktig for alt.

Mange som gifter seg tidlig har ikke utdanning. De har ikke jobb og tror barn skal føre til penger, bolig og at de får fri fra foreldrene. I ungdomsgruppene er det viktig å lære om familieplanlegging før de gifter seg. Noen får det første barnet når de er 18-19 år, deretter fem seks år fem seks barn. Mange blir deprimerte, vi formidler at det ikke er en løsning å skaffe barn. Løsningen handler om hva er jeg og hvor skal jeg gå. Vi rådgir mye i forhold til å ta mer utdanning, at de kan bli snekker, elektriker og så videre

Alt handler om prevensjon, hvis de ikke bruker prevensjon blir det ikke endring.

Reaksjonene de møter er ofte først aggresjon. Mange synes de går for langt og mener de er blitt "for norske", etter hvert opplever de at de fleste skjønner det og er enige. Noen som tidligere var i mot hjelper i dag til som frivillige.

De sier selv at det de gjør handler om

"å selge en ide er det vårt prosjekt handler om – få folk til å endre mening er veldig vanskelig, vi bruker masse energi hele tiden".

Det krever tid og tålmodighet. Det kommer ikke lett og tar lang tid. Vi bruker også teater som metode og rollespill.

Vi deler ut kondomer til menn, men vi vet ikke om de blir brukt. De sier de skal bruke.

Somalisk kvinneforening understreker at det trengs mye mer ressurser til den type arbeid som de gjør. Det er begrenset hvor mange de når. Andre burde jobbe etter samme modell. De mener det er vanskelig for en organisasjon å gjøre et slikt arbeid alene. Det kan for eksempel være basert på samarbeid mellom organisasjoner og offentlige helsetjenester eller organisasjoner i mellom, et samarbeid mellom norske organisasjoner og innvandrersorganisasjoner.

4.5 Oppsummering av utvikling i abortrater

Vi har i de foregående avsnittene vist at utviklingen i abortrater er ulik i forskjellige aldersgrupper. Abortraten i aldersgruppen 15-19 år har vært relativt stabil i perioden 2002-2007, samtidig som raten i denne perioden er lavere enn det den har vært tidligere. Abortraten i aldersgruppen 20-24 år og 25-29 år har økt litt i perioden 2002-2007.

Vi har vist at fødselsratene også har endret seg i de ulike aldersgruppene. Tendensen går i retning av at flere velger å få barn senere i livet. Vi har vist til ulike undersøkelser som

viser at forekomst av abort henger sammen med den enkeltes status i forhold til utdanning og partner. Videre har vi referert seksualvanestudier som forteller at den seksuelle debutalderen er sunket. Samtidig ser det ut til at bruken av hormonell prevensjon er økt. Det er få undersøkelser som viser noe om effekten av tiltak for å øke prevensjonsbruk.

Det er grunn til å anta at endringer i abortratene har sammenheng med endringer i fertilitetsmønsteret.

Tallene indikerer at den yngste aldersgruppen (15-19 år) er blitt ”flinkere” til å bruke prevensjon. Flere har et seksualliv samtidig som både fødselsrater og abortrater har gått ned. Det tyder på at i en situasjon der man ikke hadde iverksatt tiltak er det sannsynlig at abortraten hadde vært høyere i den yngste aldersgruppen.

I aldersgruppa 20-24 år har fødselsraten gått ned, mens abortraten har gått litt opp. I perioden 2002-2007 har antallet som blir gravide per 1.000 ikke vært endret i noen entydig retning. Det indikerer at aldersgruppen ikke er blitt dårligere til å bruke prevensjon, men at abortraten påvirkes av at flere velger å få barn senere.

Det handlingsrommet som handlingsplanen virker innenfor er preget av disse endringene i fertilitetsmønsteret. For å vurdere resultatene av handlingsplanen må man ta hensyn til trender som går i retning av at flere ønsker å få barn senere.

Vi har også referert undersøkelser som viser at kvinner over 25 år med innvandrerbakgrunn tar hyppigere abort enn kvinner med etnisk norsk bakgrunn. Det kan sees i sammenheng med at aktørene som jobber med informasjon og veiledning til innvandrerkvinner, forteller at behovet for kunnskap og veiledning i enkelte grupper er stort.

Når det gjelder innvandrerungdom har vi sett at det ofte er større forskjeller i seksualatferd og mellom jenter og gutter enn i den øvrige befolkningen. Mange innvandrerjenter debuterer seksuelt senere og er påvirket av tradisjoner og normer fra foreldrenes hjemland. Dette har konsekvenser for hva slags veiledning og informasjon de har behov for.

4.6 Erfaringer med virkemidlene

I dette avsnittet presenterer vi erfaringer og synspunkter fra tilskuddsmottakerne. Avsnittet er basert på både på informasjon fremkommet i intervjuene og resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot mottakere av tilskudd.

4.6.1 Aktørenes synspunkter på eksisterende tiltak og hvor det er et utviklingsbehov

Vi redegjør i dette avsnittet for synspunkter som er fremkommet i intervjuene.

Synspunkter på ulike tiltak

Lavterskeltiltak

Aktørene har stor tro på lavterskeltiltak som gir lett tilgjengelighet til prevensjon og veiledning. Helsestasjon for ungdom er et godt tiltak:

Tidligere var det kanskje en nødløsning, men jeg tror at det nå oppfattes som et godt alternativ.

Det påpekes at det er viktig at Helsestasjon for ungdom er en godt integrert del av kommunehelsetjenesten og ikke på utsiden. Det er viktig å fokusere på kvalitetssikring og faglighet, og behovet for å fortsette kompetanseheving av helsepersonell, og å fortsette å utdanne helsesøstre understrekes.

Det er viktig at de ansatte på helsestasjonene har god kompetanse, at åpningstidene ikke er for begrenset og at brukerne er sikret konfidensialitet.

Men det påpekes også at når helsestasjonene i fjor hadde 60.000 konsultasjoner, er kanskje ikke det så veldig mye. Inntrykket hos de som har telefontjeneste er at det ikke er så veldig mange blant deres innringere som har vært på en helsestasjon for ungdom.

En av informantene mener det er et spørsmål om det er riktig å ha helsestasjoner for ungdom i hver kommune, noen kan bli for små, åpningstidene for begrenset og de lokale forholdene kan være for tette. Det kan være mer hensiktsmessig at kommunene samorganiserer seg, tilgjengelighet når det gjelder åpningstider kan være viktigere enn kort avstand.

Lett tilgjengelig prevensjon

Intervjuobjektene har gode erfaringer med subsidiert hormonell prevensjon og mener ordningen bør utvides til å gjelde flere grupper:

Det er vanskelig å vite effekten av de tiltakene som er iverksatt i og med at både aborttallene og klamydiatallene stiger. Men vi mener vi ser effekten av sponset prevensjon.

Det kan være vanskelig å vite hvilken effekt gratis p-piller har, men ettersom vi ser at aborttallene har gått ned i aldersgruppen ordningen har omfattet, tror vi at det har effekt.

De har også erfart at når prevensjon er gratis har det en symbolsk effekt: noen jenter tenker at: å bruke prevensjon er så viktig at staten vil gi oss disse pengene.

Flere av informantene mener at de under 16 år burde inkluderes i gruppa som får subsidiert prevensjon.

Jeg savner gratis prevensjon for de under 16 år. Aborttallene er lavere i den aldersgruppen, færre har debutert, men skadevirkningene for den enkelte er større. Jo yngre de er, jo viktigere er lett tilgjengelighet.

Vi skulle ønsket de heller satset på de under 16 før de satset på de i alderen 20-24 når det gjelder det med gratis prevensjon, eller helst ikke enten eller. Det er så få under 16 det gjelder, men de hadde trengt den hjelpen.

Noen nevner også at de håper ordningen kan utvides til å gjelde full valgfrihet med hensyn til den type prevensjonen den enkelte ønsker:

Vi har erfart at hvis jentene skal bli trygge brukere av prevensjon, må de ha valgt det selv. Ellers faller de ut, de glemmer piller og det kan bli mye rot. Vi har tro på at økt tilgjengelighet til nødprevensjon har god effekt, og mener det kunne vært en fordel dersom nødprevensjon kunne kjøpes i butikker.

Flere tror også at økonomi også har noe å si for dem over 20 år: *Vi har stor tro på de forsøksprosjektene som er igangsatt med subsidiert prevensjon til de i alderen 20-24.*

Hva er gode tiltak?

Alle vi snakket med fremhever at dialog er det mest effektive for å bidra til økt kunnskapsnivå og bruk av prevensjon:

Det er den interaktive dialogen som er mest nyttig.

Flere av informantene ser ”ung til ung” som en dimensjon som er veldig viktig.

Det er den dimensjonen som gjør at budskapet blir viktig og relevant for mottaker. Vi ser at det er viktig at de som svarer er unge i tillegg til at de har høy kompetanse.

Det finnes ekstremt mye info om seksuell helse, det som trengs er å komme i dialog med ungdom, diskutere og skape gode holdninger. Det får man ikke til med brosjyrer.

En liten innsats kan ha stor effekt. Viktig å avmystifisere tidlig.

Men enkelte savner også større kampanjer:

Kampanjer er viktig for å holde folk litt på alerten, tror det kan virke holdningsskapende.

Enkelte kampanjer gjør inntrykk. Mange unge husker for eksempel ”sett dine egne grenser-kampanjen” Den var vellykket, den husker folk i mange år etter at den ble iverksatt.

Synspunkter på tiltak mot særlig sårbare grupper:

Når det gjelder forebyggende helsetiltak for å styrke den seksuelle autonomien hos barn og unge, vet man at dette har mest effekt der man kan styrke det som er på gang av naturlige helseprosesser. I normale familiesettinger. Men man vet at 10-20 prosent av de unge lever i en setting hvor de blir invadert og utsatt for overgrep. For disse er seksuell autonomi ikke et tema, og man kan ikke gå ut fra at hvis de vil så får de det til. Rammebetingelsene er annerledes og det kan føre til retraumatisering hvis man ikke har det perspektivet. Det er veldig viktig at når mans skal lage tiltak for spesifikke grupper tar hensyn til gruppenes utgangspunkt.

Hva er potensialet for videre utviklingsarbeid?

Flere nevner at det er viktig å prøve å lytte mer til ungdom og unge voksne selv, for å finne ut hva som vil nå fram hos dem:

Det er viktig å høre mer på brukergruppen unge, for eksempel spørre om hva som skal til for at de skal bruke kondomer.

Flere av aktørene mener at det bør satses mer i forhold til annerledeshet som homofili og transseksualitet.

I dag er det en ungdomshelsestasjon i Oslo for homofile og lesbiske, men mange ungdommer er ikke klare for å oppsøke dem. Da blir de på en måte definert som homse, de er kanskje ikke der.

Vi får en del spørsmål knyttet til tvil om homofili osv. Det er et sorteringsarbeid, tror kanskje de kan ha nytte av en barne og ungdom telefon for lesbiske og homofile.

Noen nevner det er viktig å styrke kompetansen hos helsepersonell på prevensjon:

Vi erfarer at en del er misfornøyde med den prevensjonen de har, de strever med å finne noe som passer. Mitt inntrykk er at helsesøster og fastlege ikke kan nok om dette.

Noen etterlyser mer forskning:

Det er mange år siden siste seksualvaneundersøkelse ble gjennomført. Den siste ble stoppet på grunn av for lav svarprosent. Når vi i foredrag skal referere til seksualvaner blant unge, må vi henvise til danske undersøkelser. I år er 10 000 ungdom innom klinikken (KSO), det er en gullgrube for forskning innenfor gruppen. I tillegg er 5000 skoleelever innom pluss at vi får en mengde e-poster, telefoner. Visitter med en kilde som ikke benyttes til noe fruktbart.

Det er litt ulike synspunkter på skolens rolle og innsats: En sier for eksempel:

Erfaringene våre er at skolene har blitt mye bedre, særlig på grunnleggende forhold om kropp og seksualitet. Når det gjelder konkrete helsespørsmål bør dette trekkes ut fra klassesituasjonen. For eksempel slik det gjøres i mange tiendeklasseprosjekter der elevene kommer ned på helsestasjonen. Tekniske ting rundt helsespørsmål er det som svikter mest i skolen

Mens en annen mener:

Seksualundervisningen i ungdomskolen bør prioriteres høyere. Det bør være mer samarbeid mellom utdanningsdirektoratet og helsedirektoratet. Vi ser at nå har det vært fokus på psykisk helse, blir det inkludert i undervisningen, blir lærerne lært opp, og de blir trygge på hvordan snakke om vanskelig tema. Seksuell helse er under naturfag, kunne vært under andre fag, det handler om at det er viktig å lære om hvordan man oppfører seg mot andre mennesker.

De frivillige aktørene erfarer at det kan være en utfordring å få skolene til å se at dette er relevant.

Skolen får henvendelser fra veldig mange som vil inn på deres arena. Men det varierer også en del fra skole til skole. Det er ikke alle skolene som har tid til å ta oss inn. Men de skolene vi er på, gir veldig bra tilbakemelding, de ønsker at vi skal komme tilbake. Elevene synes det er fantastisk med noen de kan stille spørsmål, men som de ikke ser igjen.

Kompetanseoverføring

Vårt inntrykk er at det er et relativt utbredt samarbeid de ulike aktørene i mellom. Alle gir også uttrykk for at deres kompetanse i stor grad blir etterspurt. De større aktørene har faste oppdrag som inkluderer veiledning, undervisning og foredrag, kursvirksomhet for andre aktører på feltet ungdom og seksuell helse. Til dels utveksler de erfaringer seg imellom. Det er også samarbeid mellom de frivillige organisasjonene og andre aktører.

Mange av de vi snakket med etterlyser imidlertid en instans som sørger for kompetanseoverføring og en samling av erfaringer:

En av informantene sier det slik:

Det mest problematiske i Norge er at det ikke finnes noen som jobber med seksuell helse samlet, vi kan høre at det foregår forskning på et område ett sted, og så kan vi høre om akkurat det samme et annet sted. Det seksuelle helsevesenet jobber på hver sin tue uten stor kommunikasjon seg imellom. Det er frustrerende å sitte inne med ting vi vet vi burde fått ut til andre som jobber i feltet, vi har ingen kanal ut.

Seksualitet er et nisjepreget fagområde innenfor helse, men det virker inn på mye rundt helsen til folk. Det skjer mye innenfor feltet, behandlingsendringer, i anbefalte prevensjonsmetoder, sånne ting. Det er tilfeldig hva man fanger opp, hvor mye som kommer ut og hvor fort det kommer ut.

Et annet utsagn som også uttrykker at det er behov for å få samlet fagmiljø innefor seksuell helse.

Skulle ønske at alle var inne i et system. Det som er positivt med denne formen er at man får fram mye kreativitet, folks idealisme utnyttes. Men på den andre siden så sørger det ikke for helhetlig og systematisk tilbud. Jeg jobber mye internasjonalt. Utad reageres det på at de ikke er et nasjonalt kompetansesenter hvor de største aktørene kunne jobbet mer sammen. Jeg ser for meg en samlokalisering av for eksempel SUSS, KSO, Amatheia, støttesenter mot incest osv. Det er mange aktører som jobber mot ungdom. Norge er progressive på dette området, det ville vært lettere å få mer igjen for dette hvis vi hadde et nasjonalt kompetansesenter

En annen informant sier:

det er mange miljøer, ingen kanaler mellom miljøene, og spesielt utkantstrøk lider under dette. I utkantstrøkene er det få ansatte på en helsestasjon, kanskje bare en person som skal ta seg av alt. Vedkommende har ikke tid å bruke på fange opp endringer innenfor fagfeltet. Det hadde vært mulig å bidra i mye større grad der.

Informantene sier at de vet lite om prosjektene som gjennomføres i regi av handlingsplanen, de kjenner ikke innholdet og heller ikke resultatene. Dersom noen gjør viktige erfaringer kunne det vært greit for andre å vite om det. I dag mangler det måter å få det kanalisert ut på.

Noe omtales i media og kanskje er det en helsesøster som sitter der og leser avisen den dagen.

Kan tenke meg at det er mange prosjekter som er vellykket, men i og med liten kommunikasjon oss imellom, vet vi bare hva som funker her.

Hvis Helsedirektoratet hadde vært mer åpen om hva man deler pengene til, da kunne si sett om andre jobber med det vi gjør, hva gjøres for å nå målene.

Skulle ønske vi hadde et bedre forum for samarbeid. Det er jo mange som jobber på feltet. Vi skulle gjerne hatt mer informasjonsdeling.

Skulle gjerne hatt en arena der man kunne møte andre aktører og utveksle erfaringer.

Oppsummering

- Aktørene har stor tro på lavterskeltiltak som gir lett tilgjengelig prevensjon og veiledning
- Det blir stilt spørsmål ved om det er for mange helsestasjoner for ungdom med reduserte åpningstider og for tette forhold som resultat
- Mange har gode erfaringer med subsidiert hormonell prevensjon, og flere tar til orde for at de også bør omfatte de under 16 år

- Alle fremhever dialog som det mest effektive for å fremme økt kunnskap og bruk av prevensjon, og det fremheves at det er viktig å lytte mer til målgruppene for å finne ut hva som vil nå frem hos dem

Mange fremhever skolen som en svært viktig arena det bør satses mer på.

4.6.2 Resultater fra spørreundersøkelsen – tilskuddsmottakernes erfaringer med egne prosjekter

Handlingsplanen virker gjennom tilskuddene og den virksomheten tilskuddsmottakerne utfører. Det er derfor viktig å vite hva de gjør og hvilke erfaringer de har gjort, samt hvilke synspunkter de har på virkemidler i handlingsplanen. For å vurdere de virkemidlene som tilskuddene finansierer, er mottakernes erfaringer med tiltak og målgrupper av vesentlig betydning.

Hvem er tilskuddsmottakerne?

Undersøkelsen ble sendt til alle som hadde mottatt tilskudd i 2007, med unntak av midler som var rettet mot prosjekter som var utformet internt i Helsedirektoratet. Svarprosenten var rundt 65, det vi si at vi fikk inn svar fra til sammen 84 tilskuddsmottakere. Alle fylker er representert.

Svarfordelingen gjenspeiler fordelingen blant de aktørene som fikk tilskudd gjennom handlingsplanen. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at hver tilskuddsmottaker har én stemme i denne undersøkelsen, uavhengig av hvor mye midler de har fått tildelt gjennom handlingsplanen. For eksempel vil noen av tilskuddsmottakerne kun ha mottatt noen ti-tusen kroner i prosjektstøtte, det gjelder ofte for kommunale tjenester. Andre tilskuddsmottakere vil ha mottatt flere millioner kroner i støtte. På de spørsmålene hvor tilskuddsmottakerne er bedt om å vurdere prosjektene, er det sist utførte prosjekt de er bedt om å ta utgangspunkt i.

60 prosent av respondentene er kommunal virksomhet, som hovedsakelig består av helsestasjoner for ungdom. De øvrige respondentene er annen offentlig virksomhet, som blant annet består av flyktningmottak, annen privat virksomhet, interesseorganisasjoner, skole og spesialisthelsetjenesten. Alle typer virksomheter som mottar tilskudd gjennom handlingsplanen er representert i undersøkelsen.

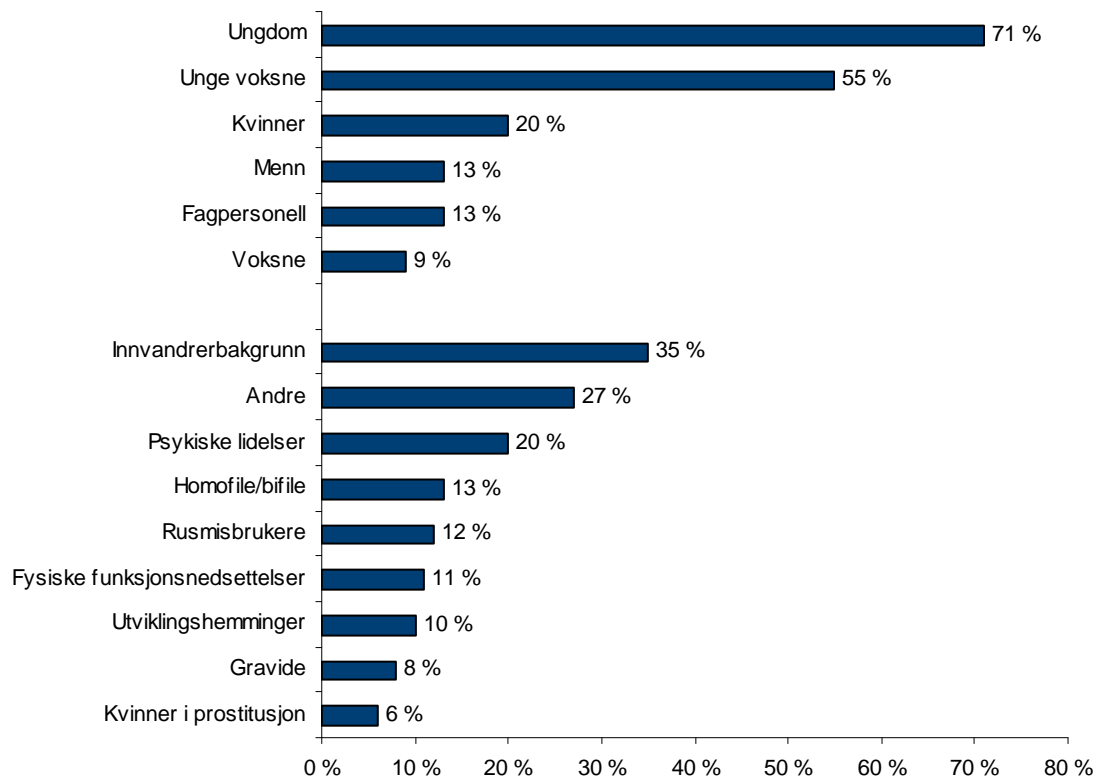
Et stort flertall av respondentene, 80 prosent, oppgir at de kun jobber lokalt, 8 prosent jobber kun nasjonalt, mens 12 prosent jobber både nasjonalt og lokalt. De kommunale virksomhetene jobber hovedsakelig lokalt, mens de øvrige tilskuddsmottakerne også jobber nasjonalt.

Prosjektens målgrupper og mål

De fleste av tilskuddsmottakerne som har besvart spørreundersøkelsen jobber i forhold til ungdom og/eller unge voksne. Men mange av dem jobber også mot mange andre målgrupper. Figur 4.2 viser hvilke målgrupper det siste prosjektet tilskuddsmottakerne har fått støtte til omfatter. 1 av 3 stønadmottakere har fått tilskudd for å jobbe mot personer med innvandrerbakgrunn, og 1 av 4 mot personer med psykiske lidelser. Andre målgrupper er homofile/bifile, rusmisbrukere, personer med fysiske funksjonsnedsettelse, utviklingshemmede osv. Nærmere 30 prosent oppgir at de jobber med andre målgrupper, som for eksempel studenter, inestutsatte, drop-outs fra videregående skole

osv. med andre ord, det er en svært bredt sammensatt målgruppe som tilskuddsmottakerne jobber mot.

Figur 4.2 Målgrupper prosjektene er rettet mot? Prosentandel

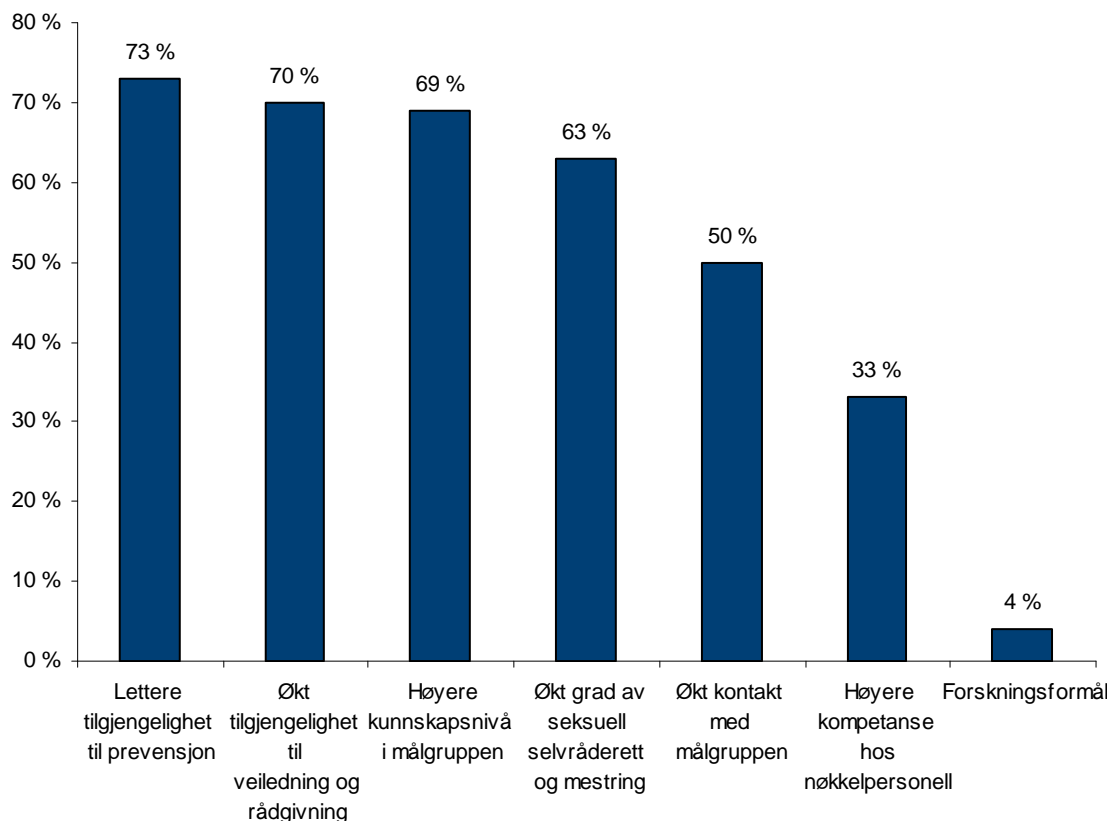


De fleste tilskuddsmottakerne er fornøyd med hvor godt de har nådd frem til målgruppen som prosjektet har rettet seg mot. 39 prosent svarer svært godt, mens 58 prosent svarer ganske godt.

På spørsmål om hvorfor de mener målgruppen er nådd, svarer flere av tilskuddsmottakerne god markedsføring av prosjektene, samt at prosjektene er etterspurte, og det er også flere som fremhever at det har vært tilbud som er gjennomført i samarbeid med skolen og i skoletiden.

Handlingsplanen har ulike prioriterte mål. Figur 4.3 viser hvilke mål de ulike prosjektene har jobbet mot. Mange av tilskuddsmottakerne har prosjekter som jobber mot samme mål. Vi ser at rundt 7 av 10 tilskuddsmottakere både har prosjekter som jobber mot å lette tilgjengeligheten til prevensjon, økt tilgjengelighet til veiledning og rådgivning og å høyne kunnskapsnivået i målgruppene. For øvrig har relativt mange av prosjektene også hatt økt grad av seksuell selvråderett og mestring og økt kontakt med målgruppa som mål. Færrest tilskuddsmottakere jobber med et forskningsformål, 4 prosent, det var interesseorganisasjoner og andre private.

Figur 4.3 Prosjektene mål



Mange av prosjektene har foregått i tilknytning til helsestasjon eller skolehelsetjeneste. Dette gjelder 61 prosent av prosjektene. 46 prosent av prosjektene har foregått på skolen, mens 23 prosent har foregått på universitet/høyskole. Andre prosjektarenaer er nettet, oppsøkende virksomhet, telefon, media og legesentre.

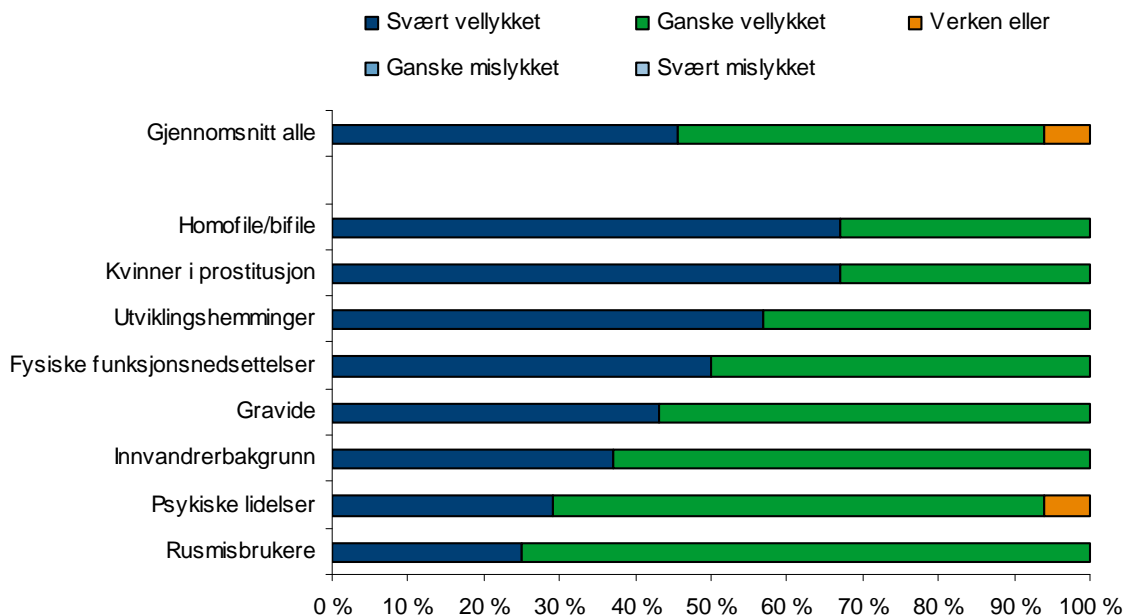
De fleste av prosjektene ble gjennomført som planlagt, 63 prosent. 25 prosent oppgir at det ble gjort noen endringer underveis, mens 7 prosent oppgir at det ble gjort en del/store endringer underveis. 4 prosent av respondentene vet ikke om prosjektet ble gjennomført som planlagt. Årsaker til endringer som nevnes er blant annet: ikke tilstrekkelige midler, for sent svar på søknaden om prosjektmidler, samt at målgruppen "innvandrerdøm" ikke var så lett å samle.

Resultater av prosjektene

Erfaring med egne prosjekter

De fleste tilskuddsmottakere opplever at prosjektene deres har vært vellykkede, se Figur 4.4. I underkant av halvparten av tilskuddsmottakerne vurderer sine egne prosjekt som svært vellykkede, mens den andre halvdel vurderer dem som ganske vellykkede. Kun 6 prosent mener at egne prosjekt verken var vellykkede eller mislykkede, og ingen vurderer dem som mislykkede. Figuren viser tilskuddsmottakernes vurdering av prosjektene fordelt etter hvilke utsatte målgrupper prosjektene var rettet mot. De mest vellykkede prosjekt, etter tilskuddsmottakernes vurdering, var prosjekt rettet mot homofile/bifile og kvinner i prostitusjon. De *relativt* minst vellykkede prosjekt var de som var rettet mot rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser, men også disse prosjektene ble vurdert som ganske vellykkede av 3 av 4 tilskuddsmottakere, og som svært vellykket av de resterende.

Figur 4.4 *Hvor vellykket vil du karakterisere prosjektet – alle tilskuddsmottakere og fordelt etter målgrupper*



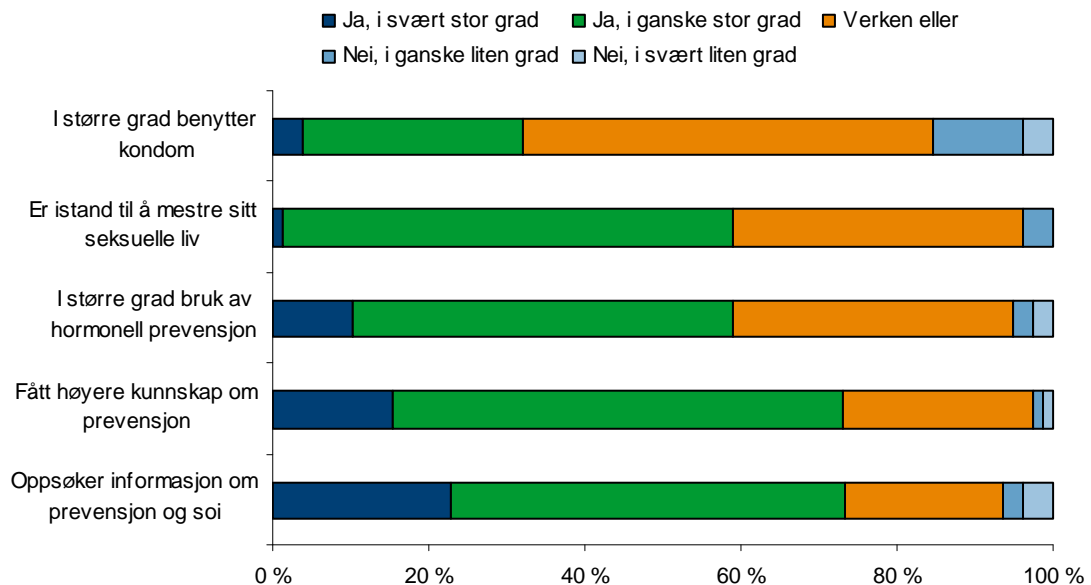
Årsaker til vellykkethet

Tilskuddsmottakerne ble i spørreundersøkelsen bedt om å utdype hvorfor de vurderte prosjektene sine som vellykkede. Her oppgis det mange ulike årsaker knyttet til svært forskjellige forhold. Flere beskriver at årsaken til vellykkethet er godt samarbeid mellom involverte aktører det vises særlig til godt samarbeid mellom skoleledelse, skolehelsetjenesten og de som driver med HSU Enkelte prosjekter som er gjennomført i skoletiden påpeker obligatorisk oppmøte som viktig for suksess. Andre mener at prosjektene er vellykket fordi aktiviteten er gratis og lett tilgjengelig for målgruppen Vellykkethet knyttes også til at det er et stort behov i målgruppa. Flere tilskuddsmottakere nevner at lett tilgjengelighet til prevensjon som følge av at helsesøster og jordmor kan skrive ut resepter på hormonell prevensjon gjør at man lykkes med prosjektene.

Atferdsendringer i målgruppene

På spørsmål om tilskuddsmottakerne har inntrykk av at prosjektet har ført til atferdsendringer i målgruppen, rapporteres det særlig endring i form av at brukerne har fått høyere kunnskap og at flere oppsøker informasjon, Figur 4.5. En del oppgir at prosjektene har bidratt til at flere benytter hormonell prevensjon og er bedre i stand til å mestre sitt seksuelle liv. Færrest oppgir at prosjektet har bidratt til at flere i målgruppene benytter kondom.

Figur 4.5 I hvilken grad har prosjektet ført til ulike atferdsendringer blant målgruppene?



På et åpent spørsmål om hvorfor de har inntrykk av disse atferdsendringene i målgruppene er svarene blant annet som følger:

Flere tester seg for soi, økt prevensjonsbruk, økt aksept for homofile, økt kunnskap om uønsket graviditet/abort og dermed økt villighet til prevensjonsbruk, klamydiaprøver er meget etterspurt, jentene bruker i større grad hormonell prevensjon, kommunen har de siste årene ikke hatt ungdomsmødre.

Flere tilskuddsmottakere sier også at de ser at mange i målgruppene tar kontakt med helsestasjon for ungdom etter undervisningsopplegget på skolen. Men flere påpeker også at dette er vanskelig å vite noe om atferdsendringer i målgruppene, og at det ikke er mulig å se effekt uten å måle den en tid etter gjennomføringen av aktiviteten. Noen fremhever at det var en vanskelig gruppe å jobbe mot, og at det vil ta tid før man ser resultater

Andre ting som fremheves er at aktiviteten har ført til større bevissthet om seksuell helse i målgruppene og en lavere terskel i forhold til å oppsøke helsetjeneste. Det ser ut til at studentene som er vant til å bruke helsestasjon for ungdom fortsetter å bruke studenthelsetjenesten på samme måte.

Vi spurte også om det har vært foretatt undersøkelser for å finne ut om målgruppa anså prosjektet som lærerikt. Om lag 15 prosent svarer at dette ikke er relevant. Av de øvrige svarer 1 av 3 at det er gjennomført evalueringer av prosjektene.

På åpent spørsmål om hva målgruppen har gitt av tilbakemeldinger, refereres positive tilbakemeldinger om at brukerne har fått mer kunnskap særlig om virkninger og bivirkninger ved prevensjonsmidler, at de synes det var lærerikt, at det var gode undervisnings- og formidlingsmåter. Brukerne fikk en arena hvor de turte å stille spørsmål og fikk mer kunnskap om hva det vil si å ta egne valg, og lære å sette egne grenser.

Samarbeid med andre instanser

Alle tilskuddsmottakere samarbeider med andre instanser, noen med mange. Blant alle tilskuddsmottakere er det flest som samarbeider med kommunehelsetjenesten, hele 81 prosent. Det er også relativt mange som samarbeider med grunn- og videregående skole, 61 prosent.

På spørsmål om hvor stor betydning samarbeidet med de ulike instanser har hatt for gjennomføring av aktiviteten, er det flest som oppgir at samarbeidet med skoler har hatt svært stor betydning. Hele 55 prosent av de som har samarbeidet med skoler oppgir at det har hatt svært stor betydning for gjennomføringen, mens 25 prosent oppgir at det har hatt stor betydning. At så mange vurderer samarbeidet med skoler som svært viktig for gjennomføringen av aktiviteten, er ganske klart siden mange av aktivitetene foregår inne i skolen, og dermed er kritisk avhengig av et godt samarbeid for i det hele tatt å gjennomføre den planlagte aktiviteten.

På spørsmål om kommentarer til samarbeid fremheves særlig betydningen av godt samarbeid mellom helsetjeneste og skole som viktig for å lykkes. Andre aktører som nevnes er barnevern og andre instanser.

Oppsummering

- Helsestasjoner for ungdom utgjør den største andel av tilskuddsmottakerne
- Prosjektene er rettet mot et bredt spekter av målgrupper, og de ulike tilskuddsmottakerne jobber mot flere av handlingsplanens målgrupper
- Blant de spesielt sårbare målgruppene, er det flest tilskuddsmottakere som jobber mot personer med innvandrebakgrunn, psykiske lidelser og homofile/bifile
- De målgruppene flest tilskuddsmottakere mener de har nådd svært godt frem til er homofile/bifile, kvinner i prostitusjon og utviklingshemmede, mens færrest mener de har nådd svært god frem til rusmisbrukere, personer med psykiske lidelser og gravide.
- Flest prosjekter jobber mot å lette tilgjengeligheten til prevensjon, å øke tilgjengelighet til veiledning og rådgivning, samt å høyne kunnskapsnivået i målgruppen
- De mest vanlige prosjektarenaer er helsestasjoner for ungdom og skoler
- Tilskuddsmottakerne vurderer selv prosjektene som vellykkede. Årsakene til vellykkethet oppgis å være blant annet godt samarbeid mellom skole og ungdomshelsestasjon, at aktiviteten som tilbys er gratis og lett tilgjengelig, at hormonell prevensjon er lett tilgjengelig, at eksterne midler utløser interne midler i en oppstartfase og at det er et stort behov i målgruppa.
- Flest tilskuddsmottakere mener prosjektene har bidratt til at målgruppene oppsøker informasjon og prevensjon og soi, og at de har fått høyere kunnskap om prevensjon, mens færrest mener det har bidratt til at målgruppene i større grad benytter kondom.

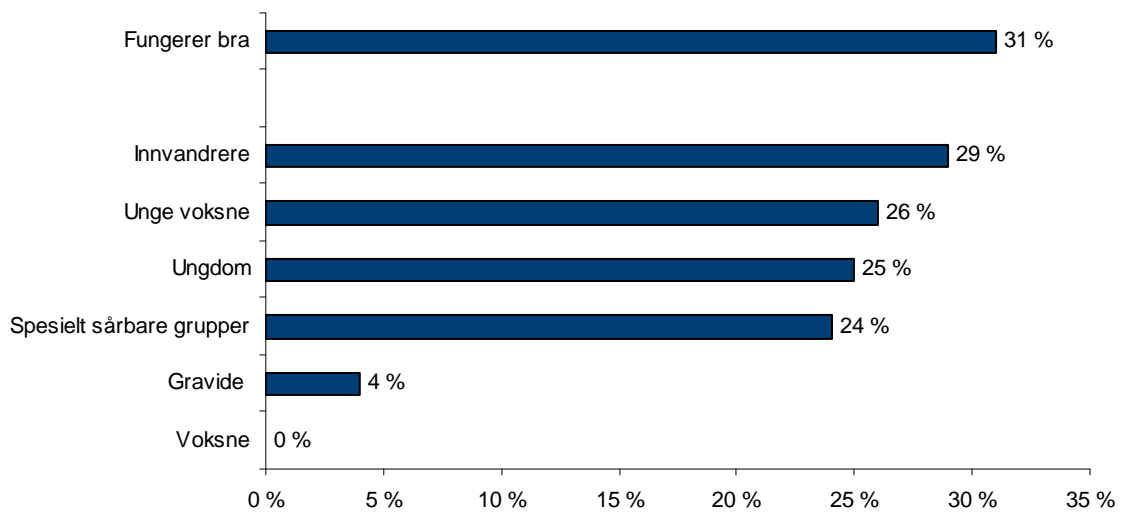
4.6.3 Tilskuddsmottakernes vurdering av sentrale prioriteringer

Hver år i utlysningen av midler over handlingsplanen, oppgir Helsedirektoratet hvilke målgrupper og strategier som vil prioriteres i søknadene.

Økt prioritering av målgrupper

Tilskuddsmottakerne ble spurt om de mente det var noen grupper som burde vært prioritert høyere, Figur 4.6. I gjennomsnitt mener 1 av 3 tilskuddsmottakere at prioriteringene fungerer greit, 1 av 4 mener ungdom og unge voksne burde vært høyere prioritert. 29 prosent mener innvandrere burde vært prioritert høyere, mens 24 prosent mener spesielt sårbare grupper burde vært prioritert høyere. Ingen tilskuddsmottakere mener voksne burde vært prioritert høyere, og kun 4 prosent mener at gravide burde vært prioritert høyere.

Figur 4.6 Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap?



På spørsmål om hvorfor de mener enkelte målgrupper burde vært prioritert høyere nevnes blant annet:

Når det gjelder innvandrere nevnes spesielt inngiftede unge innvandrere og innvandrere på asylmottak. Respondentene mener at unge innvandrere bør prioriteres høyere fordi:

”Seksualitet er ofte tabubelagt. Mange har lite info. Det er mangel på kunnskap og til dels feilkunnskap. Mødre og tanter forteller at de ikke får barn hvis de bruker prevensjon”.

Andre sitat som belyser hvorfor tilskuddsmottakerne mener ulike målgrupper burde vært prioritert høyere:

”Minoritetsungdom har ikke samme tradisjon for å bruke prevensjon.

Erfaringer fra undervisning av denne gruppen tyder på svært lavt kunnskapsnivå og ”ugunstige” holdninger til homofili og omskjæring.

Det er flest aborter blant unge voksne – det tilsier at en bør ha ordninger med fri prevensjon til denne gruppa.

Forsøkte å lage en egen gruppe for innvandrerstudenter, men ingen møtte. De som trenger det stikker innom for individuell veiledning.

Vanskelig å få sårbare grupper i tale.

En del av den gruppen som lett "utsettes for" uønsket svangerskap og abort er en gruppe som ikke oppsøker /ber om veiledning /hjelp før de er gravid, eller har en partner som er blitt gravid

Utsatte og sårbare grupper bør alltid være en prioritering for å kunne skape balanse i samfunnet for øvrig. Det er også de gruppene som ofte trenger mest oppfølging, og som har færrest ressurser selv.

Det har vært mye fokus på jenter og deres ansvar, men det skal to stykker til for å lage et svangerskap. Gutters holdninger, ansvar og plikter har kommet helt i skyggen. Dette er to likeverdige parter.

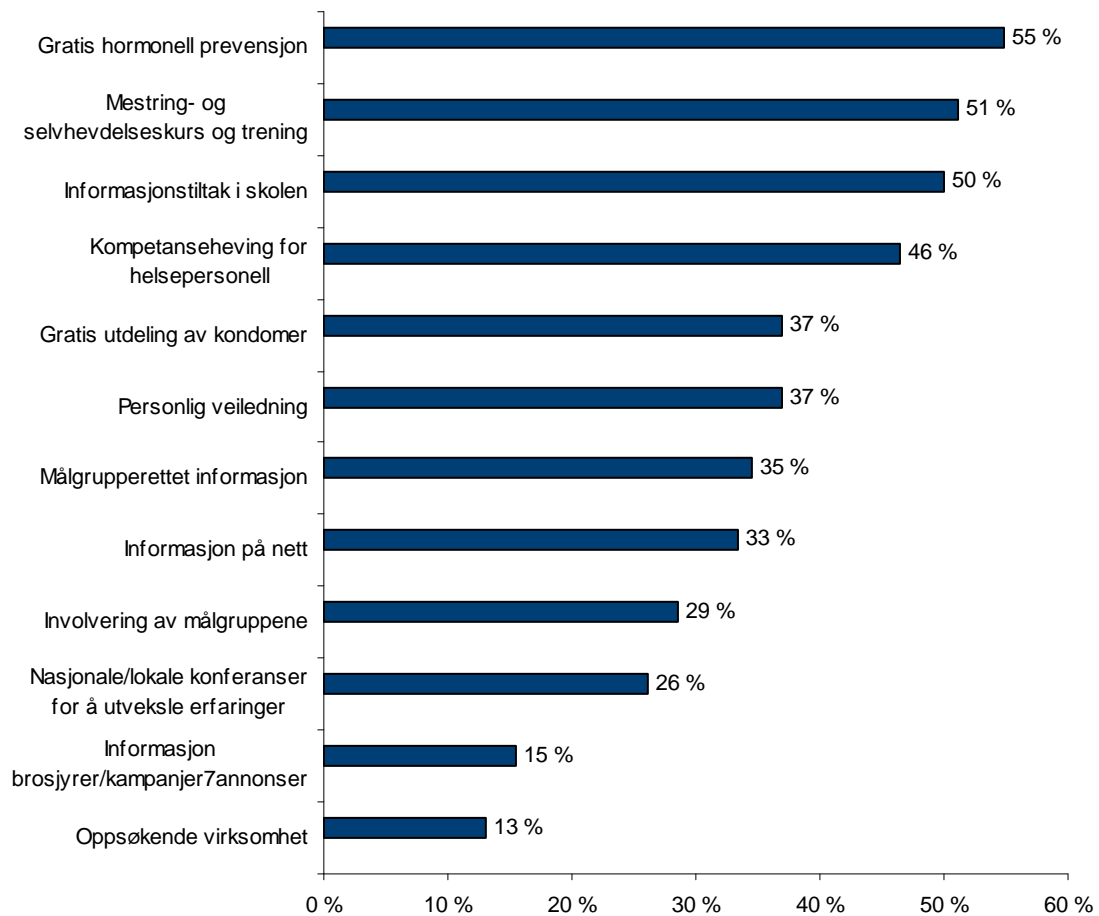
Større fokus på de over 20 fordi abortraten er høy – større fokus på jenter i 15-årsalderen – mange debuterer seksuelt og de får ikke gratis prevensjon. Studenter med dårlig råd.

Større fokus på gutters ansvar.”

Økt prioritering av virkemidler

På spørsmål om det er noen virkemidler som burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort, svarer i overkant av halvparten av tilskuddsmottakerne at gratis hormonell prevensjon, mestrings- og selvhevdelseskurs og trening, og informasjonstiltak i skolen burde vært høyere prioritert. Også kompetanseheving for helsepersonell, gratis utdeling av kondomer og personlig veiledning er det relativt mange tilskuddsmottakere som mener burde vært prioritert høyere, mellom 37-46 prosent. Færrest tilskuddsmottakere mener at oppsøkende virksomhet og informasjonsbrosjyrer/kampanjer bør prioriteres høyere.

Figur 4.7 Hvilke virkemidler burde det vært satset mer på i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort?



På spørsmål om hvorfor de mener ulike strategier burde vært høyere prioritert svarer tilskuddsmottakerne følgende, sitat:

”Tilgjengelighet er viktig for studenter og deres økonomiske situasjon gjør at prevensjon burde være gratis. Det mangler informasjonsbrosjyrer om hvor de får tilgang til prevensjon når de flytter fra hjemkommunen.

Gratis prevensjon til unge jenter og mulighet for helsesøster og jordmor til å skrive resepter er med på å forebygge antall uønsket svangerskap og aborter.

Involvering er det som virker når informasjon er tilgjengelig.

Voksne ”tror” ungdom vet så mye, det opplever vi gang på gang at de ikke gjør.

Vi burde dele på det som fungerer og lære av hverandre. Få tips og ideer. Være oppsøkende i forhold til minoritetsungdom som vi ser bruker tjenesten lite.

Ungdommene er på nett og leser mye der. Kampanjer setter fokus på tema. Faglig oppdatert helsepersonell kan gi en bedre veiledning til ungdommene.”

Oppsummering

- Det er et bredt samarbeid de ulike aktørene i mellom, og de fleste mener at samarbeidet har hatt betydning for gjennomføringen av prosjektene, spesielt skolene trekkes frem som en svært viktig samarbeidspartner
- Et mindretall av tilskuddsmottakerne mener prioriteringen av målgruppene har fungert greit, de fleste har synspunkter på ulike målgrupper de mener burde vært prioritert høyere: Unge voksne, spesielt sårbare grupper og innvandrere.

- I overkant av halvparten av tilskuddsmottakerne mener det burde vært satset mer på styrket seksuell selvråderett og lett tilgjengelig veiledning
- De virkemidlene flest tilskuddsmottakerne mener det burde vært satset mer på er gratis hormonell prevensjon, mestrings- og selvhevdelseskurs og trening og informasjonstiltak i skolen

4.7 Drøfting av tiltak og måloppnåelse i handlingsplanen

Spørreundersøkelsen rettet mot tilskuddsmottakerne viser at prosjektene som er iverksatt er rettet mot et bredt spekter av målgrupper. De mest vanlige prosjektarenaene er helsestasjoner for ungdom og skoler. Flest prosjekter jobber mot å øke tilgjengeligheten til prevensjon, å øke tilgjengelighet til veiledning samt å høyne kunnskapsnivået i målgruppen. De fleste mener de når godt frem til målgruppene. En stor andel av tilskuddsmottakerne mener prosjektene har bidratt til at målgruppene oppsøker informasjon om hiv og soi og at de har fått høyere kunnskap om prevensjon, mens en mindre andel mener prosjektene har bidratt til at målgruppene i større grad bruker kondom. Aktørene har stor tro på lavterskeltiltak og fremhever dialog som det mest effektive for å fremme økt kunnskap og bruk av prevensjon. Mange har gode erfaringer med subsidiert hormonell prevensjon. De målgruppene som flest mener det burde satses mer på er innvandrere, ungdom og spesielt sårbare grupper.

Basert på informasjonen som er fremkommer i spørreundersøkelsen, gjennomgangen av hvordan midlene er fordelt og beskrivelsen av hva de ulike aktørene på feltet gjør (se kap 2) mener vi at de iverksatte tiltakene i stor grad er i samsvar med strategiene i handlingsplanen.

På hvilken måte har de iverksatte tiltakene bidratt til å nå målene i handlingsplanen?

Målene i handlingsplanen er 1) redusert abortrate og 2) at alle skal ha mulighet til å planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv.

Målet om redusert abortrate er ikke nådd. Abortraten blant kvinner i alderen 15-49 år har, slik vi har vist, vært stabil i perioden 2002-2007. Særlige satsingsområder har blant annet vært aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år. I disse aldersgruppene har abortraten henholdsvis vært stabil og økt litt. Abortraten i aldersgruppen 15-19 år har vært lavere i handlingsplanens periode enn tidligere. I eldre aldersgrupper har det til dels vært en viss reduksjon i abortratene.

Tallene indikerer at den yngste aldersgruppen er blitt ”flinkere” til å bruke hormonell prevensjon. Studier indikerer at flere tenåringer har et seksualliv samtidig som både fødselsrater og abortrater har gått ned. Det betyr at i en kontrafaktisk situasjon der man ikke hadde iverksatt tiltak er det sannsynlig at abortraten hadde vært høyere i den yngste aldersgruppen.

Slik vi har vist er det grunn til å anta at endringer i abortratene har sammenheng med endringer i fertilitetsmønsteret. Disse trendene trekker i retning av at flere velger å få barn senere. I aldersgruppen 20-24 år ser dette ut til å bidra til at noen flere velger å ta abort dersom de blir gravide. I aldersgruppen 20-24 år er det ikke grunn til å tro at flere har blitt ”dårligere” til å bruke prevensjon. Antall svangerskap per tusen i denne gruppa var høyere i 2001 enn i de senere årene. Det er lite sannsynlig at det er færre kvinner i alderen 20-24 år som har et seksualliv enn tidligere.

Tilskuddsmottakernes vurderinger av de yngste målgruppene og iverksatte tiltak tyder på at bruken av hormonell prevensjon påvirkes av tiltak som lett tilgjengelige tjenester og subsidierte priser. Det er imidlertid ikke gjort studier som bekrefter slike sammenhenger. Aktørenes kjennskap til ungdom og unge voksne tilsier at det er behov for økt kunnskap, veiledning og lett tilgjengelig prevensjon. De som jobber med prosjektene opplever at de fører til større kunnskap hos målgruppen og at de fører til økt bruk av hormonell prevensjon. Å få til økt bruk av kondomer oppleves som vanskeligere.

Samtidig ser vi at det er begrenset i hvor stor grad informasjon og kunnskap om prevensjon påvirker forekomsten av svangerskapsavbrudd. For å redusere abortraten hos kvinner i begynnelsen av tjueårene er det satt i verk forsøk med lavterskeltilbud rettet mot studenter. Disse tilbyr mange av de samme tjenestene som ungdomshelsestasjonene. Det er for tidlig å si noe om effekten av disse tiltakene. Jmfør utviklingen i de yngre aldersgruppene er det grunn til å tro at slike tiltak kan ha en viss effekt. Samtidig er målgruppen i en annen livsfase, det er langt flere som har et aktivt seksualliv og mange har allerede kunnskap om prevensjon. Slik vi har vist, påvirkes valgene om å ha sex uten prevensjon, av mange faktorer som ikke har med informasjon, tilgjengelighet eller pris å gjøre.

Gjennomgangen har vist at kvinner med innvandrerbakgrunn har en høyere forekomst av abort enn kvinner med norsk etnisk bakgrunn. Forskjellen viser seg i aldersgruppene over 25 år. Samtidig viser intervjuene at mange voksne 1. generasjons innvandrerkvinner har behov for prevensjonsveiledning og at en del har mangelfull kunnskap på området seksuell helse. Mange av tilskuddsmottakerne mener også at det er vanskeligere å nå innvandrerungdom med informasjon og veiledning.

Basert på informasjonen som er fremkommet i undersøkelsen er det grunn til å tro at en høy abortrate blant første generasjonsinnvandrerkvinner har sammenheng med manglende informasjon og kunnskap. Å satse på økt informasjon og veiledning til denne gruppen vil sannsynligvis gi resultater i form av lavere abortrate.

Når det gjelder andre sårbare grupper som funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser erfarer mottakerne av tilskudd at dette er grupper som har utbytte av tiltak. Men man vet imidlertid lite om abortforekomsten i disse gruppene.

Når det gjelder delmål 2 om at alle skal ha mulighet til å planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv kan måloppnåelse på dette målet ikke besvares kvantitativt. De viktigste indikatorene er iverksettelse av tiltak. Det er ikke nødvendigvis en kausal sammenheng mellom delmål 1 og delmål 2. De tiltakene som er iverksatt og aktørenes vurderinger, samt brukernes bruk av tiltak og aktiviteter tyder på at tiltakene som er iverksatt overfor ungdom har ført til høyere kunnskapsnivå og at de fyller et behov. Hvor godt de iverksatte tiltakene samlet sett fanger opp målgrupper som funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og utviklingshemmede er vanskelig å si. Mange av tilskuddsmottakerne mener sårbare grupper burde vært prioritert høyere. Sårbare grupper er mer utsatt for seksuell uhelse enn andre og trenger mer omfattende bistand.

Virkemidler som mange av aktørene mener det bør satses mer på er subsidiering av hormonell prevensjon til de under 16 år, mestrings- og selvhevdelseskurs og informasjonstiltak i skolen. Det presiseres også at det er viktig at kompetansen hos ansatte i lavterskeltiltak må være høy og at brukerne må være trygge på konfidensialitet. Flere av aktørene savner et felles fagmiljø for seksuell helse.

5 Utvikling i indikatorer og vurderinger av tiltak – strategiplanen

Også strategiplanen for forebygging av hiv og soi har en kvantitativ og målbar ambisjon (reduksjon/utflating i antall nysmittede) og en kvalitativ og ikke-målbar ambisjon (god oppfølging av smittede). Evalueringen av måloppnåelsen i arbeidet med strategiplanen må derfor gjøres både med utgangspunkt i størrelser vi kan observere (smitteratene) og størrelser vi ikke kan observere like konkret (oppfølging).

Antall nysmittede med hiv har steget betydelig i det tidsrommet strategiplanen har virket. Antall nysmittede med hiv har økt med 58 prosent fra 2001 til 2007. Antall nysmittede med akutt hepatitt b, syfilis og gonoré har falt eller vært stabilt de siste seks, syv årene. Antall nysmittede med klamydia har vi bare tall for perioden 2005-2007, som viser en stigning, men det mest slående med tallet er det høye nivået på smitten; ca 20 000 årlig. Se nedenfor.

Tabell 5.1 Nye diagnoser hiv og soi. 2001 til 2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hiv	157	205	238	251	219	276	248
Hepatitt b (akutt)	199	179	190	195	140	143	118
Syfilis	33	67	52	43	24	67	61
Gonoré	327	240	241	265	278	236	238
Klamydia					19 963	21 259	22 847

Kilde: Folkehelseinstituttet

Oppfølgingen av personer som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer kunne teoretisk sett måles gjennom spørreundersøkelser om disse temaene, som ble gjort med jevne mellomrom. Det er ikke foretatt slike undersøkelser, men det er gjennomført levekårsundersøkelser og kunnskapsoversikter som forteller noe om utviklingen på området. For øvrig må måloppnåelsen vurderes ved hjelp av indikatorer som iverksatte tiltak på området, og vurderinger fra sentrale aktører på feltet.

Generelt er iverksatte tiltak og sentrale aktørers vurderinger av disse, viktige indikatorer for å vurdere virkningen av tiltakene i strategiplanen, ettersom det er begrenset hva som er gjort av brukerundersøkelser og studier av atferdsendringer.

Hiv smitter gjennom direkte kontakt med viruset som finnes i blod, sæd eller skjede-sekret. Hiv kan smitte ved ubeskyttet sex, ved sprøytedeling, ved blodoverføring og fra mor til barn i svangerskapet, under fødselen eller ved amming. Hepatitt b smitter også gjennom ubeskyttet sex, fødsel og gjennom blod. Syfilis smitter gjennom ubeskyttet sex, og kan også smittes gjennom blodoverføring og gjennom svangerskap. Gonoré og klamydia smitter gjennom ubeskyttet sex.

Gjennom strategiplanen forsøker helsemyndighetene å påvirke den enkelte til å ha en sikrere seksualatferd og unngå sprøytedeling, og dermed forebygge smitte. Sikring av medisinske blodprodukter skal forebygge smitte gjennom blodoverføring.

Virkemidlene rettet mot den enkelte og mot bestemte målgrupper er informasjon, veiledning/oppfølging, likemannsarbeid, mestringstrening, nettverksarbeid, lett tilgjengelig testing og lett tilgjengelige kondomer samt lett tilgjengelige sprøyter. Virkemidlene

rettet mot nøkkelpersonell som jobber med enkeltpersoner og grupper er informasjon, nettverksarbeid, kompetanseheving og forskning. Den underliggende strategien dreier seg om å styrke den enkeltes seksuelle identitet, øke kunnskapsnivået og mestringsevne slik at hver enkelt vet hvordan hiv og seksuelt overførbare infeksjoner smitter og blir i stand til å beskytte seg.

Smitteraten varierer mellom grupper. Enkelte miljøer har høyere utbredelse av hiv og dette medfører høyere risiko for videre smitte. Risikoen har sammenheng med risikabel seksualatferd og sprøytedeling.

I dette kapittelet beskriver og analyserer vi smitteomfanget blant målgruppene for det hiv-forebyggende arbeidet; menn som har sex med menn, utsatte innvandrergupper, utenlandsreisende, injiserende stoffmisbrukere og kjøpere og selgere av seksuelle tjenester. Så beskriver vi smitteomfanget av andre soi. Deretter presenterer vi tiltak som er iverksatt overfor ulike målgrupper og de erfaringer og vurderinger som er gjort av sentrale aktører på feltet. Deretter presenterer vi arbeidet tilskuddsmottakerne gjør og deres vurderinger og opplevde resultater. Til slutt i kapitlet gjør vi en drøfting av sammenhengen mellom iverksatte tiltak og måloppnåelse.

Kapittelet er basert på tilgjengelig statistikk, tidligere undersøkelser og evalueringer, synspunkter fra sentrale aktører som vi har intervjuet, samt resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot tilskuddsmottakerne. Statistikken er hentet fra MSIS (Institutt for folkehelse). Denne statistikken inneholder informasjon om smitemåte og smittested. Opplysningene er basert på hva den enkelte hiv-smittede oppgir, og det er viktig å være oppmerksom på at noen smittede kan gi feil informasjon. Enkelte kan for eksempel oppgi at smitten kom fra en ukjent person for å unngå å bli avslørt som hiv-positiv av tidligere sex-partnere.

Blant dem vi intervjuet, som fikk midler over strategiplanen gjengir vi her erfaringer fra Helseutvalget for bedre homohelse, Helsevernetaten i Oslo kommune, Hiv Norge, Aksept, Pro Senteret, PION, Sosialmedisinsk Senter Tromsø, Folkehelseinstituttet, Olafiaklinikken, Brynsenglegene og Primærmedisinsk Verksted.

5.1 Nærmere om utviklingen i nysmitte hiv og soi

5.1.1 Nysmittede med hiv

Etter å ha vært stabil under 1990-tallet har antall rapporterte hiv-tilfeller økt på 2000-tallet. Økningen man har sett i hiv har i hovedsak sammenheng med at det er flere smittede innvandrere som har kommet til landet og at det har vært en betydelig økning av smitte blant menn som har sex med menn. Det er således langt flere menn enn kvinner blant de nysmittede. Se Tabell 5.2 nedenfor.

Tabell 5.2 Nye hiv-tilfeller. Smittemåte og kjønn – antall. Snittalder – år. 1999-2007

	< 99	99	00	01	02	03	04	05	06	07	Total	%
Smittemåte												
Heteroseksuelt	641	92	131	105	151	153	163	134	164	141	1875	50
<i>bosatt i N</i>	289	27	38	27	28	34	43	33	42	42	603	16
<i>før ankomst N</i>	352	65	93	78	123	119	120	101	122	99	1272	34
Homoseksuelt	699	36	32	39	30	57	70	56	90	77	1186	31
Sprøyter	430	12	7	8	16	13	15	20	7	13	541	14
Blodoverføring	46										46	1
Mor-barn	18	4	3	2	2	5	1	5	6	9	55	1
Annet/ukjent	37	3	2	3	6	10	2	4	9	8	84	2
Kjønn												
Menn				102	122	145	148	122	179	166		
Kvinner				55	83	93	103	97	97	82		
Snittalder. År.						37	35	33	37	35		
Totalt	1871	147	175	157	205	238	251	219	276	248	3787	100

Kilde: Folkehelseinstituttet

Den vanligste smittemåten blant de som er hiv-smittet og som i dag *bor i Norge* er heteroseksuell smitte. De fleste som er smittet heteroseksuelt er imidlertid innvandrere som har blitt smittet før de kom til Norge. Heteroseksuell smittespredning blant personer bosatt i Norge er fortsatt relativt sjeldent. De fleste heterofile smittetilfellene i Norge skjer internt i innvandremiljøene. En del norskfødte menn smittes heteroseksuelt i utlandet, dette er ofte gjennom prostitusjonskontakt. Alle tilfellene av hivsmitte gjennom mor-barn har også skjedd i utlandet. Den vanligste smitekilden i Norge er homoseksuell smitte, deretter heteroseksuell smitte og deretter smitte gjennom sprøyter. Smitte gjennom blodoverføring har det ikke vært noen tilfeller av på mange år.

Snittalderen på nye hiv-tilfeller er ganske høy og gjenspeiler at majoriteten av de som blir diagnostisert med hivsmitte er i aldersgruppen 30-39 år. I 2007 var 44 prosent av alle nye tilfeller i denne aldersgruppen, og 20 prosent i aldersgruppen 20-29 år og tilsvarende i aldersgruppen 40-49 år. Yngre og eldre smittes i svært liten grad.

Heteroseksuelt hiv-smittede i Norge

De fleste i Norge som er heteroseksuelt smittet er altså innvandrere smittet i et annet land *før de kom til Norge*. Tabell 5.3 nedenfor viser opprinnelsesverdensdel for personer som er heteroseksuelt smittet med hiv før de kom til Norge. I perioden 2002-2007 har antallet variert mellom ca 100 og 120 personer. Dette er noe høyere enn tidligere år og har først og fremst sammenheng med en høyere andel flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge.

Tabell 5.3 Opprinnelsesverdensdel for personer som er heteroseksuelt smittet med HIV før de kom til Norge

Kom til Norge fra	< 00	00	01	02	03	04	05	06	07	Totalt 1984-2007		
										M	K	Alle
Afrika	357	70	66	101	90	88	78	102	83	473	563	1036
Asia	34	18	7	17	22	28	17	14	12	17	151	168
Amerika	10	1	1		3		1	3		7	12	19
Europa	16	4	4	5	4	4	5	3	4	23	26	49
Totalt	417	93	78	123	119	120	101	122	99	520	752	1272

Kilde: Folkehelseinstituttet

De fleste som er smittet før de kommer til Norge kommer fra Afrika. Hovedsaklig dreier dette seg om flyktninger og asylsøkere. I tillegg kommer det en del fra Asia, i første rekke dreier det seg om personer fra Thailand. De siste fire årene er det til sammen påvist hiv hos 65 thailandske kvinner. Blant innvandrere som er heteroseksuelt smittet før ankomst til Norge er det en viss overvekt av kvinner.

Blant de som er heteroseksuelt smittet mens de er bosatt i Norge er det en viss overvekt som er blitt smittet i utlandet. I perioden 2003-2007 har både antallet bosatt i Norge som er smittet i Norge og antallet som er smittet i utlandet, vært relativt stabilt. Se Tabell 5.4 nedenfor.

Tabell 5.4 Smittested for personer som er Hiv-smittet heteroseksuelt mens de bodde i Norge

Smittested	< 03	03	04	05	06	07	Totalt 1984-2007		
							M	K	Alle
Norge	183	14	25	16	19	15	106	166	272
Afrika	85	4	2	6	6	4	94	13	107
Asia	66	8	13	6	11	15	114	5	119
Amerika	23	1	2	2	1	1	23	7	30
Europa	31	3	1	2	2	6	22	24	46
Annet	10	2		1		1	12	1	13
Sum utland	215	18	18	17	20	27	265	50	315
Ukjent	11	2			3		12	4	16
Totalt	409	34	43	33	42	42	383	220	603

Kilde: Folkehelseinstituttet

Slik tabellen viser var det i 2007 totalt 15 personer bosatt i Norge som ble smittet heteroseksuelt i Norge. Det ble påvist smitte hos totalt 27 personer bosatt i Norge som var smittet i utlandet. Et flertall av de som blir smittet heteroseksuelt mens de er bosatt i Norge er innvandrere og de fleste av disse blir altså smittet i utlandet. Og mens et flertall av de som kommer til Norge og er smittet før ankomst er kvinner, er det flest menn som blir smittet mens de er bosatt i Norge. Blant de som smittes heteroseksuelt i Norge er det flest kvinner. Blant norskfødte menn som blir smittet heteroseksuelt blir de fleste smittet via prostitusjonskontakt i utlandet. De siste fire årene er det påvist smitte hos 37 norske menn som er smittet i Thailand.

De fleste hiv-smittede *kvinner* i Norge er innvandrerkvinner som er blitt smittet før ankomst til Norge. Også et flertall av de kvinnene som blir smittet mens de er bosatt i Norge er innvandrere. Antallet kvinner som er smittet mens de er bosatt i Norge har vært stabilt i perioden 2003-2007. Se Tabell 5.5 nedenfor.

Tabell 5.5 HIV- infeksjon hos kvinner i Norge etter smittebakgrunn og diagnoseår. Meldt MSIS per 31.10.2007

Smittemåte	00	01	02	03	04	05	06	07	Totalt	%
Heteroseksuell	71	52	74	85	95	87	91	72	627	92
<i>smittet mens bosatt i N</i>	<i>13</i>	<i>11</i>	<i>7</i>	<i>15</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>11</i>	<i>96</i>	<i>14</i>
<i>smittet før ankomst N</i>	<i>58</i>	<i>41</i>	<i>67</i>	<i>70</i>	<i>83</i>	<i>75</i>	<i>76</i>	<i>61</i>	<i>531</i>	<i>78</i>
Annet	4	3	9	8	8	10	6	10	58	8
Totalt	75	55	83	93	103	97	97	82	685	100

Kilde: Folkehelseinstituttet

Homoseksuell smitte

Majoriteten av de som er smittet homoseksuelt er smittet i Norge, og det har som tidligere beskrevet vært en økning av homoseksuelle smittet i Norge i perioden 2003-2007.

Tabellen nedenfor viser smittested for menn som har sex med menn meldt 2003-2007

Tabell 5.6 Smittested for MSM meldt 2003-2007

Smittested	2003	2004	2005	2006	2007
Oslo	32	47	33	57	43
Øvrige Norge	3	4	3	9	14
Utlandet	15	16	18	19	15
Ukjent	7	3	2	5	5
Totalt	57	70	56	90	77

Kilde: Folkehelseinstituttet

Det er i denne perioden det har vært en betydelig økning i hivsmitte sammenlignet med tidligere år. Vi ser av tabellen at andelen som blir smittet i utlandet har vært stabil. Relativt mange av dem som er blitt hiv-smittet homoseksuelt oppgir at de er blitt smittet på arenaer for tilfeldig sex. En relativt stor andel av de som er smittet med hiv i denne gruppen har også en annen seksuelt overførbart infeksjon, se avsnitt 4.1.2.

5.1.2 Nysmitte andre soi

Som vist innledningsvis har antall nysmittede med hepatitt b, syfilis og gonoré gått ned eller vært stabilt i perioden 2002-2007. Antall nysmittede med klamydia har økt. I dette avsnittet beskriver vi situasjonene for disse fire infeksjonene.

Syfilis

Syfilisforekomsten i Norge ble kraftig redusert på 1980- og 1990-tallet. Før 1999 ble de fleste tilfellene av syfilis diagnostisert hos heteroseksuelle som var smittet i utlandet. På 2000-tallet har dette endret seg. Sykdommen har nå blitt endemisk blant menn som har

sex med menn. Den samme utviklingen har blitt observert i mange europeiske land (Folkehelseinstituttet 2007). Tabell 5.7 viser kjønn og smittemåte i perioden 2001-2007.

Tabell 5.7 Syfilis. Kjønn og smittemåte. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kjønn							
Kvinne	1	3	9	7	1	2	1
Mann	32	64	43	36	23	65	60
Smittemåte							
Heteroseksuelt	8	24	23	24	7	11	7
Homoseksuelt	25	43	28	19	17	56	54
Mor-barn	0	0	1	0	0	0	0
Totalt	33	67	52	43	24	67	61

Kilde: Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet fikk i 2007 meldt 61 tilfeller av syfilis, i 2006 var antall tilfeller 67. Dette var en kraftig økning sammenlignet med 2005 da det ble meldt 24 tilfeller. Økningen skyldes en ny oppblussing av utbrudd blant menn som har sex med menn i Oslo. Av de 61 nye tilfellene av syfilis i 2007 var 54 menn som var smittet homoseksuelt. Medianalderen hos disse var 40 år. Blant de som er smittet med syfilis er det en relativt stor andel som har andre seksuelt overførbare sykdommer i tillegg.

Gonoré

Forekomsten av gonoré har blitt betydelig redusert de siste 30 årene, og sykdommen er i dag relativt sjeldent. I 2007 var det totalt 238 diagnostiserte tilfeller av gonoré, mens det var 236 i 2006. Årene 2006-2007 representerte de to årene med lavest antall diagnostiserte tilfeller av gonoré siden 2001. Se tabell 5.8 nedenfor. Siden 1997 er det imidlertid observert en betydelig økning av gonoré blant menn som har sex med menn (Folkehelseinstituttet 2007).

Tabell 5.8 Gonoré. Kjønn og antall. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kvinne	69	31	35	37	52	31	30
Mann	258	209	206	228	226	205	208
Totalt	327	240	241	265	278	236	238

Kilde: Folkehelseinstituttet

Tall fra 2007 indikerer cirka 2/3 heteroseksuell smitte, og 1/3 homoseksuell smitte. I perioden 2002-2006 utgjorde andelen homoseksuelt smittede 38 prosent. Blant de smittede var 85 prosent menn i perioden 2002-2006. 40 prosent av mennene som er smittet oppgir å ha blitt smittet i utlandet, vel halvparten er smittet i Asia. 46 prosent av alle de smittede mennene er bosatt i Oslo.

Klamydia

Antall diagnostiserte tilfeller av genital klamydiainfeksjon har i følge Folkehelseinstituttet (2007) vist en jevn økning de siste åtte år (1998-2006). Det har vært en viss

økning i antallet som tester seg i denne perioden, men i og med at man også finner flere genitale klamydiainfeksjoner blant de som tester seg, antas den observerte økningen i antall tilfeller med klamydia å være et resultat av en reelt økt hyppighet (Folkehelseinstituttet 2007). Økt forekomst kan også ha sammenheng med mer målrettet testing eller mer sensitive tester enn tidligere.

Klamydia ble først meldingspliktig til MSIS fra 2005 ved at laboratorier melder tilfeller én gang per år. Antallet positive prøver økte hvert år fra 1998 til over 17.000 positive prøver i 2004 (Bakken og Skjeldestad 2006). I årene 2005-2007 har det vært en vekst fra 19963 diagnostiserte tilfeller i 2005 til 22847 i 2007. Utviklingen er vist i Tabell 5.9 nedenfor.

Tabell 5.9 Klamydia. Diagnostiserte tilfeller. Kjønn og antall. 2005-2007

	2005	2006	2007
Kvinne	12 209	12 932	14 003
Mann	7 556	8 181	8 674
Ukjent	198	146	170
Totalt	19 963	21 259	22 847

Kilde: Folkehelseinstituttet

I 2005 og 2006 ble det gjennomført i overkant av 260 000 klamydiatester. Det er litt flere enn tidligere år. Slik tabellen over viser er det en langt større andel kvinner enn menn som får diagnostisert klamydia, av 22 847 tilfeller i 2007 var 14 003 kvinner. Fordelingen har sannsynligvis sammenheng med at kvinner tester seg oftere enn menn. Klamydia er særlig utbredt blant unge voksne. Majoriteten av de som blir smittet er i alderen 20-29 år.

Det er høyest forekomst av klamydia per innbygger i de tre nordligste fylkene. Det er færrest som har klamydia i Aust-Agder og Sogn og Fjordane (Folkehelseinstituttet, 2007).

Hepatitt

Etter at vaksine mot akutt hepatitt b for risikoutsatte grupper ble tilgjengelig i 1984, falt innsidens av sykdommen fram til 1995 da det ble observert større landsomfattende utbrudd blant injiserende misbrukere. Dette utbruddet førte også til økt seksuell smitte i misbrukermiljøene. I perioden 2001-2007 har det imidlertid vært en gradvis reduksjon i nye tilfeller av akutt hepatitt b. I 2007 var det totalt 120 tilfeller mot 202 i 2001. Se Tabell 5.10 nedenfor.

Tabell 5.10 Akutt hepatitt b i Norge etter antatt smittemåte og diagnoseår.
Meldt MSIS 1992 - 31.12.2007

Smittemåte	00	01	02	03	04	05	06	07	Totalt	%
Kjønn										
Kvinne		66	57	54	51	41	38	41		
Mann		133	122	136	144	99	105	77		
Smittemåte										
Sprøyter	176	135	120	130	108	84	74	61	888	61,3
Heteroseksuell	48	35	25	33	27	25	35	29	257	17,7
Homoseksuell	6	2	2	4	6	5	9	4	38	2,6
Seksuelt, uspesifisert	17	12	15	16	22	12	14	8	116	8,0
Mottatt blodtransfusjon									0	
Blodeksposisjon i yrke	2	1	4	4			1		12	0,8
Annen blodeksposisjon	1	1	2	1	4		1	1	11	0,8
Husstandskontakt	1	1	1	3	1	2			9	0,6
Perinatal		1					2	1	4	0,3
Ukjent	11	14	14	14	20	11	13	16	113	7,8
Totalt	262	202	183	205	188	139	149	120	1448	

Den viktigste smitekilden er gjennom sprøyter. I 2007 skjedde om lag halvparten av smitten ved sprøytebruk. De fleste som blir smittet seksuelt blir smittet heteroseksuelt. Om lag to av tre som smittes med hepatitt b er menn. Nye tilfeller er hyppigst i aldersgruppen 20-30 år.

5.1.3 Oppsummering av situasjonen for hiv- og soi-smitte

I perioden 2002-2007 har det vært en økning i nye tilfeller av hivsmitte. Økningen er forårsaket av to faktorer; flere hiv-positive asylsøkere og flyktninger fra land utenfor Europa og en økning i smitte blant menn som har sex med menn (msm). Majoriteten av dem som smittes homoseksuelt er smittet i Norge. Majoriteten av dem som smittes heteroseksuelt er smittet i utlandet. En del menn bosatt i Norge smittes på reise, særlig via prostitusjonskontakt. Det har de siste årene ikke vært rapportert smitte fra prostituert til kunde eller omvendt i Norge. Situasjonen blant injiserende stoffmisbrukere har vært stabil i forhold til hivsmitte. Det har vært en vekst i smitte av hepatitt b og c blant stoffmisbrukere.

Det har vært økning i antall tilfeller av syfilis blant menn som har sex med menn. Det har vært en økning i diagnostiserte tilfeller av klamydiasmitte i befolkningen.

Innvandrere

Det har i perioden 2002-2007 vært en økning i antall hiv-positive innvandrere som er kommet til Norge. Flertallet i denne gruppen er kvinner. Mange av dem som er smittet var ikke klar over at de var smittet før de kom til Norge. De fleste kom fra det sentrale og østlige Afrika. I tillegg til asylsøkere og flyktninger er det en del innvandrere fra

Asia blant de som er smittet med hiv. De fleste fra Asia er thailandske kvinner som kommer til Norge fordi de har truffet en norsk mann.

Sammenlignet med tidligere år har det i perioden 2002-2007 vært en økning i nysmitte blant innvandrere bosatt i Norge. Blant innvandrere som blir smittet mens de er bosatt i Norge er det flest menn. I følge Folkehelseinstituttet tyder tallene på at det er en risiko for økning i nysmitte i innvandremiljøene de nærmeste årene.

Norskfødte heteroseksuelt smittede

Majoriteten av smittetilfellene oppsto blant menn som ble smittet i utlandet. Mange oppgir å ha blitt smittet ved prostitusjonskontakt. Det er få norskfødte kvinner som blir smittet med hiv. Tallene har vært stabile.

Menn som har sex med menn

Det har vært en vekst i nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn. En relativt stor andel av de som er smittet med hiv i denne gruppen har også en annen soi. Det har vært en økning i nysmitte av syfilis i denne gruppen, og det viser seg at blant de som blir diagnostisert med syfilis er det nærmere tjue prosent som også har hiv. Syfilis- og hiv-utbruddet blant menn som har sex med menn har nær sammenheng, og smitten skjer i stor grad på de samme arenaer for tilfeldig sex (Folkehelseinstituttet, 2008). Noen av tilfellene som er rapportert med syfilissmitte og gonorésmitte blant menn som har sex med menn har en påvist hiv-smitte fra tidligere. Det viser at enkelte hiv-positive er kjent med sin hiv-status og likevel har ubeskyttet sex.

Majoriteten av menn som har sex med menn er smittet i Oslo. Det antas at mange nysmittede praktiserer risikosex mens virusmengden er høy og smitterisikoen dermed er spesielt stor (Folkehelseinstituttet, 2008). I følge Folkehelseinstituttet rapporterer mange at de er smittet på arenaer for tilfeldig eller anonym sex, og Oslos to saunaer oppgis relativt hyppig som smittested både for hiv-infeksjon og andre seksuelt overførbare sykdommer. De siste årene har om lag 20 personer hvert år oppgitt å ha blitt smittet på sauna. Fra flere hold, blant annet Helseutvalget for homofile, er det imidlertid stilt spørsmål ved troverdigheten i disse opplysningene. Noen kan oppleve det som lettere å oppgi sauna som smittested enn å fortelle om kjente sex-partnere.

Injisierende stoffmisbrukere

Antall nye tilfeller av hivsmitte blant injiserende stoffmisbrukere har vært stabil i perioden 2002-2007. Grunnen til den stabile og lave smittefrekvensen blant intravenøse brukere er ikke helt klar, men et høyt testnivå kombinert med åpenhet i miljøet og frykt for å bli smittet er antatt å være viktige faktorer.

Samtidig viser utbruddene av hepatitt a og b i de senere årene og den høye forekomsten av hepatitt c i denne gruppa, at det fortsatt er utstrakt deling av sprøyter. Den fremtidige situasjonen er derfor betraktet som svært uforutsigbar.

Prostitusjon

Det er ikke rapportert om personer som er blitt hiv-smittet gjennom kjøp eller salg av seksuelle tjenester i Norge i perioden 2002-2007. Når det gjelder kjøp av seksuelle tjenester fra mannlige prostituerte er kunnskapen svært begrenset. Det er beregnet at det er ca 3200 kvinner i prostitusjon i Norge. Utbredelsen av mannlig prostitusjon er det

begrenset viten om. Det har vært en økning i antall utenlandske prostituerte, særlig blant de som jobber med gateprostituasjon. Disse kommer hovedsakelig fra Afrika og Øst-Europa, det vil si land med høy utbredelse av hiv. Antall hivtester som er tatt ved Pro Senteret har økt fra 266 i 2004 til 564 i 2007. I 2007 ble det funnet 3 hivpositive tester

Blant annet Pro Senteret distribuerer svært mange kondomer til prostituerte. Det antas at bruken av kondomer er høy.

Ungdom

Det har vært en vekst i antallet som er smittet av klamydia. Tiltakene for å forebygge klamydia hos ungdom er integrert i tiltak rettet mot ungdom for å forebygge uønsket svangerskap, jf kap 4. Kondombruken blant ungdom ser ikke ut til å ha økt.

Det er lite hivsmitte blant ungdom. Noen unge er smittet homoseksuelt. Det er ikke rapportert om ungdom som er hiv-smittet heteroseksuelt i Norge.

5.1.4 Menn som har sex med menn, hvorfor økt nysmitte?

Menn som har sex med menn er den gruppa som er mest utsatt for hivsmitte i Norge. Mens tallene for nysmitte var stabile på begynnelsen av 2000-tallet fikk man en kraftig økning i 2003. Denne økningen har fortsatt til tross for at menn som har sex med menn har vært den gruppa det er satset mest på forebyggende tiltak i forhold til.

Mulige årsaker til økning i hivsmitte blant msm kan i følge Folkehelse ha sammenheng med både økende smittsomhet og mindre beskyttelse. Økende smittsomhet kan skyldes at høy forekomst av andre soi øker smittsomheten, mange nysmittede øker smittepresset og økt forekomst av smitte kan føre til akselerering av smitten. Mindre beskyttelse kan handle om redusert trusseloppfatning pga mer effektiv hiv-behandling, hiv-smittede er mindre syke og dermed mindre synlige og det kan være en informasjonstretthet i miljøet. En tredje faktor kan være at det er mer risikosex enn tidligere som følge av lettere tilgang til tilfeldig sex.

Det er i ulike sammenhenger påpekt at mulighetene for sjekking gjennom kontaktannonser på internett har økt tilgjengeligheten til tilfeldig sex betraktelig de siste årene.

På spørsmål om hva de tror har ført til økningen svarer aktørene som har jobbet med målgruppa følgende:

Det er veldig sammensatt. Det handler mye om at antall hiv-smittede hele tiden blir flere. Dermed øker risikoen for å bli smittet, selv om faren for å smitte andre er lav hos de som går på medisiner.

Når antall smittede øker så øker antall nysmittede. Tror det er for lite tilgjengelig info til de unge.

Det var mye info om hvordan hiv smitter og de (de homofile) tok ansvar i en lang periode. Nå ser det ut som mange ikke har så mye kunnskap. Når vi svarer på spørsmål får vi mye spørsmål om smitte.

Det var massiv info om hiv på slutten av 80-tallet. Det er ikke like massivt nå. Mange yngre, ny-utsprungede homser er ikke så flinke. De er ikke blitt eksponert for like mye info.

Kunnskapsnivå i befolkningen er skremmende lavt i forhold til hva vi innbiller oss.

Det er skremmende mange med dårlige kunnskaper. "Herregud, hvor har du vært?" tenker jeg da. Det handler også om kondomtrette eldre. Mange myter florerer for eksempel er det mange som tror at "bare jeg er aktiv så går det greit".

Det er mye bedre prognoser. Etter at medisinerne kom og det er blitt mulig å leve med hiv, så har det ført til et mer avslappet forhold til hiv. Men det oppleves fortsatt som katastrofe for de som får det.

Vi ser at det er en del åpne homser i 30-åra blir smittet. Folk som har et godt grunnlag for ikke å bli smittet – men som ser ut til å være lei av kondombruk, og gir litt f.

Man snakker om at man ikke klarer å praktisere sikrere sex og bruker informasjonstrøtthet som forklaring. Jeg tror det handler om mer enn det. En spørreundersøkelse viser sju prosent nedgang i bruk av kondomer. Dette er ikke så mye, det kan ikke forklare økningen i hiv-tall. Jo mer godt fungerende og friske de hiv-positive er, jo større er risikoen for å ha sex med noen som er smittet. Enkelte hiv-positive har mange partnere og mye usikker sex. Vi tror at det er denne gruppen som driver smitten videre og fører økningen i antall nysmittede videre. Promiskuøs sex er ikke tilfeldig. De som ikke har praktisert sikker sex før de ble hiv positive, gjør det ikke nå.

Svarene dreier seg til dels om økt smitte fører til mer smitte, at mange ikke er godt nok informert og at noen tar sjansen til tross for kunnskap. Noen mener også at et vesentlig moment er at hiv-positive som har hatt mange partnere og praktisert usikker sex tidligere, ikke endrer atferd etter påvist hiv.

Det er begrenset hva som er gjort av undersøkelser at seksualvaner hos menn som har sex med menn. Det er ikke gjennomført omfattende seksualvanestudier siden 2002.

I 2003 ble det gjort en anonym undersøkelse blant menn som har sex med menn i Oslo (Aidsinfo, 2004). Undersøkelsene ble utført i ulike saunaer, barer og andre treffsteder for menn som har sex med menn. Undersøkelsen må tolkes med forsiktighet ettersom utvalget er lite, men den gir indikasjoner på seksualvaner og testing blant menn som har sex med menn. Av respondentene svarte 87 prosent at de hadde tatt en hiv-test en gang eller flere, mens 67 prosent svarte at de hadde tatt en hiv-test de siste 22 måneder. 30 prosent hadde hatt ubeskyttet sex med en tilfeldig partner de siste 12 måneder, mens 52 prosent har hatt ubeskyttet sex med en fast partner de siste 12 måneder. Av de som hadde hatt ubeskyttet sex med en fast partner var det 60 prosent som også hadde hatt ubeskyttet sex med en tilfeldig partner.

Undersøkelsen indikerer at det er en relativt høy andel som har ubeskyttet sex med tilfeldige partnere.

Hvorfor har noen en utstrakt risikoatferd

Kunnskap er en nødvendig forutsetning for sikker seksualatferd, men ikke tilstrekkelig. En del av dem som er blitt hiv-smittet har sannsynligvis hatt et for dårlig informasjonsgrunnlag, men det er all grunn til å tro at mange vet at de utsetter seg for en risiko, men velger å ta sjansen. Som tidligere vist har medianalderen for menn som blir smittet gjennom sex med menn vært mellom 35 og 37 de siste årene. Medianalderen for syfilis-smittede var 40 år i 2007. Det betyr at mange gjennom årenes løp har fått informasjon om smittemåte.

Hvorfor har noen en utstrakt seksuell risikoatferd? I intervjuundersøkelsen spurte vi hva aktørene tror er årsaken til at de som er godt informert likevel tar sjansen. De vi snakket med la vekt på følgende:

Noen pekte på at risikoatferd er et generelt fenomen:

En parallell er kjøreatferd og røyking. Dette er kanskje samfunnsproblemer som man ikke kan få gjort så mye med.

Hva som gjør at man kan være så godt underrettet og likevel utsette seg for risiko? Det er en parallell med annen risikoatferd. Utgangspunktet er at vi har alle en sterk vilje til å bevare vår helse. Og det paradokset at noen tar en stor sjanse seksuelt finnes det ingen svar på.

Usikker sex kan ha sammenheng med å ville å leve intenst og sterkt. Det er ikke bare i disse miljøene. Det kan sammenlignes med risikoidretter.

Flere pekte på usikker seksuell identitet og manglende åpenhet som en av årsakene:

Det er en liten gruppe som har promiskuøs sex, en liten gruppe som faller inn under den gruppen. De beveger seg på gråsonearnaen og er en viktig målgruppe i det hiv-forebyggende arbeidet. For mange av dem som beveger seg innenfor de gråsonearnaene – er det slik at de kompensere med sex, den eneste måten de får nærhet med andre mennesker på er sex – dette er den eneste arenaen de er åpne på.

Det er ikke tilfeldig at noen grupper er mer utsatt enn andre. De beveger seg på faste arenaer, for eksempel saunaer. Der er det både hiv-positive og hiv-negative. Det er et reservoar også putter man det inn i et lite Norgesglass. Men det forklarer ikke hvorfor de på disse arenaene ikke klarer å håndtere å ha sikrere sex. Det handler om usikkerhet, komme ut av skapet-problematikk, etablere seg på nytt osv.

Biseksuelle menn er utsatt. De er ikke åpne og er preget av depresjon og aggresjon.

Jeg tror ikke noe på russisk-rulett hypotesen i saunamiljøer, dvs. at noen har ubeskyttet sex for spenningens skyld. Tror det er mer ubredt at de har et uhåndterbart liv

Det kan ha med mangelfull kommunikasjon å gjøre:

Noen ganger handler det om manglende kommunikasjon. Den ene tror den andre har signalisert at han ikke er smittet, den andre tror det motsatte. Det har også mye med rus å gjøre.

Det er også sexfester som hiv-positive har hvor det ikke egentlig er meningen at negative skal delta, de kommuniserer uklart og gjennom signaler. Det gjør at også hiv-negative er der. Noen hiv-positive er vant til å ha fester hvor de har sex med mange – derfor fortsetter de med dette.

Det kan være noe som skjer en gang i blant.

Noen skylder litt på fylla, noen skylder på forelskelse” – lett å tenke: i kveld orker jeg ikke kondom, og han sa han hadde testet seg og var negativ. Fryktelig mange som vet bedre, men det er viktig: veldig mange er jo flinke. ”80 prosent er flinke 80 prosent av gangene”.

Bruken av rusmidler er nok større i msm gruppen enn den er generelt, gjør at man trækker over noen grenser og barrierer, gir litt f, i forhold til hvordan man normalt ville handlet i forhold til kondombruk, det på virker nok også noe.

Disse svarene viser at å få til atferdsendring kan være svært vanskelig. Seksualatferd henger sammen med den enkeltes psyke og følelsesliv og vurderinger som blir gjort i øyeblikket og som ofte påvirkes av rus.

5.2 Erfaringer med iverksatte tiltak

I dette avsnittet redegjør vi nærmere for erfaringer fra tiltak iverksatt overfor de ulike målgruppene, deretter presenterer vi resultatene fra spørreundersøkelsen.

5.2.1 Nærmere om erfaringer fra ulike tiltak rettet mot msm

Dersom man ser på tiltakene som har fått tilskuddsmidler over strategiplanen rettet mot forebygging blant menn som har sex med menn har tiltakene til dels handlet om informasjon rettet mot mange (gjennom nett, brosjyrer osv.), oppsøkende virksomhet og lavterskeltiltak med mulighet for veiledning og testing samt nettverksarbeid og gruppevirksomhet (jfr kap 3). Den absolutt mest sentrale aktøren har vært Helseutvalget for homofile. Øvrige sentrale aktører har vært Brynsenglegene og Olafiaklinikken, samt at Helsedirektoratet har finansiert annonser på nettsteder og i blader rettet mot menn som har sex med menn. Midlene har gått til tiltak som er i tråd med de strategiene som er beskrevet i strategiplanen. Agendas evaluering av Helseutvalget (2007) sier også at Helseutvalget har et bredt spekter av tiltak innenfor strategiplanen. Vi vil nedenfor gjennomgå erfaringer og synspunkter på ulike tiltak.

Lavterskeltiltak

Et viktig tiltak for å øke testhyppighet og muligheten for individuell veiledning har vært satsing på lavterskeltiltak. Det har i perioden strategiplanen har virket blitt gitt ekstra midler til denne type tilbud til menn som har sex med menn. Erfaringene fra de som jobber med slike tiltak er at behovet er stort, dialog er viktig, de opplever å ha en god mulighet for å påvirke, men også at det er en utfordring å endre atferd:

De forteller om pasientene:

”vi mottar folk fra hele landet ”Fly fra Ålesund, tog fra Oppland”. Mange synes det er vanskelig å ta opp disse tingene med andre leger. Vanlige leger vet ikke så mye om homohelse, eller hiv, og kan ikke snakke med homoer om seksuell helse. Vi har også noen bifile menn, som ikke vil snakke med fastlegen som også har kona og barna som pasienter.

En typisk pasient er en singel mann på 30 +/- 5 år. Som har litt sex her og der, med kjente og ukjente partnere. Vi har mange som er symptomfrie, men som går hit som en rutinesjekk.

Tror vi har et representativt utvalg av de homofile. Vi mener at alle bør teste seg en gang i året, selv om man har sikker sex. Det er mange som lider av smitteangst – sjekker seg oftere enn de burde. Noen sjekker seg veldig ofte, fordi de lever farlig. Folk som har mye risikosex sjekker seg nok ikke så mye som de burde.

Men de opplever også at det kan være utfordrende å få kontakt med en del i målgruppa:

Det som er utfordrende er å få kontakt med de som det virkelig er nødvendig å få kontakt med.

Det er hele tiden en utfordring å nå ut til marginaliserte grupper: innvandrere, bifile, folk på bygda. Tror verken vi eller Helseutvalget klarer å komme i kontakt med disse miljøene. Jeg tror mange bifile distanserer seg fra å være homofil. Tror heller ikke Helseutvalget når fram til de bifile. Tror mange bifile syns det er skrekkelig vanskelig å komme hit og vite at man er sammen med en drøss homofile. Alt for få innvandrere kommer hit. Kommet noen flere etter hvert. Alltid vært hodebry å få tak i innvandrere som driver homosex.

Dialog trekkes fram som svært viktig for å lykkes med å få flere til å praktisere sikrere sex, men utfordringene kan være store:

Hvis vi snakker for mye om ansvar og smitte så vil ikke pasienten komme igjen. Vi har mannlige pasienter som har sex med menn og refererer den mest himmelropende praksis, gang etter gang.

Vi kan ha snakket med dem grundig flere ganger. Likevel greier de å bli smittet. Det er ikke lett å være lege da.

Det er en viss diskrepans i våre advarsler og i vår trøst. Noen tenker at dersom man får hiv, så kan man jo bare ha sex med hiv-positive i stedet. Men, det er ikke greit å skulle leve med hiv resten av livet.

Vi har forsøkt kollektive samtalegrupper med menn med mye risikosex, dette har vært vellykket andre steder, men de vi har spurt her vil ikke

Vi ser at erfaringene fra lavterskeltiltakene er at de kommer i kontakt med en del av de som har mye risikosex, samtidig mener de at det er grupper som biseksuelle og innvandrere som er vanskelig å nå. De tror at dialog og individuelle samtaler er det som er mest hensiktsmessig for å påvirke atferd. Men de erfarer også at atferdsendring er vanskelig. Det oppleves som et dilemma at de både skal kommunisere at medisinene er effektive og gode og at det går an å leve bra med hiv, samtidig som de skal kommunisere at hiv er noe pasientene for enhver pris bør unngå å pådra seg.

Oppsøkende miljøarbeid på saunaer

Saunaene i Oslo er det stedet som hyppigst oppgis som arena for smitte gjennom tilfeldig sex. Som følge av dette har Helseutvalget i samarbeid med Olafiaklinikken og Brynsenglegene lagt vekt på å drive forebyggende arbeid med informasjon og tilbud om testing på saunaene. I evalueringen av Helseutvalget anbefaler Agenda at det forebyggende arbeidet på saunaer bør satses på videre.

Vi kunne tenkt oss å jobbe mer på arenaer som saunaer. Men det er en nonverbal arena, det gjør det vanskelig og gjør det til en tung arena å jobbe på. Det er en utfordring å få til gode prosjekter der. Vi har informasjon, plakater, kondomer, budskap på skapdørene – noen ganger tilbud om hiv test.

Det har vært forslag om å stenge saunaene. Intervjuene viser at de fleste som jobber på dette feltet ikke er enig i at det er et godt tiltak. En som imidlertid mener at saunaene burde stenges sier følgende:

Jeg tror ikke noe på saunaer som forebyggingsarenaer. Saunaer gjør risikosex lett tilgjengelig. Atferdsendring er vanskelig, men det går an å endre rammene og gjennom det påvirke atferd.

Svenskene forsøkte å stenge saunaene. Det hjalp ikke, det dukket opp videoklubber i stedet. Ingen vet hva resultatet blir hvis vi stenger saunaene, men det kan bli litt bedre. Tilgjengelighet øker risikoen.

Argumenter mot å stenge saunaene:

Det er usikkert om alle som sier de er smittet på sauna faktisk er det. Det kan være noe de sier for å slippe unna smitteoppsporing. De som har usikker sex på sauna har usikker sex på andre steder også. Dette handler om holdninger og atferdsendring. Å stenge saunaene er å forflytte problemet. I løpet av en måned hadde vi hatt tre nye steder hvor vi ikke hadde hatt tilgang, saunaer gir større muligheter for bedre forebyggende tiltak. Kondomer er tilgjengelige.

Stenging vil ikke redusere sex med ukjente partnere, men atferden kommer på arenaer med usikker sex hvor det ikke er informasjon og ingen kondomer. Det er for lett å si at alle kommer til å flytte seg. Men saunaene kan tilrettelegges for sikker sex. Summen av usikker sex kommer til å bli høyere. Det er behov for en satsing på å øke kompetansen hos de som jobber på saunaene. Saunaer må være klare og tydelige på hva slags atferd som er akseptabel og ikke akseptabel, det er viktig å gjøre dem så seriøse som mulig. De må være tydelige på hva som er akseptabelt. Jeg har tro på at stedene kan gjøres mer seriøse. Folk som er ruset nektes adgang nå. Det er viktig å lære opp de som jobber der til å identifisere rus. Rus bryter ned hemninger. Vi vet at det er mye nonverbal kommunikasjon på en sauna. Det er nyttig å diskutere tolkning av disse nonverbale signalene. Det er en seksuell situasjon hvor folk er usikre og utrygge, det er behov for en alminnelig bevisstgjøring slik at folk tør å stille krav (om bruk av kondom).

Det skjer smitte der, men det kan skje også andre steder. Men mengden av det er vanskelig å vurdere. Det foregår mye på saunaene, men stenger man saunaene vil det flytte den usikre sexen til andre arenaer. Men det er ikke så hensiktsmessig å ha saunaene åpne hele døgnet. Mange fulle folk som ikke har fått napp drar på saunaen i sene nattimer. Burde stenge det kl. 02.

De ulike perspektivene på forebyggende arbeid på saunaer illustrerer ulike syn på muligheten og behovet for å endre rammebetingelser for å gjøre risikosex mindre tilgjengelig.

Informasjon på nett

For å fange opp flest mulig i målgruppen menn som har sex med menn er det iverksatt en del informasjonstiltak på internett, blant annet på nettsiden Gaysir. Dette mener intervjuobjektene har hatt god effekt:

Det er grunn til å tro at informasjon på nettsider når mange, og at det når utover de som definerer seg som homoseksuelle.

Ettersom ulike nettsider ofte fungerer som kontaktarena for msm er det grunn til å tro at informasjon på samme nettsider vil nå de som praktiserer tilfeldig sex.

Testing

Å øke testaktiviteten er et viktig mål i strategiplanen og det er iverksatt flere tiltak for å gjøre hiv-tester lettere tilgjengelig. Statistikk viser at en del av dem som tester positivt har testet negativt relativt kort tid før den positive testen. Flere påpeker at menn som har

sex med menn og som tester negativt bør følges opp bedre, testingen indikerer risikosex og gjennom oppfølging kan mulig å redusere risikoen for smitte senere.

Følgende er kommentarer på testing:

Det viser seg at de som tester positivt har blitt testet tidligere testet. Det er nødvendig å fange dem bedre opp i testsituasjonen, da kunne man bidratt til å løse de utfordringene de har. Tror mange gjør hiv-testing ubevisst, det er ikke koblet til atferdsendring.

Testing i seg selv fører til at folk blir kjent med status og kan forhindre smitte. Det er veldig mange er flinke til å teste seg, men også mange som ikke gjør det.

Halvparten av alle som tester positivt på hiv har en negativ hiv test tett opp til den positive testen. For meg tyder dette på at kvaliteten på pre-og post test er dårlig og en direkte årsak til at vi ikke fanger opp personer som er i faresonen for å få hiv. Alt for mange økonomiske hensyn tas når man skal tilrettelegge testtilbud. 20 prosent er msm og står for 80 prosent av de alvorlige infeksjonene, allikevel blir de ikke innkalt for samtale når de har tatt en hiv-test. De hører ingenting hvis testen er negativ. Mye rom for feilvurdering og muligheten for å fange opp negativ atferd som har sammenheng med dårlig psykisk helse eller rusproblemer benyttes ikke.

Enkelte har ikke tro på testing som forebyggende:

Høy testing, det er mye man ikke har dokumentasjon for om hjelper.

Erfaringene tilsier at testing ikke er tilstrekkelig i seg selv. Det er viktig å knytte testingen til veiledning for å oppnå mål om sikrere seksualatferd. I følge Helse- direktoratet viser canadiske undersøkelser viser dessuten at for en relativt stor andel i risikoutsatte grupper oppleves kostnadene ved å risikere en positiv hiv-test som så store at de unngår å teste seg.

Smitteoppsporing

Bedring av smitteoppsporingen er en viktig strategi i strategiplanen. En av utfordringene er at hiv-smittede ofte blir raskt henvist videre fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Da risikerer man at ingen tar fullt ansvar for smitteoppsporing:

En aktør som jobber med smitteoppsporing sier:

Smitteoppsporing. Vi tar det ikke med en gang. Vi tar det etter hvert. Får navn, vedkommende ringer eller legen ringer uten å oppgi navnet.

Jeg tror det stemmer at smitteoppsporingen ofte er for dårlig. Det er en diskusjon om hvem som skal gjøre det.

Helseutvalget har hatt et "buddyprosjekt" der hiv-positive har veiledet nysmittede om hvordan smitteoppsporing bør gjøres. Dette mener de har vært veldig vellykket:

Vi har satt i verk et prosjekt for å forbedre praksisen. Om hvem skal gi beskjed og hvordan. Mange har manglende tillit til helsepersonell.

Sverige et eksempel på det hvor praksisen har vært streng med hensyn til politi- anmelding. Det har gått veldig dårlig.

Å forbedre arbeidet med smitteoppsporing har vært et viktig delmål i strategiplanen. Aktørene vi snakket med mener det fortsatt er mye som mangler på dette området.

Hva oppfattes som særlig viktig

I undersøkelsen ba vi om synspunkter på hva aktørene som jobber på feltet opplever som særlig viktig i arbeidet med å forebygge hiv. Sitatene nedenfor viser noen av svarene:

Dette med å utdanne helsepersonell og gi bedre kunnskap det er viktig, det drives med det i Helseutvalget, og de er veldig flinke.

Det er viktig å nå ut mot alle. Hiv smitter jo ikke bare på sauna. Må utdanne absolutt alle msm om å ha sikker sex. Man bør fokusere på de utsatte gruppene i målgruppa (msm)

Det er viktig å holde testefanen høyt

Hiv rammer skjevt. Det rammer menn som har sex med menn. Når man jobber med psykisk helse og identitet i forhold til homofile så vil dette forebygge hiv på sikt. Homofile er en skjult minoritet som i likhet med andre minoriteter har mange problemer knyttet til stigma og minoritetsproblematikk. Avstigmatisering er et viktig mål – hiv rammer grupper som fra før av var stigmatisert

I forebyggingsarbeidet fungerer peer to peer som metode best. Men organisasjonene kan ikke gjøre denne jobben alene, vi må gjøre dette sammen med offentlige helsetjenester. Det er bare de frivillige organisasjonene som når ut til målgruppene

Det er viktig at forebygging i subgrupper må gå parallelt med antidiskrimineringsarbeidet.

Vi ser at satsing som oppfattes som særlig viktig er i tråd med strategier og tiltak i strategiplanen. Det handler om testing, kompetanse hos helsepersonell, bedre levekår for utsatte grupper og likemannsarbeid.

Følgende tiltak etterlyses:

Man bør løfte mer fram sammenhengen mellom rus og praktisering av sikrere sex. Det er mer usikker sex blant de som går ut mye.

Man har vært litt for redd for å trække folk på tærne. Dobbeltheten i advarsel mot smitte og trøst om gode medisiner. Man har vært litt for lite brutale med å fortelle hvordan det er å leve med hiv. Man kan godt være litt tøffere. Det kan være ganske jævlig å ha hiv. Det er mye om stigmatisering i forbindelse med å leve med hiv, men lite om hvor jævlig det kan være.

Flere blant de frivillige aktørene etterlyser flere tiltak i det offentlige rom.

Man må løfte frem budskap om sikrere sex slik at man møter det i det offentlige rom, jf piggrådkampanje med boards mot gonoré, det fikk ned tallene betraktelig.

Det er viktig at de møter budskapet de får på homoarenaen også på andre arenaer.

Informasjonsvirksomhet til grupper av befolkningen innvandrere og ungdom. Det er viktig å nå de som er eksperimenterende, de som tester grenser, rus, seksualitet.

Flere påpeker altså behovet for at menn som har sex med menn møter informasjon om hiv på flere arenaer, når sykdommen ikke snakkes om i det offentlige rom blir informasjonen i mindre grad tatt inn, og taushet rundt sykdommen bidrar også til å gjøre det enda vanskeligere å være åpen om hivsmitte.

Virker tiltakene?

De fleste som jobber på dette feltet mener at tiltakene virker. Noen viser til at man har et lavt antall hiv-smittede i Norge:

Vi vet ikke hvor mange smittede vi kunne hatt hvis det forebyggende arbeidet ikke hadde vært så bra. Det foregår et kontinuerlig arbeid i Norge for å forebygge hiv, et samspill mellom offentlige institusjoner og private. Dette fungerer veldig bra.

Jeg tror man har brukt pengene ganske riktig i Norge. Tross alt er det ikke så mange som er blitt hiv-positive. Det er bra med fokus på MSM. Informasjon og lavterskeltilbud for at folk skal komme og teste seg. Det burde kanskje vært flere sånne tiltak?

Noen mener at reduksjonen i midlene til forebyggende arbeid resulterte i økning i antall smittede:

Jeg mener at man ser at man ser en tydelig sammenheng mellom reduksjon i midlene reduksjon i det forebyggende informasjonsarbeidet og at hiv tallene har gått oppover. Veldig opplagt at det har en sammenheng, fra 34 millioner til 19 millioner. Man får gjort lite hvis man ikke har penger. Smitteøkningen kan være en konsekvens av at man har kuttet ned det forebyggende arbeidet. I 2001-2002 lå alt arbeidet nede.

Det vises til enkelttiltak:

Satsingen på saunaer var i 2007. Det har vært en nedgang i smitte i 2007 sammenlignet med 2006. Det må tolkes forsiktig, men vi må tro det vi gjør har en mening. Det er vanskelig å vite om satsingen har ført til atferdsendring. Folk blir engsteligere når det blir høyere tall og så blir de uforsiktig igjen. Det hadde vært interessant å gjennomføre en intervjuundersøkelse om tiltakene faktisk førte til atferdsendring.

Forebyggende helsearbeid er alltid krevende:

Må tro at informasjon og kompetanse gir gevinst. Det er dette alt handler om i forebyggende helsearbeid – det er basert på tro og politiske mål. Det gjelder generelt for forebyggende helsearbeid at det handler om informasjon og kunnskap, men at man ikke vet så mye om effekten. Helsedirektoratet og kunnskapssenteret bør tørre å ta kjølige vurderinger for å vite om denne type forebyggende arbeid er effektiv. Det er særlig nødvendig på områder som det er så mye fokus på. For øvrig er dette problemstillinger som finnes innenfor alle områder i forebyggende helsearbeid, det er vanskelig å vite om det virker. Man må tørre å ta i det.

Men noen har liten tro på de tiltakene som er iverksatt:

Det har ikke vært noen endring i kondombruk. Det har ikke blitt noe bedre på 20 år. Det finns ikke noe fasitsvar på hvordan endre seksuell atferd, jf røyking er også et felt hvor det er vanskelig å endre atferd. Tror atferd endres når man skjønner hvor farlig det er. Det er litt naivt å tro at man løser hiv-problemet blant homser ved å snakke om kondomer. På 80-tallet var trusselbildet ekstremt sterkt – nå er trusselbildet under terskelen – det er trussel som endrer atferd. Dette handler om en gruppe som har tviholdt på en kultur i århundrer, retten til et fritt seksualliv, å kunne sjekke opp en ny gjerne hver kveld – saunaene er en del av dette. Det må skje noen interne prosesser i homsemiljøene: nå må vi skrubbe, homsenes atferd er ikke bærekraftig. Snart er hele miljøet infisert.

De fleste aktørene på feltet har tro på at tiltakene virker selv om de møter mange utfordringer i det forebyggende arbeidet.

Drøfting - hivsmitte og virkning av tiltak blant menn som har sex med menn

Det har vært en vekst i nysmitte av hiv hos menn som har sex med menn. Tiltakene som er satt i verk rettet mot menn som har sex med menn er etter vår vurdering i tråd med strategiene i strategiplanen. Manglende måloppnåelse betyr ikke nødvendigvis at tiltakene ikke har virket. Men det kan bety at tiltakene er mangelfulle, det kan også bety at tiltakene ikke når målgruppen eller det kan bety at det er iverksatt for lite tiltak. Det

er vanskelig å vite hvordan situasjonen ville vært uten den forebyggende aktiviteten. Generelt er det vanskelig å måle effekten av forebyggende helsetiltak. Når det gjelder tiltakene som er iverksatt for å påvirke seksualatferd hos menn som har sex med menn er det vanskelig å vite både hvor mange som har vært berørt av aktivitetene, om de som har vært berørt tilhører gruppa som er utsatt for risiko, og i hvilken grad tiltakene har ført til atferdsendring hos de berørte. Når det gjelder tiltaksaktiviteten er det i satt få kvantitative mål for aktiviteten og samlet iverksatt aktivitet er vanskelig å måle. Alle disse faktorene gjør at å evaluere tiltakene med hensyn til hva som virker best, i stor grad blir basert på erfaringer hos aktører som arbeider på feltet.

De fleste som jobber på feltet mener at tiltakene hjelper. Mange av de som jobber på feltet har mest tro på interaktiv dialog, men de ser at heller ikke dette alltid nytter. Informasjonstiltak etterlyses av aktørene. De som møter noen av dem som har en utstrakt risikoatferd erfarer at enkelte har en helt overraskende mangel på kunnskap. Det er imidlertid grunn til å tro at mange i gruppen menn som har sex med menn har kunnskap om smittemåte, men et annet spørsmål er om den enkelte vet nok om risikoen, selv om han kjenner smittemåten. Flere av aktørene etterlyser informasjonstiltak i det offentlige rom slik at de som er risikoutsatte møter informasjon på andre steder enn "homoarenaer." Det kan hende det ville fange opp flere av de som ikke definerer seg som homofile.

Resultatene fra intervjuene viste at flere mener at det er vanskelig å nå den delen av målgruppen som det er viktigst å nå. I evalueringen av Helseutvalget stiller Agenda også spørsmål ved om tiltakene når frem til de blant msm som er de mest utsatte gruppene. Det samme spørsmålet reises av de som jobber på lavterskeltiltakene, de mener det er enkelte grupper som ikke nås.

Så vidt vi vet er det ikke gjort undersøkelser som viser hvor stor andel av de som blir hivsmittet homoseksuelt som definerer seg som biseksuelle eller heteroseksuelle. Det er derfor vanskelig å vite hvordan målgruppen best kan nås og hva som er den "mest utsatte gruppen".

Det er ikke gjennomført mange seksualvaneundersøkelser blant menn som har sex med menn, man vet relativt lite om seksualpraksis i gruppa. Man vet lite om hvor vanlig det er med hyppig partnerbytte og det er svært begrenset hva som er gjort av undersøkelser som viser kondombruk ved tilfeldig sex blant menn som har sex med menn.

Det essensielle tiltaket for å forebygge hivsmitte har vært å stimulere til økt bruk av kondomer. Tidligere undersøkelser tyder på at menn som har sex med menn oftere bruker kondom enn befolkningen for øvrig. Samtidig ser kondombruken ut til å ha gått litt ned. En av informantene mente det var fåfengt å fortsatt tro at hiv hos menn som har sex med menn kan forebygges ved å promotere kondombruk. "Man må finne nye tiltak". Et forslag til "nye tiltak" er å endre rammebetingelsene slik at tilfeldig sex er mindre tilgjengelig. Det er vanskelig å vite om dette ville ha effekt, og det er et stort spørsmål om det ville være gjennomførbart.

Det er behov for å vite mer om hvor vanlig det er blant menn som har sex med menn å ha svært mange tilfeldige (og ukjente) partnere. Et annet spørsmål er om den seksualiserte profilen som homofile miljøer til dels har, er et uttrykk for at sex med mange og ukjente partnere er en viktig del av "homosekulturen". Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å fokusere mer på risikoen ved å ha et høyt antall tilfeldige/ukjente sex-partnere.

Helseutvalget er opptatt av sammenhengen mellom levekår og hivsmitte, og vi forstår det slik at oppfatningen er at bedre levekår og større aksept for seksuelle minoriteter vil føre til mindre stigma og gjøre det enklere å være åpen og dermed ikke ha like stort behov for tilfeldig sex med ukjente partnere. Samt at en sterkere trygghet på egen seksuell identitet vil føre til bedre håndtering av risikosituasjoner. En følge av dette vil være at færre utsetter seg for hivsmitte. Det er grunn til å tro at for mange homofile/biseksuelle er det en belastning å tilhøre en seksuell minoritet, og at bedring av livssituasjonen også kan påvirke frekvensen av hiv. Samtidig er dette en strategi som vil ta tid.

Vi mener det er et stort behov for mer kunnskap om seksualpraksis hos menn som har sex med menn. Det kan bidra til å forstå mer om hva som er utfordringene på feltet og hvordan det kan iverksettes gode tiltak.

5.2.2 Tiltak rettet mot prostituerte

De som arbeider i forhold til prostituerte erfarer at det er færre som har seksuelt overførbare infeksjoner enn en skulle tro, det gjelder også hiv. De mener at det forebyggende arbeidet som er gjort skal ha en del av æren for dette. Det jobbes mye med forebygging, og distribuering av gratis kondomer, og kvinner i prostitusjon har høy bevissthet om at de må bruke kondom.

Alle de utenlandske brukerne kommer fra land med høy utbredelse av hiv. Når vi ikke finner så mye så er det en faktor som må telle. Vi gjør et godt forebyggende arbeid, de beskytter seg. Det er ikke logikk å ta fra dem helsetilbudet

Erfaringer fra kontakt med brukerne:

Målgruppen har dårlig tilgang på informasjon utenom PION og PRO-senteret. For eksempel er det få som går til en fast lege og bare unntaksvis opplyser de om sitt yrke når de er til kontroll.

Helsetilbudet er også en måte å komme i kontakt med de utenlandske prostituerte på. De er opptatt av å få helsetjenester, de er mindre interessert i de sosiale tjenestene som senteret driver. De prostituerte som vi jobber med har stort sett lovlig opphold. Noen har turistvisum, andre har oppholdstillatelse i Spania eller Italia og har gjennom dette oppholdstillatelse i Norge. Vi har mange flere konsultasjoner enn tidligere. Det har blant annet sammenheng med at det er flere nigerianske prostituerte. Alle de utenlandske kommer fra høyendemiske områder. Mange har vært i kontakt med det spanske eller italienske helsevesenet tidligere.

Aktørene bruker mye tid på å forklare hvordan infeksjoner smitter og å oppklare misforståelser.

Særlig afrikanske kvinner har ofte lite kunnskap om smittemåte. De bruker for eksempel beskyttelse ved vaginal sex, men ikke beskyttelse ved analt samleie. De har ofte liten kunnskap om anatomi. Vi forklarer også om kondombruk, at de ikke skal bruke to kondomer på en gang, når kondomet skal på og av.

Hiv, malaria og tuberkulose hører sammen hos folk fra Afrika. Hvis vi kunne testet for tuberkulose og malaria, kunne vi funnet flere hvor det var sannsynlig at de hadde hiv. Det hadde gitt dem flere muligheter til å oppdage hiv.

De har forsøkt likemannsarbeid blant nigerianske kvinner, men har funnet ut at det fungerer dårlig på grunn av mye mistenksomhet og mistillit i miljøet. De kunne gjerne ta i mot informasjon om prevensjon, men å snakke om hiv fungerte dårlig.

For en nigeriansk prostituert å fortelle til andre at hun er hiv-positiv er helt utenkelig. Det er ekstremt stigmatisert. Det fungerer bedre med likemannsarbeid i thaimiljøet. Vi har et samarbeid med Aksept der afrikanere snakker med afrikanere. Tror det er bedre å bruke likemannsarbeid på den måten.

Mange av de prostituerte har ektemann eller kjæreste i Spania eller Italia eller øst-Europa. På Pro-senteret mener de at å besøke ham er det som gir mest risiko for hivsmitte.

Når de skal hjem til jul eller sommerferie ber de om å få bekreftelse på testresultatet, slik at mannen/samboeren kan se at de er "rene". Hans eventuelle smitte er det ingen kontroll av og han vil ikke bruke kondom. De har dårlige forhandlingskort for å få ham til å bruke kondom.

Aktørene på prostitusjonsfeltet er bekymret over hva som kommer til å bli konsekvensene av den nye loven som gjør kjøp av seksuelle tjenester ulovlig. De mener det har vært lite fokus på hvilke konsekvenser dette får for det helsemessige og skadereducerende arbeidet. Det vil bli vanskeligere å finne frem til de prostituerte. Samtidig vil både kjøper og selger av sex i enda mindre grad enn i dag opplyse at de kjøper/selger sex og oppgi dette som smittekilde til eventuell soi/hiv.

Generelle utfordringer i forhold til feltet beskrives slik:

Det er vanskeligere å få oversikt over innemarkedet. Det er flest norske som jobber på innemarkedet. Størstedelen av de utenlandske prostituerte selger sex på gata, men dette kan skifte etter hvert som de blir mer etablerte. En grunn til at det er vanskeligere enn tidligere å ha oversikt, er at annonseringen ikke skjer like åpenlyst som tidligere.

Prostitusjonsmarkedet i endring på den måte at det er blitt mye tøffere for selgerne. Tidligere var det de prostituerte som definerte pris og grenser, nå der det kjøpers marked. Afrikanere selger sex til mye lavere priser enn hva som har vært vanlig tidligere. I tillegg er det også hardere krav til hva de prostituerte skal utføre av tjenester og etterspørselen etter samleie uten kondom øker.

Drøfting av tiltak for prostituerte

Prostitusjonsmiljøet er preget av at det er kommet flere kvinner fra andre land til Norge for å selge seksuelle tjenester. Svært mange av disse kommer fra land med stor utbredelse av hiv. Det anslås likevel ikke å være mange som er smittet med hiv blant kvinner som selger seksuelle tjenester. De som jobber med forebyggende tiltak blant prostituerte erfarer at mange av de afrikanske kvinnene har begrenset kunnskap om anatomi og smitemåter. I tiltakene opplever de at den forebyggende virksomheten de driver er etterspurt og gir gode resultater. Kvinner i prostitusjon er "flinke" til å bruke kondomer for å forebygge smitte. De som jobber i disse takene mener det har en sammenheng med den forebyggende virksomheten i form av informasjon, testing og utdeling av kondomer.

Det er grunn til å tro at den helserettede virksomheten som midler fra strategiplanen bidrar til å finansiere er et attraktivt tilbud for mange og gjør at flere prostituerte får informasjon og at flere tester seg. Lett tilgjengelighet til kondomer øker sannsynligvis bruken. Samtidig må det antas at motivasjonen for å bruke kondomer ved salg av seksuelle tjenester er langt høyere enn ved seksuell aktivitet blant personer som ikke selger sex.

Helsetilbudet til prostituerte i regi av Pro Senteret når mange utenlandske prostituerte, og gjør det mulig å informere om smitte samt avdekke hiv-tilfeller. Det er all grunn til å

være oppmerksom på behovet for denne type helsetiltak etter at kjøp av seksuelle tjenester blir forbudt.

5.2.3 Forebyggende tiltak og innvandrere

Slik vi har vist er noe av grunnen til økt antall nydiagnostiserte med hiv at det er kommet flere innvandrere fra utsatte områder. Det medfører at risikoen for videresmitte internt i enkelte innvandremiljøer er økt. Mange av de som jobber med forebyggende tiltak opplever at det er vanskelig å nå innvandrere. Blant dem vi intervjuet som ikke jobber spesifikt mot innvandrere går det igjen at de ofte synes det er vanskelig å nå innvandrere både i forhold til forebygging og oppfølging:

Vi når ikke innvandrere, det bekymrer meg fordi det er en utfordring der i forhold til at flere er smittet. For å redusere smitte blant innvandrere i Norge må man inn med info og kunnskap. Det er ingen som klarer å gi informasjon i dag til innvandrerbefolkningen.

Vi har ikke lyktes med å etablere egne tiltak for innvandrer målgruppa. Enkelte deltar på tiltak, eller i veiledningssamtaler. Kanskje 4-5 prosent som ikke har norsk bakgrunn på tiltakene.

Anonymitet er nesten enda viktigere for innvandrere. Lite miljø og det er vanskelig å stå fram. Jeg føler at ingen når godt nok frem her. Vi når få, vi har ingen direkte tiltak.

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo (Alao 2007) er i ferd med å gjennomføre en kunnskaps- og holdningsundersøkelse om hiv/aids blant afrikanere bosatt i Norge, en forundersøkelse av denne ble ferdigstilt i 2007. Forstudien ble gjennomført i 2007 og består av dybdeintervjuer med 72 afrikanere i aldersgruppen 22-56 år. Flere av de intervjuede var selv hiv-positive. Undersøkelsen viser at mange av deltakerne hadde dårlige eller direkte misvisende kunnskaper om hiv/aids, og hevder at de i liten grad hadde fått noen informasjon om hiv/aids etter at de ankom Norge. Flere av deltakerne var svært negative til å la seg hiv-teste, til å fortelle venner og familie, inkludert seksuelle partnere, at de var hiv-positive fordi de var engstelige for å føle seg stigmatisert/bli diskriminert. Mange var negative til å bruke kondom. Selv etter å ha bodd i flere år i Norge hadde mange av deltakerne ikke fått mer kunnskaper om hiv/aids eller endret sin seksuelle atferd til mer sikre former. Mange av deltakerne i studien ble ansett for å være i faresonen for å bli smittet av hiv på grunn av manglende kunnskap.

Undersøkelsen trekker frem at for mange afrikanere er hiv/aids et fenomen som knyttes til prostituerte og homofile. Det er tabubelagt å bli assosiert med disse gruppene, og å snakke om hiv/aids er også et tabubelagt tema. Mange av afrikanerne fryktet stigmatisering og var ikke åpne om hivsmitten. Et annet funn var at flere nevnte at behandling av hiv/aids er veldig økonomisk kostbart, og de visste ikke om de kunne ha råd til å betale for det dersom det viste seg at de var hiv-positive. I deres hjemland er slik behandling ikke gratis, så derfor tror de at det er slik i Norge også.

De aktørene vi intervjuet som jobber spesifikt med problemstillingen hiv og innvandrere erfarer mange av de samme problemstillingene som er referert i denne undersøkelsen. De opplever at det er stort behov for informasjon om sykdommen og at det eksisterer mange feilaktige myter.

Intervjuer med de som jobber med forebygging spesielt rettet mot innvandrere:

Det er mye stigma og frykt knyttet til hiv, og et relevant spørsmål er å diskutere hva man gjør hvis man kjenner noen som er smittet.

Vi opplever at noen som kommer fra risikoområder er lite mottakelige, de vil ikke la seg teste. De tenker at hvis de tester positivt betyr det at man dør. Mange har det samme med screening for kreft. De vil ikke nærme seg det.

Kommentarer om å informere:

Det er tabu å snakke om sex. De tenker at de bare har en mann, derfor er det ingen fare. Vi snakker om utroskap, det er risiko for alle. Hvis du tror mannen har vært utro, kan du stille krav om å bruke kondom. Vi forøker å spre kunnskap om omfang i de landene de kommer fra. Noen tror mannen har vært utro, kanskje på besøk i hjemlandet, men de tør ikke be om test.

Det er nyttig å gi enkel informasjon om forekomst i egen gruppe. Hvor risikofyllt er det hvor mange prosent er smittet (hjemlandet).

En del innvandrere har lite utdanning og lite kunnskap. All den informasjonen som andre får gjennom media, de får ikke dette. Kunnskapen om hiv og risiko er ikke så veldig høy.

I jobben med å informere opplever de til dels liten interesse:

På lengre sikt når det gjelder hiv og aids ville samfunnet tjent på at det ble nådd frem til flere. Det har vært et problem for oss å plassere informatører ute på skolene. Skolene etterspør informatører om tvangsekteskap. Informatørvirksomhet om omskjæring og hiv/aids, det er dårlig respons fra skolene.

Det er som tidligere beskrevet få aktører som jobber eksplisitt med forebygging av hiv hos utsatte innvandrergupper. De som jobber med dette opplever selv at de når frem til få:

Innvandrerprosjekter om hiv og aids, det er ikke så mange. Vi når bare frem til en liten gruppe.

Aktørene som jobber på dette feltet opplever at det er behov for en større innsats på feltet, og at for å få til dette bør helsetjenestene involveres:

Det er helsepersonell som har helsekunnskap. Gi afrikanske helsearbeidere en jobb med forebygging. Tilhørighet til gruppa gjør at informasjonen når lettere frem.

Se på tiltakene som er iverksatt knyttet til omskjæring. Man vet ikke så mye om omfanget, men det er iverksatt en del tiltak, for eksempel sensitivitetstrening i forhold til helsepersonell. Det er gjort mye på helsepersonell, ikke på frivillige. Man har trent opp helsepersonell til å formidle til innvandrere.

Man kunne knyttet informasjon til familieplanlegging. Sett at man hadde en ramme som gikk på reproduktiv helse. Kunne hatt en tilnærming til kvinner og en til menn. Et lavterskel tilbud på alt som gjelder reproduktiv helse og helsefolk som jobber med det. Et integrert tilbud med familieplanlegging.

Det kan være lurt å komme i dialog med religiøse ledere. På omskjæringsfeltet er det et stort og godt samarbeid med islamsk råd. Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn samler 12 hovedgrupperinger, man kunne samarbeidet med disse. Det finnes små menigheter, religiøse grupper som sprer desinformasjon. De knyttet hiv til guds straff, vekkelse og helbredelse ved omvendelse. Man bør blant annet ta kontakt med ortodokse kristne, religiøse ledere. Og med pinsemenigheter. Det er behov for informasjon.

Drøfting av tiltak rettet mot innvandrere

Studier tyder på at kunnskapsnivå når det gjelder smitte og anatomi er lavt hos mange nyankomne innvandrere. Det samme uttrykkes i intervjuene vi har gjort. Vi har vist at satsingen på forebyggende tiltak rettet mot innvandrere ikke har blitt høyt prioritert i perioden strategiplanen har eksistert. Målene om økt satsing på samarbeid med interesseorganisasjoner og likemannsarbeid er ikke oppfylt. Samtidig har undersøkelser Helsetilsynet har gjennomført vist at mange kommuner ikke oppfyller lovpålagte krav om informasjon og tilbud om hiv-testing til nyankomne innvandrere (jf kap3).

For å informere kommunene arrangerer Helsedirektoratet årlige smittevernkonferanser. Helsedirektoratet har dessuten gjennom idéseminarer og oppsøkende aktivitet forsøkt å etablere prosjekter og finne frem til aktuelle arrangører, men dette arbeidet har vist seg vanskelig. Til tross for at Helsedirektoratet har prioritert tiltak til etniske minoriteter i invitasjonene til å søke midler har de mottatt få prosjektsøknader med dette som tema.

Prosjekter som har fått midler til forebyggende arbeid jobber bredt med mål om å forebygge stigmatisering og diskriminering, samt om informasjon om smittemåte i mange innvandrergupper. Prosjektene er begrensede og selv om de jobber med å lære opp informatører til å spre informasjon på ulike arenaer, vil det være svært begrenset hvor mange som nås gjennom disse tiltakene.

Oppsummert innebærer dette at svært mange innvandrere som har behov for kunnskap og informasjon ikke får dette. Det bør drøftes hvilke aktører som skal sørge for forebyggende virksomhet rettet mot innvandrere. Det må tas hensyn til at utsatte innvandrere bor spredt over hele Norge, samt at de ikke tilhører en etnisk gruppe eller en språkgruppe. Man må vurdere i hvor stor grad dette er et arbeid som bør overlates til frivillige organisasjoner, eller om man bør legge mer vekt på å stimulere kommunale aktører til å gjøre forebyggende arbeid på dette feltet. En mulighet kan være å ansette helsepersonell med minoritetsbakgrunn. Det kan gi tillit og kanskje bidra til å åpne dører i aktuelle innvandrer miljøer. Eventuelt kan det vurderes om det bør opprettes en egen stiftelse eller lignende som har et ansvar på dette feltet. Et alternativ er å inkludere informasjon om hiv i introduksjonsprogrammet for innvandrere. Man kan også inkludere religiøse aktører i informasjonsarbeidet slik det er gjort i arbeidet med å forebygge omskjæring.

5.2.4 Oppfølging av hiv-positive

Alle som er smittet av hiv og seksuelt overførbare sykdommer skal sikres god oppfølging uansett alder, kjønn, seksuell legning, bosted, bakgrunn og egen økonomi.

De delmålene som er knyttet til dette målet dreier seg særlig om oppfølging av hiv-smittede. Delmålene handler både om den konkrete medisinske og psykososiale oppfølgingen den enkelte hiv-smittede får, det handler om situasjon i arbeidslivet og andre sosiale arenaer og det handler om hvilke holdninger samfunnet har til hiv-positive.

I 2002 gjennomførte Fafo den første undersøkelsen av levekår og livskvalitet blant hiv-positive. Studien tok for seg problemstillinger knyttet til levekår og livssituasjon for hiv-smittede, herunder om det er store forskjeller mellom ulike grupper av hiv-positive og i hvilken grad de opplever at hjelpeapparatet er tilpasset deres helse og livssituasjon.

Undersøkelsen er basert på en større spørreundersøkelse og en intervjuundersøkelse. Undersøkelsen konkluderer med at hiv-positive på ingen måte utgjør noen homogen gruppe, og at en del av ulikhetene mellom de forskjellige gruppene av smittede følger skillelinjer mellom tilsvarende grupper i befolkningen for øvrig. Hiv-smittede rusmisbrukere og innvandrere kommer dårligst ut i levekårsundersøkelsen, og dette tilsvarer de grunnleggende levekårsforskjellene man finner mellom disse gruppene og andre grupper i befolkningen generelt. Det er behov for spesiell oppfølging blant disse gruppene. Studien viser videre at det generelt sett er behov for mer oppmerksomhet mot smittede heterofile norske menn og kvinner fordi disse gruppene ikke vanligvis assosieres med hiv-epidemien.

Noen av problemene knyttet til hiv-smitte finnes på tvers av smittegrupper. Blant annet oppga mange smittede at de har økonomiske problemer, både fordi de har store utlegg til vitaminer, sunn mat osv, og fordi mange jobber mindre enn de gjorde tidligere og dermed har redusert inntekt. I tillegg kommer mange hiv-positive dårlig ut når det gjelder trygd fordi de er unge eller innvandrere med få opparbeidede rettigheter i trygdesystemet.

Sammenlignet med befolkningen generelt, kommer hiv-positive dårligere ut når det gjelder psykisk helse. De rapporterer at helsen ellers er relativt god, men at det er en del plagsomme bivirkninger fra medisinene. Mange tar ulike livsstilsvalg for å opprettholde god helse. Dette kan være trening, vitaminer og alternative behandlingsformer. Forventningene til helsevesenet er jevnt over negative blant de hiv-positive og de fremstiller det som flaks hvis de får god behandling. Mange etterlyser mer helhetlige behandlingsopplegg og mange etterspør mer veiledning i kosthold og medisinbruk.

I følge undersøkelsen er de aller fleste hiv-positive åpne om smitten overfor i alle fall én venn, et familiemedlem og én kollega, men studien avslører stor grad av lukkethet. Kun få personer som deltok i undersøkelsen var åpne i svært utstrakt grad. Relativt mange føler seg isolert som følge av smitten og mange savner nettverkstilbud, særlig de som er bosatt utenfor Oslo.

Når det gjelder de hiv-positives sex- og kjærlighetsliv var det tydelig at smitten har store konsekvenser. De smittede føler stort ansvar når det gjelder å ikke smitte andre. I tillegg føler mange store sperrer for å gå inn i et kjærlighetsforhold.

Fafo anbefalte på bakgrunn av sine analyser økt informasjon generelt i befolkningen, bedre informasjon til de hiv-smittede og pårørende, bedre kunnskap i offentlige

tjenester/hjelpeapparat, bedre oppfølging av innvandrere og asylsøkere som får påvist hiv-smitte når de kommer til landet og mer oppmerksomhet rundt hiv-positive heterofile norske kvinner og menn. Videre er det behov for tilbud som fanger opp hiv-positive aktive stoffmisbrukere, økt oppmerksomhet rundt økonomiske konsekvenser ved hiv-smitte, støtteordninger for alternativ medisin, bedre rådgivning når det gjelder sex, samliv og svangerskap samt en gjennomgang av hiv-positives stilling i arbeidslivet.

I 2008 ferdigstilte Fafo en delrapport som omfatter en holdningsundersøkelse om kunnskap og holdning til hiv i den norske befolkningen og en kunnskapsoversikt. Kunnskapsoversikten tar for seg nasjonal og internasjonal forskning om levekår og livskvalitet blant hiv-positive. Denne kunnskapsoversikten tyder på at situasjonen for mange hiv-positive er utfordrende. Gjennomgangen tar systematisk for seg grupper av hiv-positive: menn som har sex med menn, heterofile kvinner og menn, innvandrere, asylsøkere og flyktninger, rusmisbrukere, barn og unge med hiv og eldre hiv-positive. Videre gjennomgås forskning på ulike forhold som påvirker levekår og livskvalitet: organisasjoner og nettverkstilbud for hiv-positive, økonomi, inntekt og bolig, arbeidssituasjon, stigma, åpenhet og isolasjon, seksuell helse, kjærlighet og parforhold, helse og offentlige tjenester samt psykisk helse og psykososial støtte

Kunnskapsoversikten peker på at nyere og bedre medisiner har ført til at færre hiv-positive er syke og at færre er døende. Dette gjør at man både ser en økning og en aldning av gruppen hiv-smittede. Det synes å være store forskjeller mellom grupper og også innad i grupper når det gjelder livskvalitet og hvordan den smittede takler situasjonen.

På tross av medisinsk utvikling er det ingenting som tyder på at det er mindre traumatisk å få konstatert hiv-smitte nå enn tidligere. Det kan også se ut til at det er en tendens til økt stigmatisering i enkelte grupper, deriblant i homofile miljøer. Samtidig viser kunnskapsoversikten at heterofile og bifile har større problemer med å leve med sykdommen. Det kan skyldes at disse gruppene har færre å dele erfaringer med.

Forskning trekker frem forskjeller mellom yngre og eldre blant menn som har sex med menn. De yngre har et mer paradoksalt forhold til hiv-epidemien: Hiv har alltid eksistert for dem, men aldri nær dem personlig. Mange hiv-smittede har vanskelig for å fortelle om sin diagnose. Dette gjelder både overfor familie, venner og på arbeidsplassen. Bedre medisiner fører til at hiv-positive lever lenger. Det er imidlertid lite kunnskap om hvordan aldersrelaterte sykdommer vil virke inn på hiv-positive. Forskning viser at ensomhet blant eldre hiv-positive er et utbredt problem.

Aktørenes synspunkter på hiv-positives situasjon

Vi så fra undersøkelsen om innvandrere og hiv aids at mange er redde for stigmatisering. I intervjuene uttrykkes det at dette gjelder generelt:

Mange risikerer å bli mer eller mindre sosialt utstøtt hvis de velger være åpne. Det er utfordringer i arbeidslivet, i forhold til venner og familie. Det er ikke enklere å være åpen som hiv-positiv i msm miljøet enn i andre miljø. Det er ekskludering.

Flere mener at det er utfordringer knyttet til de psykososiale sidene av oppfølging:

Det er dårlig helhetlig ivaretagelse av hiv-positive. Det hjelper lite å bare teste virusmengde. På kontroll er det ingenting annet som følges opp. De vil møte andre utfordringer, de skal mestre en diagnose, får bivirkninger, en usikker fremtid, medisiner kommer til å influere på andre helseting, alt dette får de liten hjelp til i dag.

Vi har kontakt med en del hiv-positive kvinner. Hiv-positive kvinner bor veldig spredt, det er vanskelig for dem å møte andre hiv-positive kvinner. Det gjør at kvinneseminaret vi har får såpass godt skussmål, det er en arena for å møte andre, bare være seg slev. I perioder har vi hatt kvinnegrupper gående. Selvhjelpsgrupper i nærheten av Oslo.

Det uttrykkes også at samfunnet har så lite oppmerksomhet på sykdommen slik den arter seg i dag at det gjør det vanskelig å være åpen:

Det er satset lite på informasjon ut til befolkningen, det gir liten mulighet for hiv-positive til å fortelle om sykdommen sin. Det er ikke nok kommunikasjon om sykdommen, den generelle befolkningen bærer preg av dette. De kjenner kun til skrekkscenariet. De har kunnskap man har fått for lenge siden, mens nye generasjoner har lite kunnskap. De arenaene ungdom henter kunnskap fra skriver ikke om det.

Skolen har et stort ansvar for å informere om hiv, men de tar det ikke.

De aktørene vi intervjuet som jobber med oppfølging av hiv-positive innvandrere forteller også om mangel på kunnskap og frykt for åpenhet.

Vi får kontakt med mange afrikanske kvinner og menn. Så kommer de kanskje en gang to ganger – så kommer de ikke mer, det er antakelig noe med å gå til oppfølging som er vanskelig. Selv om kontakten er god blir de borte. Oppfølging bare det å prate er liksom ingenting. Noen dropper også ut på sykehuset

Med andre kulturer vet man ofte ikke hvor man skal begynne – ift nordmenn vet man hvor man skal begynne, de vi følger opp er ikke rusmisbrukere, men oppegående menn og kvinner. De fleste er smittet heteroseksuelt. Vi erfarer at norske hiv-positive etter hvert vil tørre å fortelle det til sitt nærmeste nettverk. Innvandrerne blir veldig ensomme.

En utfordring er at mange innvandrere har så lite kunnskap om fysiologi, om hvordan kroppen fungerer. De mangler helt grunnleggende informasjon om kropp og immunforsvar.

Vårt inntrykk er at innvandrerungdom ikke får så god opplæring som norske. De som går i introduksjonsklasser får ikke samme opplæring som de andre får. De burde få mer kunnskap om kropp og seksualitet, mer tilpasset

Fra oppfølgingen av innvandrerkvinner forteller de følgende:

Vi har oppfølging av hiv-positive innvandrerkvinner, en til en. De kan evt. møte de norske. Vi hadde en hyttetur med fem kvinner fra forskjellige land pluss to norske. Det kom opp mange problemstillinger ved å være i lag to døgn.

Utfordringer for mange er at de ikke tør å dele med andre. Noen har norsk kjæreste og usikker sex. Vi tror det er en del som har usikker sex fordi de ikke tør å fortelle, tør ikke stille krav om å bruke kondom.

Vi ser at innvandrerkvinner ofte er utsatt for press fra andre menn fra samme land. Også når de er gifte, hvis ikke mannen bor i Norge. Det er stigmatisert og de tør ikke si at de er hiv-positive. Vi ser at enkelte blir uønsket gravid.

Vi forteller hva norske kvinner gjør. Kvinner bestemmer over egen kropp. Noen er utsatt for sære typer norske mannfolk, ”norske menn som ikke er helt gode” – det er vanskelig å vurdere menn når du kommer fra et annet sted – mange finner seg i mye.

Om menn:

Vi syns hiv-positive innvandremenn er en litt glemt gruppe. Det er en utfordring å få dem til å komme og gå til en fast oppfølging. Kvinner tilpasser seg ofte lettere, de gjør mer som norske kvinner. Mange innvandremenn blir ingenting verdt i Norge. De mister sin autoritet og får ikke jobb. Noen sliter veldig, de har ikke så lett for å kontakter og faller ikke så lett inn i samfunnet.

Noen har det ekstra vanskelig, f.eks gutter på 14-15 år som er hiv-positive og skal debutere seksuelt. De trenger ufattelig masse oppfølging. Å være en del av en tøff afrikansk guttegjeng, det er utrolig vanskelig å være åpen.

Hiv-positive og smittehåndtering

I noen tilfeller har man sett at hiv-positive ikke beskytter seg og utsetter andre for smitte. Det er eksempler på at personer som allerede har en kjent hiv-status smitter andre med gonoré og syfilis ved sex med tilfeldige partnere. Aktørene ser at enkelte hiv-positive håndterer situasjonen dårlig:

Helsepersonell informerer om hvordan ha sikrere sex og at de skal ha sikrere sex. Det er ikke grunn til å tro at de fikser det helt automatisk når de er smittet. Atferden ligger der før den positive testen. Vi ser at mange av dem som er hiv-smittet blir smittet med andre soi, det viser at mange ikke beskytter seg. Studier fra USA viser at mange/halvparten svarer at de ikke vil beskytte seg selv om de er smittet.

Det er viktig å gå inn i en dialog. Å spørre hvordan gjør du det når du har sex med andre? I et buddyprosjekt vi hadde, viste det seg at mange syntes dette var vanskelig og noen ganger unnlot å fortelle at de var positive. Vi kom i dialog om ansvar, åpenhet og satt i gang et tilbud

Det er kjempeviktig å snakke om seksualitet og seksuell helse, spesielt med folk som nettopp er smittet. Det går mye utover seksualiteten å bli hiv-smittet. Noen går i kloster og avstår fra sex, mens andre føler seg så skitne at de tar det helt ut motsatt vei. Det er viktig å ta vare på hiv-positives seksuelle helse.

Det ser ut til at et viktig område både for å bedre situasjonen for hiv-positive og for å forebygge videre smitte er å følge bedre opp den seksuelle situasjonen for hiv-positive.

Holdninger og kunnskap i befolkningen

Strategiplanen har som mål at hele befolkningen skal ha kunnskap om hvordan hiv ikke smitter. Dette er vesentlig for ikke å utsette hiv-smittede for diskriminering basert på

frykt for smitte. Det er videre mål om at samfunnet skal vise solidaritet med hiv-smittede og at de ikke skal utsettes for stigmatisering.

Svært mange hiv-positive ønsker ikke å være åpen om sykdommen fordi de frykter diskriminering og stigmatisering. Fafos holdningsundersøkelse fra 2008 viser at kunnskapene om hiv i den generelle befolkningen er mangelfulle på flere områder. Undersøkelsen er todelt: Den første delen omhandler folks kunnskap og kjennskap til hiv. Den andre delen tar for seg folks holdninger til spørsmål og påstander som på ulike måter berører temaet hiv/aids. Studien ser også nærmere på hvilke sammenhenger det er mellom kunnskap og holdninger, samt om det er sammenheng mellom folks faktiske kunnskaper og hvordan de vurderer egne kunnskaper.

Undersøkelsen viser at kunnskapsnivået i den norske befolkningen er bra på mange områder. Av de spurte svarer 87 prosent riktig på spørsmål knyttet til sykdomsforløp og 98 prosent riktig på spørsmål angående smitte/kondombruk. Derimot er det dårligere kunnskap om hvordan hiv *ikke* smitter og en større andel svarer feil på spørsmål knyttet til dette. Dette viser et fortsatt behov for informasjon i befolkningen om hvordan hiv smitter og ikke smitter.

Kvinner ser ut til å ha bedre kunnskap enn menn om hiv. Ungdom i alderen 15-24 år har mindre kunnskap enn personer over 25 år. Det er en sammenheng mellom alder og holdninger, de yngre har mer negative holdninger. Den yngste aldersgruppen skiller seg også fra de andre gruppene ved at de viser mer restriktive holdninger til hiv-positives rettigheter og muligheter i samfunnet. Majoriteten av de spurte i denne aldersgruppen oppgir at de har fått informasjon om hiv/aids på skolen, noe som gjør at rapporten stiller spørsmål ved kvaliteten på og effektene av informasjonen skolen sprer. Undersøkelsen viser at de med høyere utdanning både har mer kunnskap om og mer positive holdninger til hiv-smittedes rettigheter og muligheter i samfunnet.

Undersøkelsen viser en utbredt skepsis og intoleranse når det gjelder hiv-smittedes rettigheter og deltakelse i samfunnet. Over halvparten svarer at hiv-positive må være forpliktet til å informere arbeidsgiver om smittestatus. Halvparten mener også at en hiv-smittet må akseptere at arbeidsgiver endrer arbeidsoppgaver av hensyn til øvrige ansattes sikkerhet. Undersøkelsen viser at menn sier seg enig i disse påstandene oftere enn kvinner. Igjen er det unge menn som viser seg mest restriktive. Svarfordelingene på holdningsspørsmålene viser at folk er villig til å godta relativt store innskrenkninger i hiv-positives muligheter til å ta egne valg.

Størstedelen av de spurte (88 prosent) mener at det er greit at hiv-positive har foreldre-ansvar. Når det gjelder hvorvidt man ville la en hiv-positiv passe egne barn, er holdningene mer restriktive. Én av tre ville ikke godta dette. Nærheten til den aktuelle situasjonen synes altså å påvirke folks holdninger. Nesten alle (98 prosent) mener at alle har et ansvar for å unngå å bli smittet av hiv. Dette mener Fafos er et oppløftende resultat med tanke på smitteforebygging og seksuell adferd. Samtidig er det bekymringsfullt at bare 88 prosent i den yngste gruppen mener dette.

Fafos (2008) har også gjort en litteraturgjennomgang (internasjonal) av samfunnsvitenskapelige undersøkelser av homofile, lesbiske og bifile sin situasjon, og av hiv-positives situasjon. Denne studien viser også at det oppleves vanskelig å være åpen om hiv-diagnose – spesielt for personer med innvandrerbakgrunn. Undersøkelsen peker på at mange leger og sykepleiere er flinke til å møte behovene til hiv-positive. Men fordi nesten all behandling er poliklinisk, oppleves ofte kontakten som minimal, og de hiv-

positive kan bli usynlige. Kontakten mellom hiv-positive rusmisbrukere og helsepersonell er ofte preget av en sirkel av mistillit, og medisinerer er utfordrende. Det påpekes at det er manglende kunnskap om interaksjoner mellom hiv-medisiner og medisiner mot aldersbetingede sykdommer. Når det gjelder velferds- og sosiale tjenester er hiv-positive generelt skeptiske til om taushetsplikten holdes. Det er mer uforstand og lite empati enn diskriminering.

Når det gjelder *homofiles og bifiles* levekår viser denne studien at homofile og lesbiske *i snitt* har det bra, men at risikoen for dårligere helse og nedsatt livskvalitet er høyere. Selvmordsforsøk er dobbelt så vanlig blant homofile/bifile. Det påpekes at det er en sterk korrelasjon mellom marginalisering, mangel på sosial kontakt og negative konsekvenser som f.eks. alkoholmisbruk. Det er ofte stor kunnskapsmangel hos behandlere når det gjelder komme-ut-prosessen og prosessene som fører til homoseksuell identitetsdannelse. Det påpekes videre at undervisningen i skolen ofte fremstiller homofile som "de andre" mens "vi" er heterofile og normale. Homofili tematiseres separat istedenfor som en integrert del av undervisning. Skolen har også dårlige verktøy til å møte homonegativisme.

Drøfting av situasjonen for hiv-positive

Fafo anbefalte på bakgrunn av sine analyser økt informasjon generelt i befolkningen, bedre informasjon til de hiv-smittede og pårørende, bedre kunnskap i offentlige tjenester/hjelpeapparat, bedre oppfølging av innvandrere og asylsøkere som får påvist hiv-smitte når de kommer til landet og mer oppmerksomhet rundt hiv-positive heterofile norske kvinner og menn. Videre ble det påpekt et behov for tilbud som fanger opp hiv-positive aktive stoffmisbrukere, økt oppmerksomhet rundt økonomiske konsekvenser ved hiv-smitte, støtteordninger for alternativ medisin, bedre rådgivning når det gjelder sex, samliv og svangerskap samt en gjennomgang av hiv-positives stilling i arbeidslivet.

Undersøkelser som er gjennomført tyder på at situasjonen for hiv-positive ikke er blitt bedre i perioden 2002-2007. Det er fortsatt få hiv-positive som er åpne, mange frykter diskriminering og stigmatisering. Holdningene i befolkningen tyder samtidig på kunnskapsmangel om hvordan hiv ikke smitter. Det er grunn til å tro at de holdningene og den mangelen på kunnskap som eksisterer gjør det svært vanskelig å stå frem som hiv-positiv.

Vårt inntrykk er at mange av de tiltakene som Fafo etterlyste i 2002 er det like stort behov for i dag. Mange av disse områdene gjelder samfunnsforhold som krever en bred innsats fra ulike aktører. Det er ikke å forvente at slike tiltak skal kunne oppfylles gjennom de midlene som er forvaltet over strategiplanen.

Arbeidslivet er en av de arenaene hvor faren for diskriminering er størst. Det vises til at det generelt er manglende kunnskap om hvordan hiv ikke smitter. En hypotese som er gjort av Fafo er at det er vanskeligere å stå fram når man skal leve lenge med hiv og derfor ha stort behov for vern mot diskriminering av arbeidslivet: vern mot oppsigelse, vern mot diskriminering ved ansettelse, behov for tilrettelegging.

Når det gjelder kunnskap i befolkningen, tyder Fafos undersøkelse på at den informasjonen som ungdom har fått gjennom skolen om hiv og smitte ikke er god nok. Det ser ut til å være behov for en generell innsats rettet mot befolkningen for å høyne kunnskapen om hvordan hiv ikke smitter.

En stor del av midlene som har gått til tiltak rettet mot hiv-positive har gått til tiltak som skal styrke hiv-positives rettigheter og til tiltak som skal gi hiv-positive støtte gjennom nettverk og gruppetilbud. Dette er fortsatt viktig, men det ser også ut til å være viktig med en innsats på flere arenaer og at det er svært viktig å styrke kunnskapen i befolkningen om hvordan hiv ikke smitter.

Det ser også ut til at oppfølgingen den enkelte får utover den rent medisinske behandlingen ikke er tilstrekkelig. Det er mange utfordringer knyttet til å leve med en hiv-diagnose. Det er et spørsmål om man i tilknytning til den medisinske oppfølgingen burde legge mer vekt på å tilby psykososial oppfølging. Vi forstår det slik at alle som er hiv-smittet i helseregion Nord får et tilbud om oppfølging på sosialmedisinsk senter i Tromsø. Vi har ikke inntrykk av at det er et tilsvarende tilbud andre steder. Det betyr sannsynligvis at det er svært varierende hvor helhetlig oppfølgingen er. Aksept er en viktig arena for oppfølging, men Aksept ligger i Oslo og er dessuten basert på at den enkelte skal oppsøke dem. Helseutvalget har også tilbud til hiv-positive menn som er smittet gjennom seksuell omgang med menn, men i følge Agendas evaluering (se kap 2) er det ikke mer enn ti prosent av de hiv-smittede msm som har kontakt med Helseutvalget. Vi anser at det kan være hensiktsmessig med en oppfølging av den enkelte som tar utgangspunkt i en bredere kartlegging av den enkeltes situasjon og at dette er et tilbud som er en del av det ordinære behandlingstilbudet.

5.3 Resultater fra spørreundersøkelsen

I dette avsnittet presenterer vi resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot mottakere av tilskudd over strategiplanen.

Undersøkelsen ble sendt til alle som hadde mottatt tilskudd over strategiplanen i 2007, med unntak av de som mottok tilskudd til forskning og til interne prosjekter i Helsedirektoratet. Spørreskjemaet ble sendt ut til 44 tilskuddsmottakere. Vi fikk svar fra 28 av dem, det tilsvarer en svarprosent på 65. Vi fikk imidlertid 10 av e-postene i retur på grunn av feil adresse. Dersom vi tar hensyn til hvor mange av tilskuddsmottakerne som faktisk mottok spørreskjemaet, ble svarprosenten rundt 80.

Svarfordelingen gjenspeiler fordelingen blant de aktørene som fikk tilskudd gjennom strategiplanen. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at hver tilskuddsmottaker har én stemme i denne undersøkelsen, uavhengig av hvor mye midler de har fått tildelt gjennom strategiplanen. For eksempel vil noen av tilskuddsmottakerne kun ha mottatt noen ti-tusen kroner i prosjektstøtte, det gjelder ofte for kommunale tjenester. Andre tilskuddsmottakere vil ha mottatt flere millioner kroner i støtte, det gjelder for en del av interesseorganisasjonene. Aktørene svarer i undersøkelsen for den samlede aktiviteten de har iverksatt.

5.3.1 Tilskuddsmottakerne om egne prosjekter

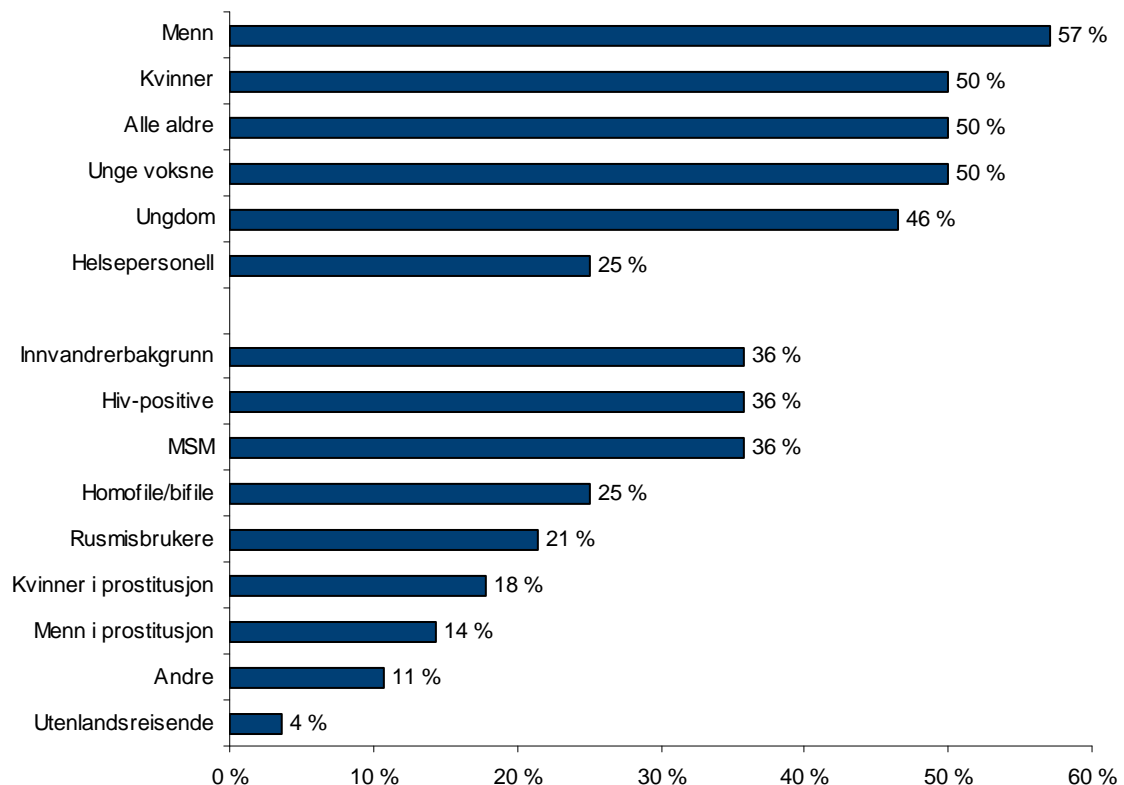
Prosjektenes målgrupper og mål

Figuren nedenfor viser hvilke målgrupper tiltaksmottakerne fikk prosjektstøtte for å jobbe mot. Flest tilskuddsmottakere oppgir at den aktiviteten de fikk prosjektstøtte til gjennom strategiplanen er rettet mot menn, 57 prosent. Rundt halvparten av tilskuddsmottakerne oppgir at prosjektene de fikk støtte til er rettet mot kvinner, ungdom, unge voksne og personer i alle aldre. Videre er det mange av prosjektene som er rettet mot særlig utsatte grupper: 36 prosent av tilskuddsmottakerne fikk støtte til prosjekter som

er rettet mot personer med innvandrerbakgrunn, hiv-positive og menn som har sex med menn (msm). Videre oppgir 25 prosent av tilskuddsmottakerne at de fikk støtte til prosjekter som er rettet mot homofile, 21 prosent mot rusmisbrukere, rundt 20 prosent mot kvinner og menn i prostitusjon, mens kun 4 prosent oppgir at de har hatt prosjekter rettet mot utenlandsreisende. Som nevnt, sier ikke denne figuren noe om hvor stor andel av prosjektene med støtte gjennom strategiplanen som er rettet mot de ulike målgruppene, men hvor stor andel av tilskuddsmottakerne som har fått støtte til ett eller flere, små eller store prosjekter rettet mot de ulike målgruppene.

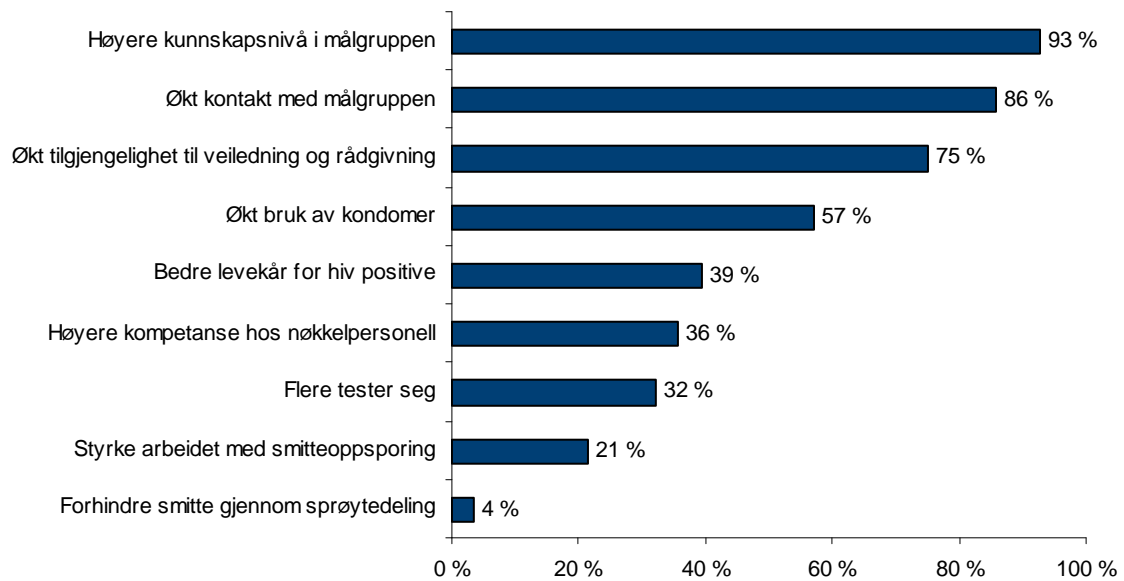
Målgruppene prosjektene er rettet mot gjenspeiler de målgruppeprioriteringer som ligger til grunn for strategiplanen.

Figur 5.1 Målgrupper prosjektene er rettet mot. Prosentandel



Figur 5.2 viser hvor stor andel av tilskuddsmottakerne som oppgir at prosjektene de fikk støtte til er rettet mot de ulike målene. Mange av prosjektene har vært rettet mot de samme målene. Det målet de aller fleste tilskuddsmottakere oppgir at prosjektene deres var rettet mot er å høyne kunnskapsnivået i målgruppene, hele 93 prosent. Videre er det mange som har jobbet mot målene økt kontakt med målgruppen og økt tilgjengelighet til veiledning og rådgiving, henholdsvis 86 og 75 prosent av tilskuddsmottakerne. 57 prosent oppgir økt bruk av kondomer som et mål og mellom 32 og 39 prosent av tilskuddsmottakerne har jobbet mot å bedre levekår for hiv-positive, høyne kompetansen hos nøkkelpersonell og at flere skal teste seg. Kun 4 prosent av tilskuddsmottakerne oppgir at de jobber med å forhindre smitte gjennom sprøytedeling, mens 22 prosent har hatt som mål å styrke arbeidet med smitteoppsporing.

Figur 5.2 Andel tilskuddsmottakere som oppgir at prosjektene har vært rettet mot de ulike målene. Prosent

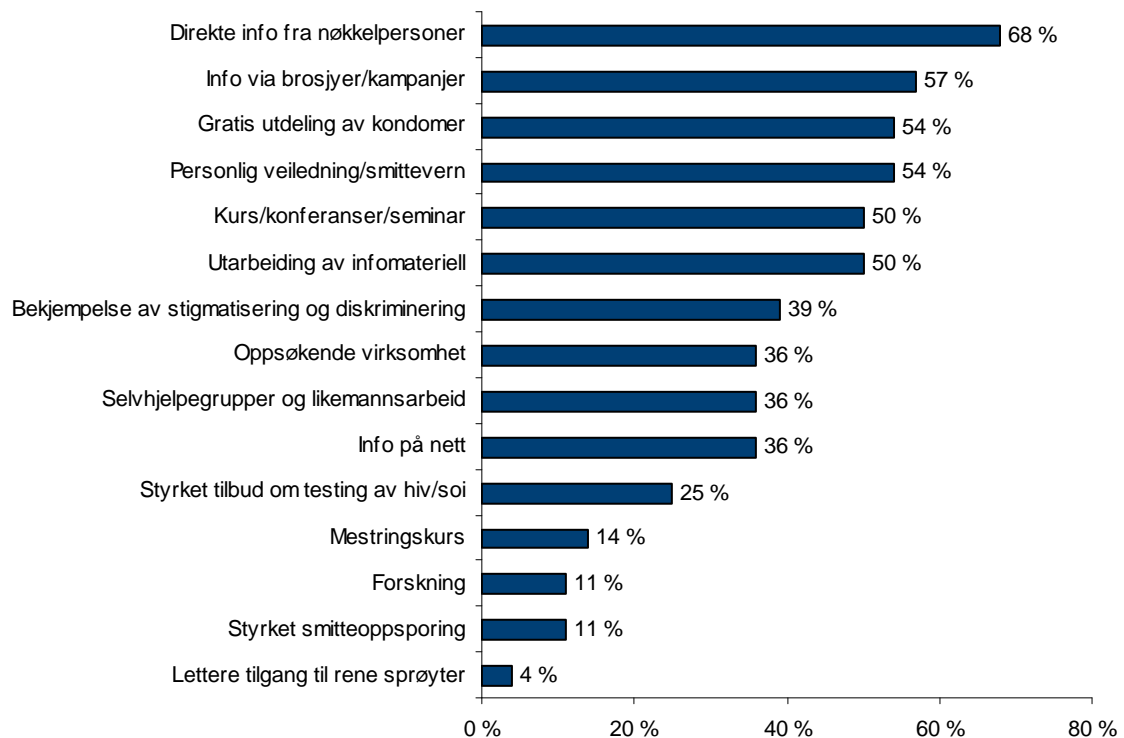


Den arena flest tilskuddsmottakere oppgir at de har benyttet i prosjektarbeidet er egne kurs og seminarer, hele 54 prosent oppgir det. Andre benyttede arenaer er nettet, oppsøkende virksomhet på seksuelle arenaer, media, telefon, utesteder, skole, legesentre og helsestasjon for ungdom.

De fleste tiltaksarrangører oppgir at prosjektene ble gjennomført som planlagt, 61 prosent. 29 prosent oppgir at det ble gjort *noen* endringer underveis, 7 prosent oppgir at det ble gjort *en del* endringer underveis, mens 4 prosent oppgir at de ble gjort *store* endringer underveis. De aller fleste oppgir mindre midler enn planlagt som årsak til endringer i prosjektgjennomføringen.

Tilskuddsmottakerne fikk spørsmål om hvilke arbeidsmetoder/virkemidler som har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd. Mange har benyttet ulike arbeidsmetoder, se Figur 5.3. De arbeidsmetoder som flest tilskuddsmottakere oppgir å ha benyttet i prosjektarbeidet er direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper, 68 prosent, informasjon via brosjyrer/annonser og kampanjer, 57 prosent, personlig veiledning om smittevern og gratis utdeling av kondomer, 54 prosent. Færrest har jobbet mot å gi lettere tilgang til rene sprøyter, 4 prosent. Som figuren viser har det vært benyttet mange ulike arbeidsmetoder for å nå frem og påvirke målgruppenes kunnskap og atferd.

Figur 5.3 *Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Prosent*



Nå frem til målgruppene

De aller fleste tilskuddsmottakere er fornøyd med hvor godt de har nådd frem til prosjektenes målgrupper: 39 prosent svært godt, 54 prosent ganske godt, mens 7 prosent svarer verken eller. Det betyr at de aller fleste tilskuddsmottakerne mener at de har nådd frem til målgruppene. Ingen svarer at de ikke i det hele tatt har nådd frem til målgruppen.

På spørsmål om hvorfor de mener målgruppene er nådd, svarer de aller fleste at det er fordi målgruppene har vært interessert og en del svarer at det er fordi tiltaket har vært etterspurt. I tillegg er det noen som fremhever at de har nådd målgruppene fordi den oppsøkende metoden er effektiv, fordi de har hatt god markedsføring, fordi de har hatt et godt samarbeid med skoleledelsen og har hatt obligatorisk fremmøte i skoletiden, og noen fremhever at det er fordi de har fått positiv tilbakemelding fra målgruppen.

Resultater av prosjektene - erfaring med egne prosjekter

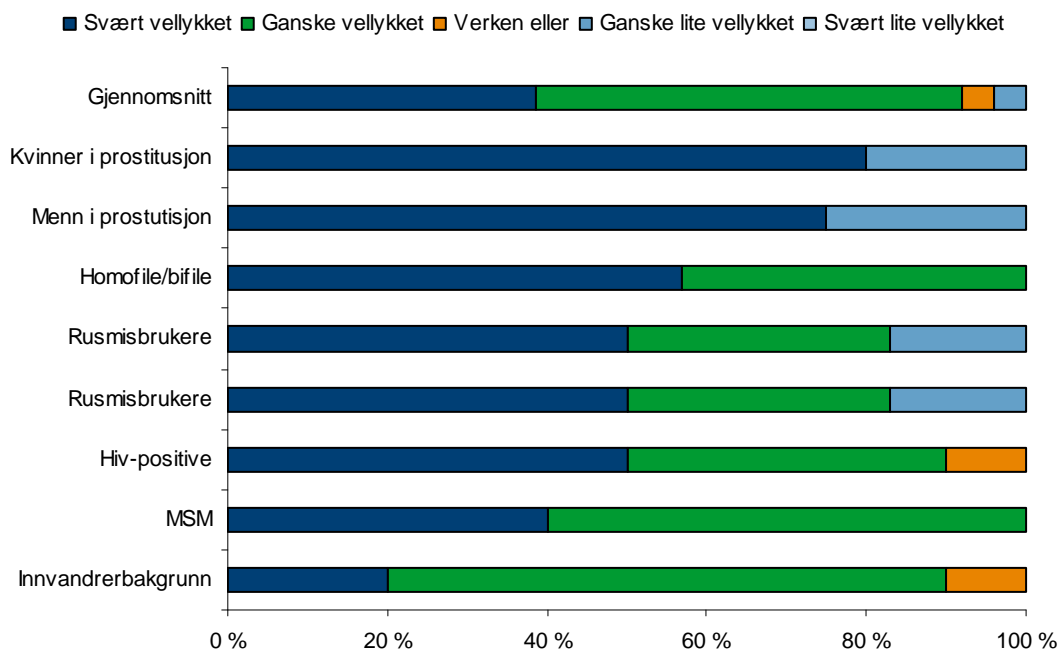
De fleste tilskuddsmottakere opplever at prosjektene deres har vært vellykkede, se 4.4. I overkant av halvparten, 54 prosent, mener at prosjektene deres var ganske vellykket, mens 39 prosent mener de var svært vellykket. Kun 4 prosent mener at prosjektene var ganske mislykket, ingen mener det var svært mislykket. Figuren viser tilskuddsmottakernes vurdering av prosjektene fordelt etter hvilke utsatte målgrupper prosjektene var rettet mot. De mest vellykkede prosjektene, etter tilskuddsmottakernes vurdering, var prosjekter rettet mot kvinner og menn i prostitusjon, hvor henholdsvis 80 og 75 prosent av tiltaksmottakerne som hadde prosjekter rettet mot disse målgruppene, mener de var svært vellykkede. Vi så tidligere i kapitlet at dette var de målgruppene flest

tilskuddsmottakere mente de nådde frem til, og at årsaken til det er at oppsøkende metode som ble benyttet i prosjektene er svært effektiv på alle prostitusjonsarenaer.

Kun 20 prosent av tilskuddsmottakerne som hadde prosjekter rettet mot personer med innvandrerbakgrunn, mener disse var svært vellykkede, mens 70 prosent vurderte dem som ganske vellykkede. En kommentar om å jobbe mot innvandrerbefolkningen:

Jeg føler at ingen når godt nok frem til innvandrerbefolkningen. Vi når en forsvinnende liten andel av dem, vi har ingen tiltak som er direkte rettet mot dem. Det bekymrer meg fordi det er i den gruppen diagnostiseringen øker. Vi har så vidt startet å jobbe mot ulike grupperinger av innvandrere, men arbeidet er veldig ressurskrevende.

Figur 5.4 Hvor vellykket vil du karakterisere prosjektet – alle tilskuddsmottakere og fordelt etter målgrupper



Årsaker til vellykkethet

Tilskuddsmottakerne ble i spørreundersøkelsen bedt om å utdype hvorfor de vurderte prosjektene sine som vellykkede. Her oppgis mange ulike årsaker avhengig av mål, målgruppe og prosjekttype, nedenfor følger noen:

Vi når ut til målgruppene i stort monn og de oppsøker oss i stort monn. Mange av de utenlandske kvinnene (prostituerte vår merknad) kaller oss "The hospital".

Prosjektet ble gjennomført som planlagt. Vi hadde mediaoppslag underveis og ved avslutning, og hadde to internasjonale publikasjoner.

Det er viktig med tiltak kun rettet mot ungdom og arrangementet foregår i skoletiden som obligatorisk undervisning. For en skole med meget høy innvandrerbakgrunn hos elevene, er temaet lite belyst/diskutert hjemme.

Svært mange leverte urinprøve for å bli testet på klamydia.

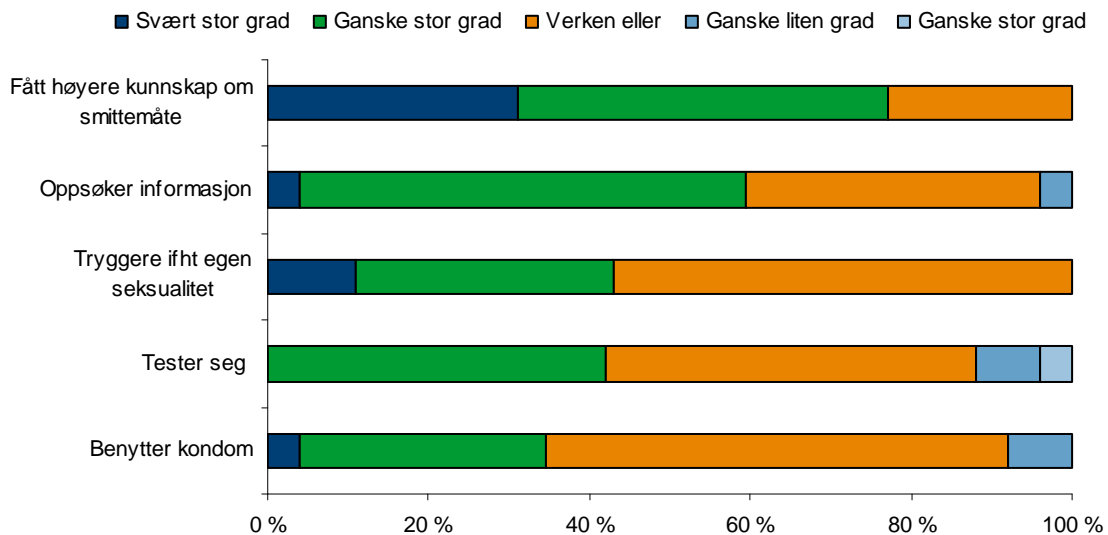
Vi ser at dette opplegget gir resultater. Deltakerne blir engasjerte og deler sine erfaringer med flere.

Vi tror det er behov for et årlig (eller annet hvert år) kurstilbud for å fange opp nye unge som blir hiv-positive. Kurset bekrefter at denne gruppen har et særskilt, udekket behov.

Atferdsendringer i målgruppene

På spørsmål om tilskuddsmottakerne har inntrykk av at prosjektet har ført til atferdsendringer i målgruppene, rapporteres det særlig om at målgruppen har fått høyere kunnskap om smitteåte og at de oppsøker informasjon i større grad enn tidligere, 60-70 prosent av tilskuddsmottakerne mener det, se 4.5. Rundt 40 prosent av tilskuddsmottakerne mener at flere i målgruppen er tryggere i forhold til egen seksualitet og at flere tester seg nå enn før prosjektet. Færrest tilskuddsmottakere har inntrykk av at flere i målgruppen bruker kondom i større grad etter prosjektet.

Figur 5.5 I hvilken grad har prosjektet ført til ulike atferdsendringer blant målgruppene?



Et åpent spørsmål om tilskuddsmottakerne har inntrykk av at midlene de har fått gjennom strategiplanen har ført til en annen form for atferdsendring ga følgende svar:

Mer positiv holdning til kondom og bruk av kondom.

Økt testatferd, større kjennskap til klamydia.

Prosjektet har ført til riktig bruk av kondom, viktigheten v å bruke glidemiddel osv. Det har også bidratt til at de lettere åpner seg om sine bekymringer knyttet til kropp, seksualitet, helse og prevensjon.

Mange ønsker å starte lokale grupper for hiv-positive.

Økt engasjement og diskusjon rundt smitte.

Større åpenhet både blant hiv-positive og hiv-negative msm.

Oppsummering

De viktigste funn om prosjektene:

- Prosjektene er rettet mot et bredt spekter av målgrupper, og de ulike tilskuddsmottakerne jobber mot flere av strategiplanens målgrupper
- Flest prosjekter jobber mot å høyne kunnskapsnivået i målgruppen, økt kontakt med målgruppen, samt å øke tilgjengeligheten til veiledning og rådgivning
- De mest vanlige arbeidsmetodene for å nå frem til målgruppene har vært direkte informasjon fra nøkkelpersoner, informasjon via brosjyrer/kampanjer, gratis utdeling av kondom og personlig veiledning/smittevern
- De målgruppene flest tilskuddsmottakere mener de har nådd svært godt frem til er kvinner og menn i prostitusjon og homofile/bifile mens færrest mener de har nådd svært godt frem til personer med innvandrerbakgrunn og msm
- De mest vanlige prosjektarenaer er egne seminarer og kurs
- Tilskuddsmottakerne vurderer selv prosjektene som vellykkede
- Flest tilskuddsmottakere mener prosjektene har bidratt til at målgruppene har fått høyere kunnskap om smittemåte, at de oppsøker informasjon, mens færrest mener det har bidratt til at målgruppene i større grad benytter kondom.

5.3.2 Tilskuddsmottakernes vurdering av sentrale prioriteringer

Hvert år i utlysningen av midler over strategiplanen, oppgir Helsedirektoratet hvilke målgrupper og strategier som vil prioriteres i søknadene.

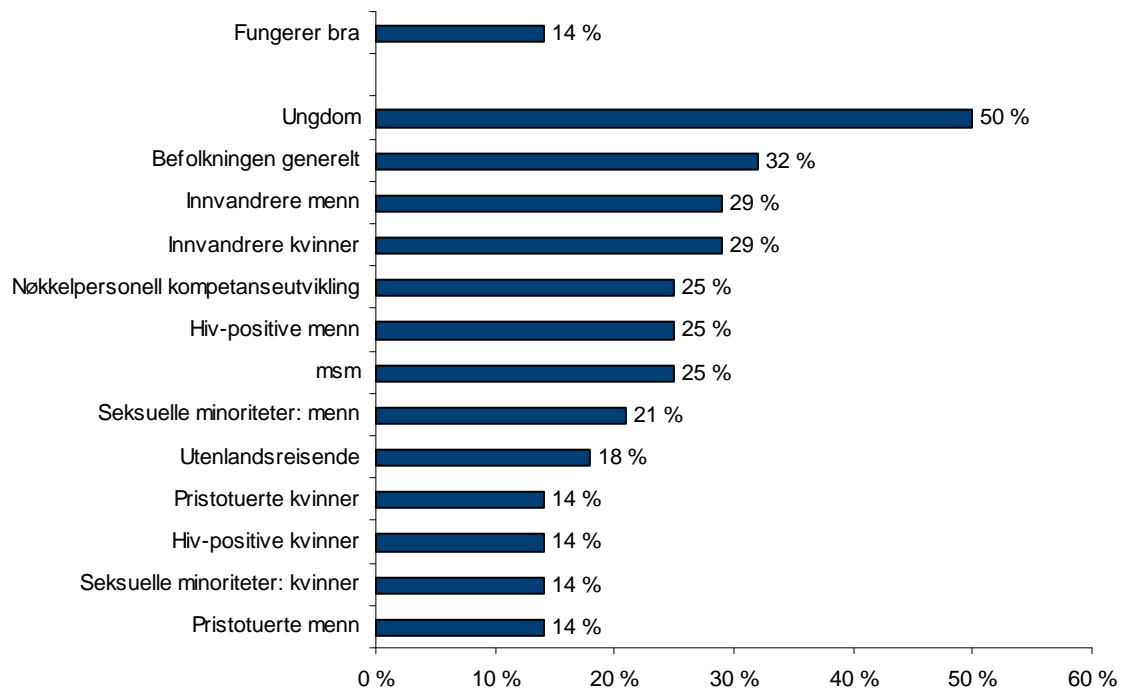
Økt prioritering av målgrupper

Tilskuddsmottakerne ble spurt om de mente det var noen målgrupper som burde vært prioritert høyere, se 4.6. Figuren viser hvor stor andel av tilskuddsmottakerne som mener prioriteringen av målgrupper fungerte bra, samt hvilke målgrupper de øvrige tilskuddsmottakere mener burde vært prioritert høyere. Det vil sannsynligvis være en tendens til at tilskuddsmottakerne vurderer de målgruppene de selv jobber med, og dermed også mener de gruppene de selv jobber mot burde vært prioritert høyere. Grupper de ikke jobber mot, vil de kanskje heller ikke ha så mye informasjon om.

Relativt få tilskuddsmottakere mener prioriteringer av målgrupper har fungert bra; kun 14 prosent. 85 prosent av de tilskuddsmottakerne som angir at de kjenner svært godt/- ganske godt til strategiplanen, mener prioriteringen av målgruppene ikke fungerer bra.

Figuren viser videre hvor stor andel av de ulike tilskuddsmottakerne som mener de ulike målgruppene burde vært prioritert høyere. Det er absolutt flest tilskuddsmottakere som mener ungdom burde vært prioritert høyere; 50 prosent. Det er også en stor andel av tilskuddsmottakerne som mener at befolkningen generelt og personer med innvandrerbakgrunn, både menn og kvinner, burde vært prioritert høyere.

Figur 5.6 Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi?



På spørsmål om hvorfor de mener enkelte målgrupper burde vært prioritert høyere nevnes blant annet:

Ungdom er en viktig gruppe som det må satses mer på!

Vi tolker det slik at ønsket om å prioritere ungdom i det videre arbeidet delvis henger sammen med at man tenker at det vil virke forebyggende desto mer kunnskap ungdomsgruppen har, og at det også vil fange opp seksuelle minoriteter, innvandrerungdom. Det har sannsynligvis også sammenheng med at aktørene har erfart at kunnskapsnivået hos ungdom er for lavt.

Noen tilskuddsmottakere påpekte betydningen av å satse på mer informasjon til befolkningen generelt og på å få hiv-problematikken mer frem i samfunnsdebatten:

Holdningene til befolkningen generelt er at dette er noe som ikke angår den enkelte i Norge. Mange holder fast på at hiv er noe bare enkelte grupper i befolkningen får. Stigmatiseringen er sterk og mange vet fortsatt ikke hvordan dette IKKE smitter.

For lite fokus på hiv i samfunnsdebatten. Det er risiko for spredning fordi folk flest tror det ikke gjelder dem.

Det er viktig å inkludere homoseksualitet som en del av seksualundervisningen på skolen.

Det bør være mer fokus på innvandrere, det bør gjøres mer. Det er usedvanlig vanskelig, har vært forsøkt mye.

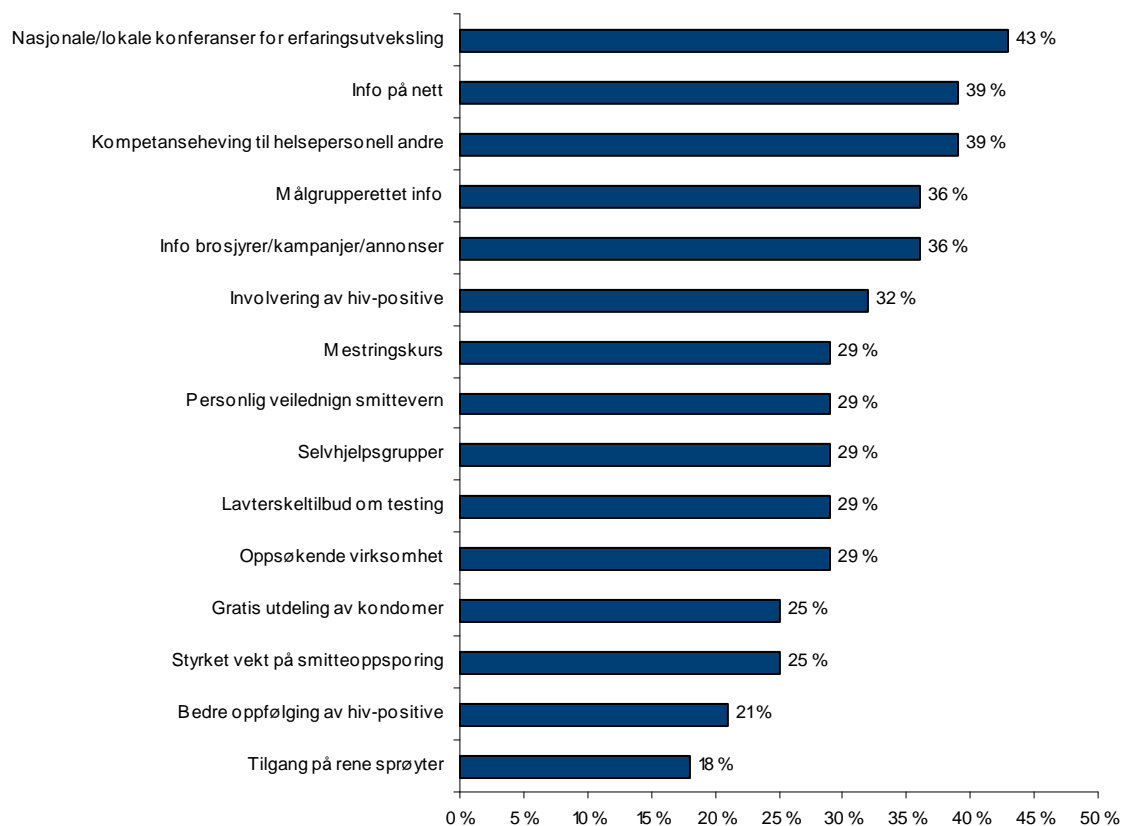
De første årene fikk vi mye hjelp fra avisene. Nå er det mer tretthet. Fortsatt kontinuerlig fokus på msm er viktig

Vi når heller ikke godt nok ut til ungdom. Snakker ikke helhetlig nok i forhold til ungdom, handler om sex, klamydia, hiv, helhetlig tilnærning, hiv liten men viktig del av bildet for ungdommene.

Økt prioritering av arbeidsmetoder

På spørsmål om det er noen arbeidsmetoder som burde vært satset mer på i arbeidet med å forbygge hiv og soi, ser vi i Figur 4-7 at 43 prosent av alle tilskuddsmottakerne mener det burde vært satset mer på konferanser for erfaringsutveksling. Også informasjon på nett og kompetanseheving av helsepersonell mener mange man burde satset mer på, henholdsvis 49 prosent og 39 prosent. Færrest mener man burde satset mer på tilgang til rene sprøyter, 7 prosent, og bedre oppfølging av hiv-positive, 18 prosent.

Figur 5.7 Hvilke arbeidsmetoder burde det vært satset mer på i arbeidet med å forebygge hiv og soi?



På spørsmål om hvorfor tilskuddsmottakerne mener det burde vært satset mer på disse tiltakene svarer de følgende, sitat:

Økt kunnskap hos alle som har kontakt med potensielle risikante bør være et satsingsområde, samt mest mulig direkte kontakt med grupper som er kjent for å ha usikker sex.

Hiv-positive lever alene med sin hemmelighet. Viktig å kunne snakke med andre i samme situasjon (selvhjelpsgrupper) og derigjennom motivere til åpenhet

Nettet når alle deler av gruppen, både de som er åpne og de som ikke er åpne.

Ansvarliggjøring av den enkelte er kanskje de viktigste enkeltfaktor for å endre atferd.

Smitteoppsporing når det gjelder hiv virker vilkårlig

Tiltaket har styrket målgruppens kunnskap om hiv og soi.

Oppsummering

- Et mindretall av tilskuddsmottakerne mener prioriteringen av målgruppene har fungert greit, de fleste har synspunkter på ulike målgrupper de mener burde vært prioritert høyere: Ungdom, befolkningen generelt og innvandrere, både kvinner og menn
- De arbeidsmetoder flest tilskuddsmottakere mener det burde vært satset mer på er konferanser for erfaringsutveksling, informasjon på nett og kompetanseheving av helsepersonell

5.3.3 Strategiplanen tiltak og måloppnåelse

I forhold til mål og delmål i strategiplanen er det flere av disse som ikke er nådd. Det har vært en vekst i nysmitte av hiv blant menn som har sex med menn og det har vært vekst i nysmitte blant utenlandsreisende. Det har også vært en viss økning i nysmitte blant innvandrere i Norge. Samtidig har situasjonen blant injiserende stoffmisbrukere vært stabil og det er ikke rapport nysmitte blant personer som kjøper eller selger sex i Norge. Det er fortsatt store utfordringer når det gjelder situasjonen for hivpositive. Det har vært en vekst i klamydia, mens situasjonen når det gjelder øvrige soi har vært stabil i strategiplanperioden.

Når målene ikke er nådd betyr ikke det at tiltakene ikke har virket. Spørsmålet er om økningen i smitte hadde vært større uten planen.

I kap 3 redegjorde vi for fordelingen av midler i perioden strategiplanen har virket. Vi viste at med unntak av lav satsing på forebyggende tiltak til innvandrere var fordelingen av midler i hovedsak i tråd med strategiene i planen og den utviklingen som har skjedd. Spørreundersøkelsen rettet mot tilskuddsmottakere viser at aktivitetene som utføres er i overensstemmelse med strategier og tiltak i strategiplanen. Mottakerne av tilskudd opplever prosjektene som vellykket. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at det som færrest erfarer at de lykkes med er å få til det som gir sikrere seksualatferd; økt bruk av kondomer.

Det er samtidig grunn til å tro at en del av tiltakene/strategiene som er beskrevet i planen ikke er (tilstrekkelig) gjennomført. Et eksempel er kommunehelsetjenestens ansvar for informasjon og tilbud om testing til nyankomne innvandrere.

På mange måter er utfordringene som strategiplanen beskriver like relevante i dag som da planen ble utformet.

Situasjonen for måloppnåelse er ulik i de forskjellige målgruppene. Når det gjelder det forebyggende arbeidet som er gjort rettet mot *prostituerte* oppfattes dette som svært vellykket av aktørene. Det som peker seg ut med dette arbeidet er at aktørene opplever å nå målgruppen, de kommer i kontakt med dem det gjelder. Blant annet gjennom å tilby en helsetjeneste som særlig de utenlandske prostituerte etterspør, får de en anledning til å informere og veilede om smitte og forebygging. I tillegg er det grunn til å tro at de prostituerte er mer motiverte for å bruke kondomer enn mange andre.

Når det gjelder relativt lave smittetall av hiv blant *injiserende stoffmisbrukere* oppfattes dette av mange aktører å handle mye om selvjustis i miljøet og at mange misbrukere tester seg ofte. Det har vært en økning i hepatitt c og b i gruppen, noe som tyder på at mange deler sprøyter med andre. Det er brukt lite midler over strategiplanen til forebyggende virksomhet til rusmisbrukere fordi det oppfattes som et kommunalt ansvar. Vi har ikke hatt mulighet til å gå nærmere inn på hva som er satt i verk av lavterskeltiltak for rusmisbrukere i de ulike kommuner.

Det har vært en vekst i nysmitte blant *utenlandsreisende*. Det er svært begrenset hva som er satt i verk av tiltak med midler fra strategiplanen. Mange av tiltakene som er beskrevet i strategiplanen er i liten grad implementert, det dreier seg blant annet om informasjon til utenlandsreisende og holdningsarbeid mot sexturisme, samt samarbeid med partene i arbeidslivet og med reiselivsbransjen.

Det har som beskrevet, vært en økning i nysmitte blant *menn som har sex med menn*. Det har vært iverksatt mange tiltak overfor målgruppen og det er lagt vekt på likemannsarbeid og arbeid i regi av frivillige organisasjoner. De som arbeider på feltet fremhever betydningen av interaktiv dialog, hyppig testing, informasjon på nett og likemannsarbeid samt distribuering av kondomer. Det ser ut til at etablering av lavterskeltiltak med muligheter for testing og veiledning er svært viktig. Evalueringer som er gjort reiser spørsmål om de mest utsatte i målgruppen for tiltak nås, og i evalueringene anbefales mer oppsøkende virksomhet. Mange av de som jobber på feltet etterlyser mer informasjon i det offentlige rom, slik at målgruppen ikke bare møter informasjonen på spesifikke arenaer. I strategiplanen er bedret smitteoppsporing og økt målrettet testing viktige tiltak. Det er fortsatt en utfordring å lykkes på disse områdene. Mange aktører er særlig opptatt av at det er et stort potensiale når det gjelder arbeidet med smitteoppsporing.

Det er vanskelig å vurdere effekten av tiltak ettersom det finnes svært få studier av seksualatferd hos menn som har sex med menn, herunder kunnskap om kondombruk. Når det gjelder tiltakene som er iverksatt for å påvirke seksualatferd hos menn som har sex med menn er det vanskelig å vite hvor mange av de som tilhører gruppa som er utsatt for risiko som har vært berørt av aktivitetene. Det er satt få kvantitative mål for tiltaksaktiviteten og samlet iverksatt aktivitet er vanskelig å måle. Alle disse faktorene gjør at å evaluere tiltakene med hensyn til hva som virker best, i stor grad blir basert på erfaringer hos aktører som arbeider på feltet.

Det har vært en vekst i antall nyankomne *innvandrere* som er hivsmittet. Strategiplanen legger vekt på både en innsats fra kommunale myndigheter og gjennom frivillige organisasjoner i det forebyggende arbeidet rettet mot innvandrere. Det er grunn til å tro at mange kommuner ikke gjør det de er pålagt med hensyn til informasjon og tilbud om testing. Det har også vist seg vanskelig for sentrale helsemyndigheter å finne relevante organisasjoner å samarbeide med på dette området. Generelt erfarer mange aktører det som vanskelig å nå frem til innvandrere for å drive forebyggende arbeid. Denne

målgruppa er svært uensartet, men studier tyder på at mange av dem som er smittet og også de som er i miljøer som er utsatt for smitte har lite kunnskap om smittemåter og om helse generelt. Det er et spørsmål om hvor hensiktsmessig det er å bygge på eksisterende frivillige organisasjoner og likemannsarbeid i arbeidet med å øke kunnskapsnivået i denne gruppa. Ikke minst fordi målgruppa er så uensartet med hensyn til språkbakgrunn og etnisk bakgrunn, og samtidig bor så spredt.

Generelt er det slik at mange av de sentrale aktørene i det forebyggende og oppfølgende arbeidet har tilholdssted i Oslo. Det er også her den største andelen av de som er smittet bor, men det er likevel et spørsmål om de som bor utenfor Oslo blir tilstrekkelig ivaretatt. Ikke minst gjelder dette innvandrere.

Situasjonen for de *hivpositive* er vanskelig. Kunnskapsundersøkelser viser at det er store mangler i befolkningens kunnskap om hvordan hiv ikke smitter, og at dette preger folks holdninger til de som er smittet. Særlig ungdom har mangelfulle kunnskaper. Dette gjør det svært vanskelig for hivsmittede å være åpne. Det er ikke mindre stigmatiserende å være smittet i dag enn tidligere. Det er liten grunn til å tro at forbedringer på dette feltet kan gjøres av helsesektoren i samarbeid med frivillige organisasjoner alene. Når det gjelder oppfølgingen av den enkelte mener vi det er behov for å gjøre denne mer helhetlig og inkludere psykososiale elementer i oppfølgingsrutinene.

Strategiplanen legger vekt på å se forebygging av hiv i sammenheng med forebygging av andre seksuelt overførbare sykdommer. Når det gjelder gonoré og syfilis rammer dette i stor grad samme målgruppe som den som rammes av hiv. Men når det gjelder klamydia er målgruppen en helt annen, og det kan virke lite meningsfullt å se dette arbeidet i sammenheng med arbeidet for å forebygge hiv, også fordi alvorlighetsgraden av sykdommen må sies å være en helt annen. Vi har sett at det har vært en betydelig vekst i antall tilfeller av klamydia, innsatsen på området er rettet mot ungdom og det er de samme aktørene som var aktuelle i iverksetting av tiltak under handlingsplanen som er mest relevante. Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om innsatsen for å forebygge uønskede svangerskap legger så stor vekt på bruk av hormonell prevensjon at bruken av kondomer blir mindre aktualisert. Dersom kondomer først og fremst fremstilles som et virkemiddel for å forebygge seksuelt overførbare sykdommer og ikke for å forebygge uønskede graviditeter er en sannsynlig følge at bruken av kondomer blir lavere prioritert.

Strategiplanen omfatter mange ulike strategier som skal iverksettes av sentrale helsemyndigheter, kommunehelsetjenester, frivillige/non profit-organisasjoner og andre. Enkelte av disse tiltakene kan det enkelt slås fast at ikke er gjennomført, men for mange av tiltakene er det slik at de er gjennomført, men det er vanskelig å vurdere omfang og kvalitet på det som er gjennomført. Det er i liten grad satt mål for dette. Et tilgrensende spørsmål er hvor mange av de som er i målgruppa for ulike tiltak egentlig kommer i kontakt med aktivitetene. Disse spørsmålene kan ikke besvares uten å gå nærmere inn på hvert enkelt tiltak. Et annet spørsmål er hvor mye man kan forvente å få ut av de relativt beskjedne summene som bevilges over strategiplanen til forebyggende arbeid.

6 Styring, organisering og ressursbruk

Vi vurderer i dette kapitlet hvordan arbeidet med handlings- og strategiplanen er forstått og organisert, herunder hvordan samarbeidet har vært med relevante aktører. Deretter vurderer vi om den overordnede ressursbruken har vært målrettet og hensiktsmessig. Til slutt vurderer vi hvordan handlingsplan/strategiplan fungerer som virkemiddel.

6.1 Organisering

Arbeidet knyttet til handlings- og strategiplanene er som tidligere beskrevet basert på en rolledeling mellom offentlige myndigheter og tjenester på ulike nivå og frivillige/private organisasjoner. Strategier og tiltak i planene omfatter ulike nivåer i helse-sektoren i samarbeid med forskjellige offentlige og frivillige/private aktører. Enkelte av strategiene og tiltakene er direkte rettet mot andre sektorer som for eksempel utdanningssektoren. Sentrale helsemyndigheter har først og fremst muligheter til å sørge for at strategiene blir implementert gjennom tildeling av tilskuddmidler som skal stimulere ønskede aktiviteter. En del av strategiene og tiltakene som inngår i planene er det uaktuelt å stimulere via tilskudd, for eksempel tiltak som dreier seg om medisinske rutiner og medisinsk kunnskap.

Når vi skal vurdere hvordan arbeidet er organisert er det først og fremst det arbeidet som er organisert gjennom tilskuddsforvaltningen vi kan vurdere. Handlings- og strategiplanen beskriver utfordringer som krever innsats av mange aktører, og et viktig mål i begge planene er at frivillig sektor og offentlige aktører skal samarbeide om iverksetting av tiltak.

6.1.1 Organisering av tilskuddsforvaltning

Helsedirektoratet forvalter de økonomiske midlene som tildeles gjennom handlings- og strategiplanen. Gjennom det årlige tildelingsbrevet, gir HOD direktoratet direkte føringer til hvilke prioriteringer som skal legges til grunn ved tildeling av midler. På bakgrunn av tildelingsbrevet, lager direktoratet en årlig utlysning som beskriver hvilke prioriteringer som gjelder ved tildeling av midler over handlings- og strategiplanen; hvem som er de prioriterte målgruppene og hvilke tiltak som skal prioriteres. Både offentlige instanser (kommuner og utdanningsinstitusjoner mm) og frivillige/private organisasjoner kan søke om midler. Det søkes og tildeles midler årlig, med ett års varighet på tiltaksperioden. Aktiviteter det gis støtte til må gjennomføres i løpet av søknadsåret. Det er opp til den enkelte søkerinstans å bestemme hvilke prosjekter de vil søke om midler til, gitt de prioriteringer som er gitt i utlysningsteksten. Det betyr at direktoratet ikke har noen direkte kontroll på hvor mange søknader de får innenfor de ulike prioriteringene, eller om alle prioriteringene vil være dekket gjennom de søknadene de får inn.

For å vurdere hvordan organiseringen fungerer har vi sett nærmere på hvilke aktører som er involvert, hvem de samarbeider med og hvor godt tilskuddsmottakerne mener de kjenner innhold og strategier i planene, samt hvordan de opplever dialogen med sentrale myndigheter.

6.1.2 Hvilke aktører er involvert

I kap 3 redegjorde vi for de mest sentrale aktørene i arbeidet med henholdsvis handlingsplanen og strategiplanen. Det er imidlertid samarbeid med et bredt utvalg aktører i tilknytning til begge disse planene. Hvis vi ser på hvilke instanser som har mottatt tilskudd omfatter dette både frivillige organisasjoner, andre private aktører, kommuner, utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid flere faktorer som er ulike i organiseringen av arbeidet knyttet til disse to planene.

De aktørene som har mottatt støtte gjennom *handlingsplanen* har som regel mottatt en mindre sum til et prosjekt. I 2007 ble det gitt støtte til om lag 250 ulike tiltak, mens det i 2004 ble gitt støtte til om lag 150 tiltak. Det er svært mange kommunale aktører som har mottatt midler. Dessuten har SUSS mottatt en relativt stor andel av potten.

Når det gjelder *strategiplanen* er det færre mottakere av tilskudd, det er færre kommuner som mottar tilskudd og det er flere frivillige eller andre private organisasjoner som mottar relativt store beløp. I perioden 2004-2007 har det totalt vært om lag femti ulike mottakere av midler. Om lag halvparten av disse mottakerne er frivillige og private non-profit aktører. Blant mottakerne er det kun syv kommuner, og disse har stort sett bare søkt en gang og de har mottatt små beløp. De største aktørene er frivillige non-profit organisasjoner som har mottatt midler hvert år.

Når arbeidet er såpass ulikt organisert antar vi at dette har sammenheng med at det er ulike typer tiltak som ønskes iverksatt og at det er forskjellige type aktører som er mest egnet til å iverksette tiltakene, samt nå målgruppene for planene. Begge planene har som nevnt som mål at offentlige aktører som helsetjeneste og skole skal samarbeide med frivillige organisasjoner.

Samarbeid mellom ulike aktører

I spørreundersøkelsen spurte vi tilskuddsmottakerne hvem de hadde samarbeidet med, og hvor viktig samarbeidet var for måloppnåelsen.

Alle som hadde fått tilskudd over *handlingsplanen* svarte at de samarbeidet med andre instanser, noen samarbeidet med mange. Blant alle tilskuddsmottakere er det flest som samarbeider med kommunehelsetjenesten, hele 81 prosent. Det er også relativt mange som samarbeider med grunn- og videregående skole, 61 prosent.

På spørsmål om hvor stor betydning samarbeidet med de ulike instanser har hatt for gjennomføring av aktiviteten, er det flest som oppgir at samarbeidet med skoler har hatt svært stor betydning. Hele 55 prosent av dem som har samarbeidet med skoler oppgir at det har hatt svært stor betydning for gjennomføringen, mens 25 prosent oppgir at det har hatt stor betydning. At så mange vurderer samarbeidet med skoler som svært viktig for gjennomføringen av aktiviteten, er ganske klart siden mange av aktivitetene knyttet til handlingsplanen foregår inne i skolen, og dermed er kritisk avhengig av et godt samarbeid for i det hele tatt å gjennomføre den planlagte aktiviteten.

På spørsmål om kommentarer til samarbeid fremheves særlig betydningen av godt samarbeid mellom helsetjeneste og skole som viktig for å lykkes. Andre aktører som nevnes er barnevern og andre instanser.

Alle som hadde fått tilskudd over *strategiplanen* svarte også at de samarbeidet med andre instanser, noen med mange andre. Blant disse tilskuddsmottakerne er det flest

som oppgir at de samarbeider med frivillige organisasjoner, 75 prosent oppgir å samarbeide med dem, dette spesialisthelsetjenesten som 57 prosent oppgir å samarbeide med, 43 prosent samarbeider med kommuner, 39 prosent med utdanningsmyndigheter/skole og 36 prosent med andre helsemyndigheter.

På spørsmål om hvor stor betydning samarbeidet med de ulike instanser har hatt for gjennomføringen av aktiviteten, oppgir de aller fleste at samarbeidet har hatt svært stor eller ganske stor betydning. Flest tilskuddsmottakere fremhever betydningen av samarbeidet med utdanningsmyndigheter/skoler som av svært stor betydning for gjennomføringen av aktiviteten de fikk støtte til. Blant dem som samarbeidet med skole (39 prosent) var det 46 prosent som mente at dette hadde svært stor betydning, mens ytterligere 46 prosent mener dette samarbeidet hadde ganske stor betydning. En del prosjekter er gjennomført i skolene, og da sier det seg selv at samarbeid med skolene er helt avgjørende for å kunne gjennomføre prosjektet. Videre er det mange som mener at samarbeidet med frivillige organisasjoner, spesialisthelsetjenesten og andre helsemyndigheter var av svært/ganske stor betydning for gjennomføringen av aktiviteten. Færrest oppgir samarbeidet med kommunene som av svært stor betydning, kun 8 prosent, mens 58 prosent mener dette samarbeidet var av ganske stor betydning for gjennomføringen. Det er også flest som oppgir at betydningen av samarbeidet med kommunene hadde ganske liten betydning for gjennomføringen, 17 prosent, eller de sier verken eller, 17 prosent.

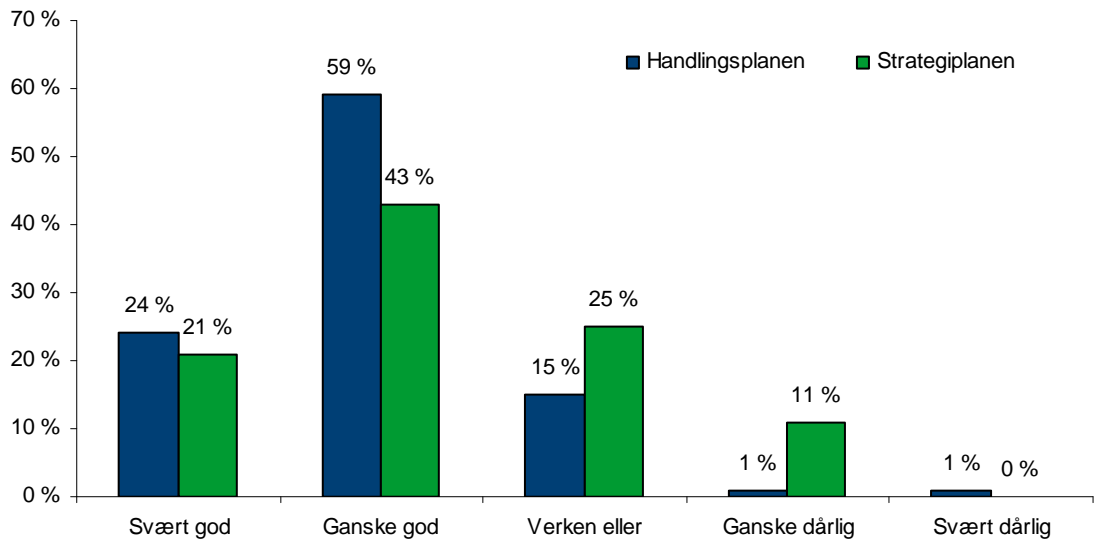
Samarbeid mellom Helsedirektoratet og mottakerne av tilskudd

I spørreundersøkelsen spurte vi om hvordan tilskuddsmottakerne vurderte dialogen med Helsedirektoratet, herunder informasjon om tilskuddsordningene, kriterier for støtte, prosjektvarighet og stønadsbehandling.

Informasjon om tilskuddsordningene

Et flertall av tilskuddsmottakerne mener at informasjonen om ordningene har vært ganske god. I overkant av 20 prosent mener informasjonen har vært svært god. De som har mottatt midler gjennom handlingsplanen er mer fornøyde med informasjonen enn tilskuddsmottakerne gjennom strategiplanen, henholdsvis 83 prosent og 64 prosent. Vi ser også av figuren under at det er flere respondenter for strategiplanen enn for handlingsplanen som enten oppgir at informasjonen har vært dårlig eller de svarer verken eller. Dette gjelder for hver tredje tilskuddsmottaker gjennom strategiplanen.

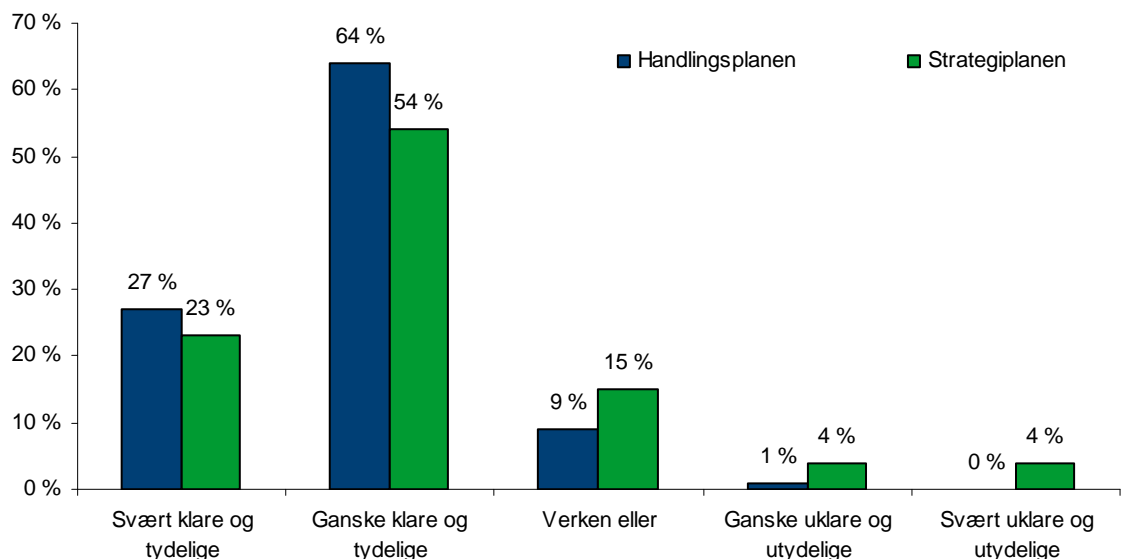
Figur 6.1 *Hvor god mener du at informasjonen om tilskuddsordningen knyttet til Handlings-/Strategiplanen har vært?*



Kriterier for støtte

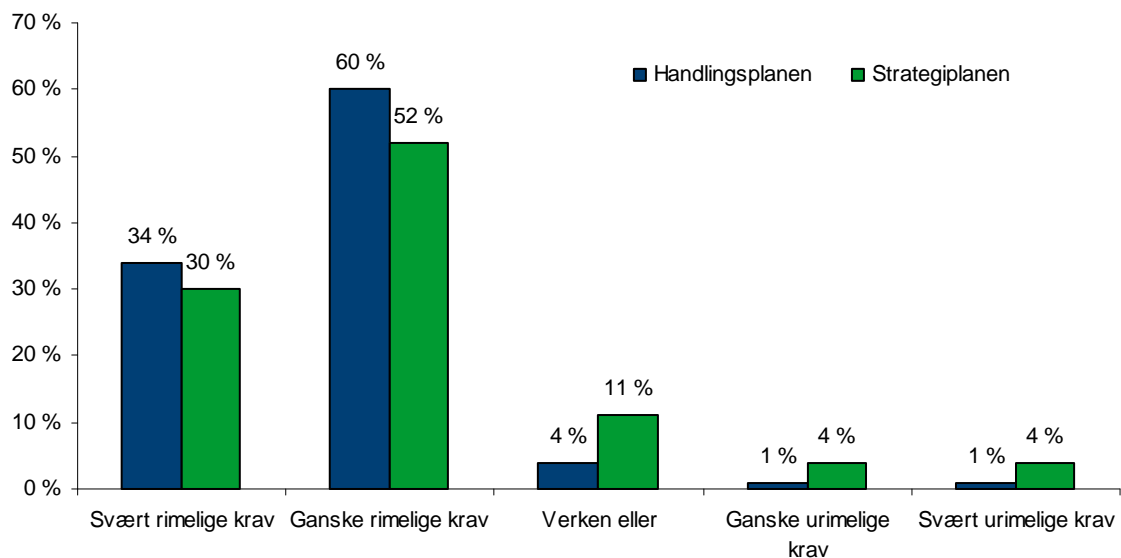
En forutsetning for å få treffsikre søknader, er at søkerne har oppfattet hvilke kriterier som må legges til grunn for å få støtte. Figur 6.2 viser hva respondentene svarte på spørsmål om de oppfattet kriteriene for å få støtte gjennom planene som klare og tydelige. Det store flertall oppfatter kriteriene som klare og tydelige, 50-60 prosent oppfatter kriteriene som ganske klare og tydelige, mens 1 av 4 oppfatter dem som svært klare og tydelige. En noe større andel av mottakerne av midler gjennom handlingsplanen enn gjennom strategiplanen oppfatter kriteriene som klare og tydelige. 1 av 5 mottakere av tilskuddsmidler gjennom Strategiplanen oppgir enten at de opplever kriteriene som utydelige, eller de sier verken eller. Tilsvarende tall for handlingsplanen er 1 av 10.

Figur 6.2 *Hvor klare og tydelige mener du at kriteriene for å få støtte gjennom handlings-/strategiplanen har vært?*



Figur 6.3 viser hva respondentene svarte på spørsmål om de synes at søknads- og rapporteringskravene til Helsedirektoratet står i et rimelig forhold til det som må forventes av en mottaker av tilskudd. En av tre tilskuddsmottakere mener at kravene er svært rimelige, mellom 50-60 prosent mener de er ganske rimelige. En større andel av tilskuddsmottakere gjennom handlingsplanen enn gjennom strategiplanen mener kravene er rimelige. Motsatt er det en større andel av mottakere av tilskudd gjennom strategiplanen enn handlingsplanen som mener at søknads- og rapporteringskravene er urimelige/verken eller.

Figur 6.3 Synes du søknads- og rapporteringskravene til Helsedirektoratet står i et rimelig forhold til det som må forventes av en mottaker av tilskudd?



Søknadsbehandling

Et moment som relativt mange av respondentene har trukket frem både i spørreskjemaet og gjennom intervjuene, er stor frustrasjon i forhold til det de opplever som svært lang søknadsbehandlingstid. Søknadsfristen er i midten av februar, og flere av respondentene oppgir at de ikke får svar på at søknaden er innvilget før i mai/juni. Flere av respondentene uttrykker at midlene kun kan benyttes til aktiviteter som gjennomføres i inneværende prosjektår, hvilket betyr at halve året har gått før de får bekreftet om søknaden er innvilget. For aktiviteter rettet mot skolene betyr det enda kortere mulighet for å gjennomføre aktivitetene, med sommerferie og juleferie blir ofte den effektive gjennomføringsperioden fra september til november. I følge Helsedirektoratet kan mottakerne overføre midlene til neste år, men det virker som mange ikke er klar over dette. Noen av informantene oppgir at de får forskuttert midler til driften, men at de ikke liker den usikkerheten dette medfører.

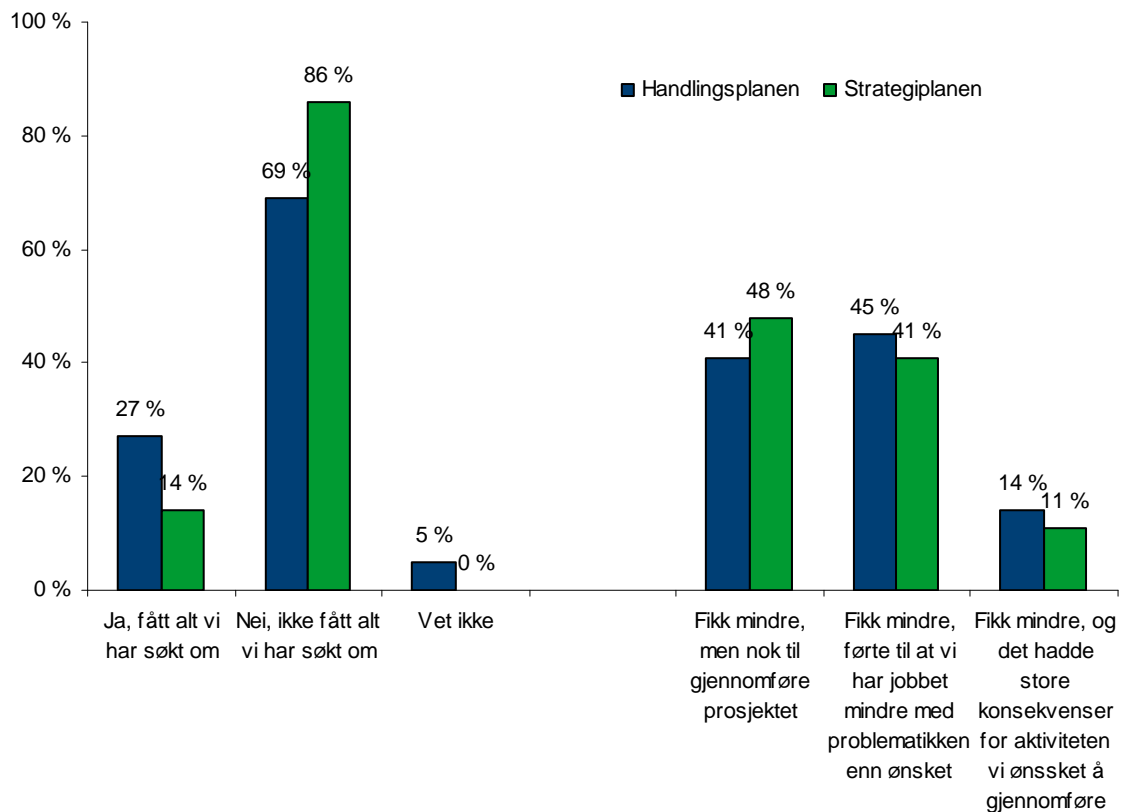
En respondent sier følgende om denne problematikken:

Det er ganske uholdbart i forhold til gjennomføring av et prosjekt at vi ikke får svar før i mai/juni. Det betyr at halve året har gått før vi vet om vi får midler. Det gjør det vanskelig å holde kontinuitet i prosjekter som videreføres, og i forhold til å holde på fagpersonell til å gjennomføre prosjektet.

Noen av informantene oppgir også at de i noen tilfeller ikke har fått svar på søknaden i det hele tatt.

Det søkes om langt mer midler enn tilgjengelige midler gjennom de to planene. De fleste som har fått tildelt midler har derfor opplevd at de ikke har fått alt de har søkt om, Figur 6.4. Mens kun 14 prosent av tilskuddsmottakerne gjennom strategiplanen oppgir at de har fått alt de har søkt om, gjelder det for 27 prosent av de som søker gjennom handlingsplanen. Dette kan indikere at det er noe større konkurranse om midlene gjennom strategiplanen enn gjennom handlingsplanen eller det kan handle om at de som søker midler over handlingsplanen søker om mindre beløp.

Figur 6.4 Har dere fått midlene dere har søkt om, hvis ikke, hvilke konsekvenser har det hatt for gjennomføringen av prosjektene?



Konsekvensene for de fleste som fikk mindre midler enn de hadde søkt om, var enten at de reduserte aktiviteten i forholdt til planene, eller at de likevel klarte å gjennomføre prosjektet. For 10-15 prosent av de som fikk mindre enn de hadde søkt om, medførte det store konsekvenser for gjennomføring av den planlagte aktiviteten. Dette gjelder i størst grad for interesseorganisasjoner. Det er kun marginale forskjeller mellom tilskuddsmottakerne gjennom handlingsplanen og strategiplanen i dette spørsmålet.

Andre kommentarer fra tilskuddsmottakerne på søknadsbehandlingen:

"Helsedirektoratet er et veldig positivt organ å samarbeide med. Det er veldig positivt at de er åpne for innspill fra fagområdene".

"Vi er veldig godt fornøyd med at ordningen lå under Helsedirektoratet, og er redd for at tenkningen og forståelsen for tema ikke skal bli ivaretatt like bra ved fylkesvise avgjørelser".

"Vi fikk beskjed om økt støtte fra Helsedirektoratet, og utvidet derfor virksomheten (økt antall undervisningstimer). Etter et halvt år fikk vi kontrabeskjed, og gikk derfor i underskudd. Vi er blitt tvunget til å øke prisen vi tar fra skolene. Vi merker en betydelig nedgang i antall oppdrag, til tross for at kapasiteten vår er stor, og vi har svært positive resultater med jobben vår".

"Det hadde vært fint om tilskuddet hadde blitt tildelt for 2-3 år av gangen. Da hadde vi fra årets begynnelse visst om vi hadde midler. Som det er nå kommer vi ikke i gang med arbeidet før på høsten. Sommermånedene går med til ferieavvikling og da er det liten aktivitet på prosjektfronten".

"Det hadde vært fint om vi fikk informasjon om andre organisasjoner som vi kan samarbeide med etter sendt søknad".

"Det er liten belønning for utvikling av nye tiltak. Liten stimulering av forskningsbasert kunnskap".

Prosjektvarighet

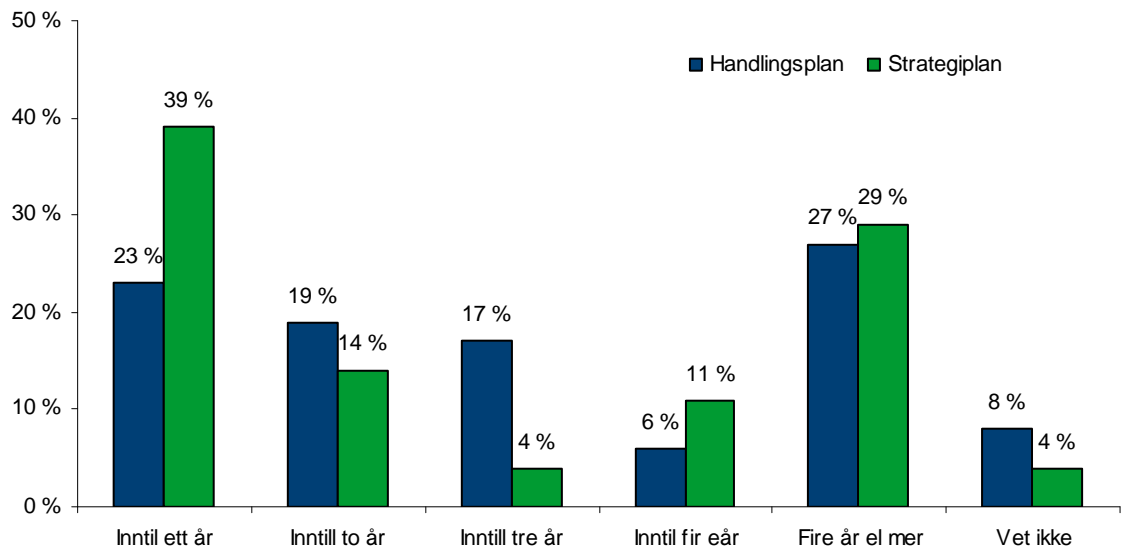
Midlene tildeles årlig og gjelder for prosjekter som skal gjennomføres i løpet av inneværende prosjektår. Samme aktør kan selvsagt søke om midler til samme aktivitet flere år på rad, hvilket det også er mange som gjør. Figur 6.5 viser over hvor lang tid tilskuddsmottakerne har fått midler gjennom handlings-/strategiplanene. Nærmere 4 av 10 mottakere av tilskudd gjennom strategiplanen har kun mottatt midler i ett år, tilsvarende andel for tilskuddsmottakerne gjennom handlingsplanen er i overkant av 2 av 10. På den andre siden har i underkant av 30 prosent av alle tilskuddsmottakerne mottatt midler i til sammen 4 år eller mer. Mange har fått midler i mange år, og flere av informantene vi intervjuet oppga at flere av aktivitetene de fikk midler til hadde de gjennomført i mange år. En av informantene hadde gjennomført samme aktivitet i 12 år, og en annen aktivitet i 6 år. Men som vi har sett tidligere, så tildeles midler kun for ett år av gangen. Manglende langsiktighet og dermed forutsigbarhet ble poengtert som et stort problem både av de vi intervjuet, og av respondentene i spørreundersøkelsen.

Selv om nok mange opplever at de får innvilget søknader på samme aktivitet år etter år, så opplever de likevel en usikkerhet som medfører at de er forsiktige med å sette i gang aktiviteten før de har fått bekreftet at de mottar midler.

Også i forhold til å starte opp nye tiltak sammen med eksterne samarbeidspartnere, oppleves manglende langsiktighet i midlene som en svært viktig bremsekloss. Det kan også være vanskelig å holde på ansatte som har opparbeidet seg prosjektrelevant erfaring, når det er så stor usikkerhet knyttet til varigheten av et tiltak.

På spørsmål om respondentene planlegger å videreføre aktiviteten dersom de får midler til det gjennom planene, svarer hele 83 prosent av alle respondentene bekræftende på det. Det gjenspeiler ønsket om langsiktighet i aktivitetene, noe som er vanskelig å gjennomføre.

Figur 6.5 Over hvor lang tid har dere fått midler gjennom handlings-/strategiplanen?



Oppsummering

Tilskuddsmottakernes erfaringer med tilskuddsforvaltning:

- Mange av tilskuddsmottakerne samarbeider med andre instanser
- De fleste tilskuddsmottakere mener de har svært/ganske god informasjon om tilskuddsordningene og at de kjenner til kriteriene for å få støtte. Et mindretall på rundt 1 av 3 tilskuddsmottakere gjennom strategiplanen mener de ikke har god nok informasjon om ordningen, og 1 av 4 mener også at kriteriene for støtte er uklare og utydelige eller de sier ”verken eller”.
- Mange tilskuddsmottakere melder tilbake om stor frustrasjon knyttet til lang behandlingstid av søknadene, med det resultat at tiden de har for å gjennomføre aktiviteten de har fått støtte til blir uforholdsmessig kort.
- Mange tilskuddsmottakere har fått støtte til samme aktivitet flere år på rad, men i og med at tilskuddene tildeles kun for ett år av gangen, opplever de stor usikkerhet knyttet til om de kan videreføre prosjekter. Dette er en bremsekloss i forhold til både å starte opp samarbeid med viktige sentrale aktører, og i forhold til å holde på og rekruttere fagpersoner til aktivitetene.

6.2 Har ressursbruken vært målrettet og hensiktsmessig?

Vi redegjorde for ressursbruken i kap 3. Etter vår vurdering har ressursbruken på mange måter vært i tråd med strategier i planene og med utviklingen på området. I vurderingen av ressursbruk har vi tatt utgangspunkt i fordeling til ulike målgrupper. Det er et relativt godt samsvar mellom mål og innsatsområder. Men slik vi tidligere har beskrevet er det enkelte grupper som det er iverksatt færre tiltak overfor enn behovet skulle tilsi.

Dersom vi ser på prioriteringen av ressurser i forhold til utviklingen på områdene ser vi at det er noen mål/grupper som er blitt tildelt lite midler til tross for at utviklingen har vist at dette er områder som burde vært prioritert.

Når det gjelder arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort har vi vist at andelen som tar abort er betraktelig høyere blant 1. generasjons kvinner med innvandrerbakgrunn enn blant kvinner med etnisk norsk bakgrunn. Voksne innvandrerkvinner har ikke vært en egen målgruppe for handlingsplanen. Det burde det sannsynligvis vært. Tilskuddsmottakernes erfaringer med prosjekter med innvandrerungdom viser at dette er en svært heterogen gruppe, men at en del har mangelfulle kunnskaper om kropp og seksuell helse.

Når det gjelder arbeidet med å forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer er også innvandrere en målgruppe som har fått mindre og mindre penger til tross for at det har kommet flere hiv-smittede innvandrere til Norge i perioden, og til tross for at alle som jobber på feltet rapporterer at mange innvandrere har mindre kunnskap om smitteåter og anatomi enn den øvrige befolkningen. Det er også et spørsmål om forebygging av hiv blant menn som har sex med menn burde vært tildelt en større andel av midlene ettersom det er i denne gruppa man har hatt en relativt sterk vekst i nysmitte.

Begge planene inneholder beskrivelser av mange utfordringer. Hvilke utfordringer som bør prioriteres i fordeling av knappe midler må være i tråd med den utviklingen som skjer, men det er til en viss grad også et skjønnsspørsmål. I forhold til strategiplanen kan det argumenteres for at det burde vært gitt midler til forebygging blant rusmisbrukere. En annen gruppe er utenlandsreisende.

Etter vår vurdering er det mest kritisk at det ikke er blitt bevilget mer midler til forebygging av hiv blant innvandrere. Dette er en gruppe som er svært utsatt, og det har også sentrale helsemyndigheter har vært oppmerksom på i hele planperioden. På direktoratsnivå har man forsøkt å stimulere aktivitet på feltet uten å lykkes. Vårt inntrykk er at grunnen til at dette området ikke har fått tildelt mer midler er at det ikke har vært gode søknader fra aktører som jobber i forhold til disse målgruppene. Det er en utfordring for organisering og styring at man gjennom et system med tilskuddsforvaltning ikke er sikret å fange opp alle målgruppene.

Det ser ut til at modellen med likemannsarbeid har sine begrensninger i forhold til forebyggende arbeid blant innvandrere. Blant annet fordi målgruppen innvandrere er så heterogen er det vanskelig å etablere et forebyggende arbeid på samarbeid med frivillige organisasjoner. Det har sannsynligvis også sammenheng med at tradisjonene for frivillig arbeid ikke er de samme i de landene de kommer fra.

Det kan være et dilemma i forvaltning av midler når man skal prioritere mellom svært ulike mål innenfor samme pott. Etter vår vurdering er det ugunstig å måtte prioritere mellom tiltak rettet mot å forebygge klamydia hos ungdom og tiltak rettet mot å forebygge hiv innenfor samme pott. Særlig fordi målgruppene er så forskjellige. Vi mener at alle tiltakene rettet mot å gi generell informasjon til ungdom om seksuell helse burde vært samlet i en plan og da fortrinnsvis blitt finansiert med midler over handlingsplanen. Det ville gjøre at arbeidet for å forebygge hiv ble mer spisset.

Enkelte av organisasjonene er svært sentrale på de områdene de virker, det gjelder blant annet Helseutvalget for homofile og HivNorge. Disse organisasjonene får en stor andel av finansieringen gjennom strategiplanen og får midler til "drift". Det er et spørsmål om det ikke hadde gitt en ryddigere organisering og styring dersom disse organisasjonenes drift hadde vært dekket på en annen måte enn gjennom tilskudd til prosjekter. Slik det er nå bruker disse aktørene også veldig mye tid på å skaffe midler til drift.

6.3 Hvordan fungerer planene som styringsvirkemiddel

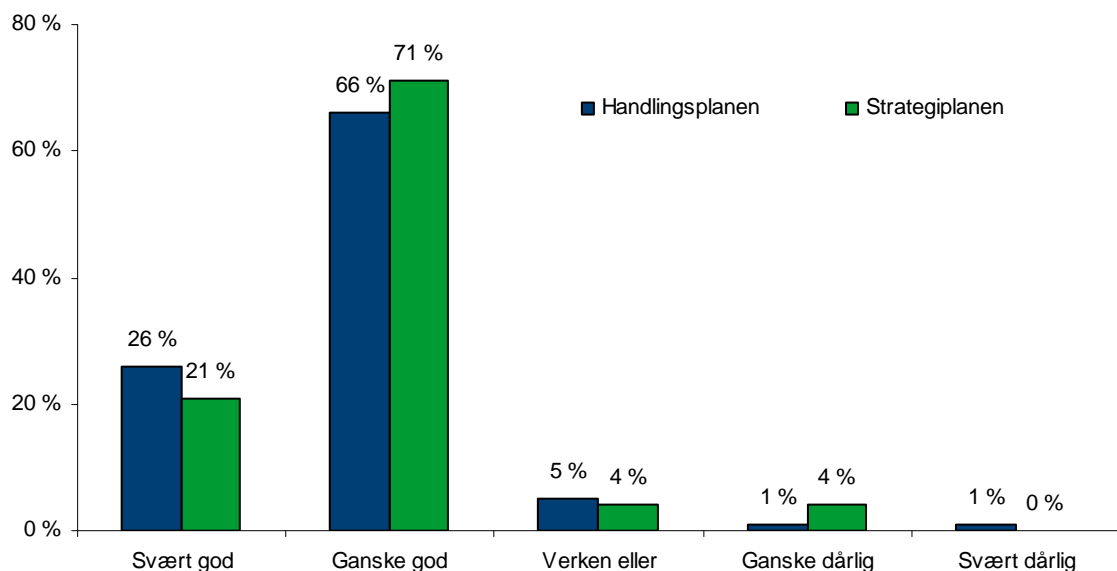
6.3.1 Kjennskap til planene

Både handlingsplanen og strategiplanen er svært innholdsrike og omfatter mange mål, strategier og tiltak. For at de skal fungere som styringsvirkemiddel bør aktørene ha kjennskap til planene. I både intervjuene og spørreundersøkelsen spurte vi om hvor godt de ulike aktørene mente at de kjente innholdet i henholdsvis strategiplanen og handlingsplanen.

Hvor godt kjenner tilskuddsmottakerne planene?

I Figur 6.6 ser vi hva respondentene i spørreundersøkelsen svarte på hvor godt de kjenner strategiene. Et flertall av respondentene oppgir at de kjenner strategiene ganske godt, mellom 65-70 prosent, mens 20-25 prosent oppgir at de kjenner dem svært godt. Et lite mindretall på under 5 prosent oppgir at de kjenner strategiene dårlig. At en langt mindre andel av respondentene oppgir at de kjenner strategiene ganske godt, sammenlignet med andelen som oppgir svært godt, har sannsynligvis sammenheng med at begge planene er relativt omfattende og at det dermed krever en del å kjenne til de ulike strategiene svært godt. Svarene fra respondentene tyder på at de har tilstrekkelig kjennskap til strategiene bak begge planene. Det er liten forskjell på tilskuddsmottakerne for de to planene i dette spørsmålet.

Figur 6.6 *Hvor godt kjenner du til strategiene Helsedirektoratet har lagt til grunn for å forebygge uønsket svangerskap og abort / hiv og soi?*



Flere av de informantene vi intervjuet påpekte at både handlings- og strategiplanene var svært omfattende og for lite fokuserte. Følgende sitat illustrerer dette:

Jeg synes strategiplanen er altfor omfattende. Jeg kjenner planen ganske godt, men kan ikke si hva som er hovedbudskapet. Det blir for mange mål, alt er i og for seg bra, men det drukner fordi det er så mye og for lite fokusert.

Gjennom intervjuene var inntrykket at det varierte mye hvor mye de ulike aktørene hadde lest i planene. For enkelte sentrale aktører innen seksuell helse som ikke får

hovedfinansieringen gjennom tilskudd over planene oppleves det ikke som så relevant å sette seg inn i planene.

Følgende er kommentarer til strategiplanen:

Strategidokument er viktig fordi det sier noe om at sentrale myndigheter er opptatt av dette, mer enn det er en oppskrift for hva du skal gjøre. Det sier noe om at sentrale myndigheter er opptatt av dette og prioriterer. Det sier noe om at det finnes penger tilgjengelig.

Jeg er enig i alle tiltakene i planen. De er bra. Problemet er mer hvem som skal gjøre alt dette og hvor de skal hente penger til alt fra?

De kunne vært mye tydeligere på hvilke områder som skal prioriteres mer. Man vet ikke helt som oppdragsgiver hvor man skal sette inn støtet. Alt i planen er veldig bra, men det følger ikke med nok penger. Skal man gjøre det som står der, må man ha mer spissing på hva som skal fokuseres på hvert år.

I stedet for en utredning av alle problemstillinger, kunne det vært en strategi for hvordan Norge skulle sett ut i 2013 når det gjelder seksuell helse, og så en årlig handlingsplan for hvordan nå frem til det målet.

Kommentarer til handlingsplanen:

Det er jo et fint dokument som samler alle utfordringer. Å se de samlede utfordringene samler trådene

Hvis Helsedirektoratet hadde ansvaret for å fikse alt som står i planen, ville den vært mindre og ha et lengre perspektiv.

Det er viktig å ha identifisert alle utfordringer, men hele handlingsplanen burde være mer strukturert. Jeg synes ikke det er noen plan, bare en oversikt mange utfordringer. Jeg er enig i alle tiltakene som står i planen, problemet er bare hvem som skal gjøre alt dette?

Det er begrenset hvor mye planene styrer det arbeidet de faktisk gjør:

Strategiplanen er sikkert bra, men det er lite som har endret seg her hos oss i perioden. Det var ikke strategiplanen som gjorde at vi opprettet et tilbud for afrikanere.

Vi har alltid hatt mer enn nok å gjøre, slik at strategiplanen har vært et sted å hente inspirasjon for nye tiltak. Men det har ikke vært et styringsdokument i forhold til hva vi selv har gjort. Vi kunne ha brukt den mer aktivt, men vi har våre krav.

Vi bruker ikke planen aktivt. Jeg vet ikke om det er heldigvis eller dessverre. Det gode med strategiplanen er at de har tatt inn de utfordringene vi bringer inn, de er en del av strategiplanen. Helsedirektoratet blir kjent med utfordringene gjennom oss.

Vi henter mye ideer fra handlingsplanen, men det er kanskje også fordi det er der vi kan få midler fra, derfor må prosjektene ses i forhold til handlingsplanen.

Det som styrer driften i virksomhetene er den enkelte organisasjons målsettinger.

6.3.2 Planer som styringsverktøy

Det er en problemstilling i evalueringen om en handlingsplan eller strategiplan er det beste styringsverktøyet. Det er etter vår oppfatning vanskelig å vurdere styringseffekten av den ene planen opp mot den andre fordi det er ganske store forskjeller i kompleksitet i problemstillinger og mål i de to planene. Dette gjør også at forvaltning og organisering knyttet til planene er forskjellige. Strategiplanen har utsatte grupper som målgrupper, og disse er svært forskjellige og til dels marginale. Handlingsplanen har særlig fokus på

ungdom og unge voksne, altså en mye større gruppe som er lettere å nå. Dette gjør at blant annet likemannsmodellen er mer og mindre betydningsfull.

Etter vår oppfatning har planene mange fellestrekk og det følger også midler med begge planene. Handlingsplanen inneholder noen flere konkrete tiltak som er tydelig på hvem som har ansvaret for iverksettelse enn det strategiplanen gjør. Men begge planene inneholder mange tiltak som handler om forbedringer i tjenester uten å være konkrete på hvordan dette skal gjøres. For begge planene gjelder at en del av strategiene/tiltakene er vanskelig å skille fra målene og ikke angir konkrete handlinger.

Ideelt sett bør en handlingsplan eller strategi inneholde følgende:

- Bygge på klar problemforståelse
- Gi en tydelig fremstilling av mål
- Inneholde konkrete tiltak og synliggjøre sammenhengen mellom mål og tiltak
- Plassere ansvar og sørge for at det er samsvar mellom ansvar og myndighet/handlingsrom
- Inneholde metoder for å påse at tiltakene gjennomføres
- Være mulig å evaluere kontinuerlig, det vil si utarbeide målbare indikatorer

Både handlingsplanen og strategiplanen har etter vår vurdering en god problemforståelse og gir en tydelig fremstilling av mål. Sammenhengen mellom mål og tiltak er relativt godt synliggjort, men det er problematisk at mange av tiltakene er formulert som mål. Mange av tiltakene som nevnes er ikke knyttet til ansvar og det er uklart hvem som skal ha ansvaret. Det går ikke klart frem av planen hva som skal styres gjennom tilskuddsforvaltning og hva som ikke skal gjøre det.

En utfordring med planene er at de i begrenset grad inneholder metoder for å vurdere gjennomføringen av tiltakene. Alle tilskuddsmottakerne rapporterer på prosjektene de har fått midler til. Men det er lite gjennomslagskraftig hvor mye som faktisk er gjennomført på hvert område. Hvis man ser på alle tiltakene vil man se at mye er gjort. Men et helt annet spørsmål er om det er gjort i tilstrekkelig grad. Hvor mange i målgruppen har fått aktiviteten?

Det er indikatorer for å måle måloppnåelse når det gjelder antall nysmittede og antall avbrutte svangerskap. Men det er ikke satt indikatorer for måloppnåelse når det gjelder delmålene. Det gjør det vanskelig å vurdere hva og hvor mye som er iverksatt av tiltak.

En innvending mot å utforme mindre strategiske og mer konkrete tiltak kan være at det gir for sterke føringer på hva som skal gjøres og dermed lite rom for lokale tilpasninger. Et alternativ kan eventuelt være at det lokale nivået utformer tydelige mål for tiltak. Det er uansett viktig å gjøre tiltakene operasjonaliserbare og ha som utgangspunkt at resultatene skal være mulig å måle.

Dokumentene viser hva som er utfordringene på disse områdene. Når man skal utarbeide mål for arbeidet, er det viktig at det ligger politisk vilje bak. Ambisiøse mål krever mye ressurser. Målene bør ikke bestå av gode hensikter. Som beskrevet er både handlings- og strategiplanen svært omfangsrike og med en redegjørelse for alle utfordringer på områdene samt en samling av svært mange små og større tiltak.

Andre måter å organisere på?

Vi syns ikke det er grunnlag for å si at den ene planen fungerer bedre som virkemiddel og styringsinstrument enn den andre. Det er derimot et spørsmål om det er nødvendig med en plan, eller om arbeidet kunne vært iverksatt like bra uten plan. Det kan argumenteres for at utfordringene i forhold til hiv og seksuelt overførbare sykdommer samt forebygging av abort er oppgaver på linje med andre oppgaver som helsetjenesten har ansvar for. En alternativ organisering kan være å definere at ulike prosjekter skal få støtte, og det kan også enkeltaktører få dersom man mener at deres virksomhet er hensiktsmessig uten at det trenger å være en strategi eller handlingsplan som ligger til grunn.

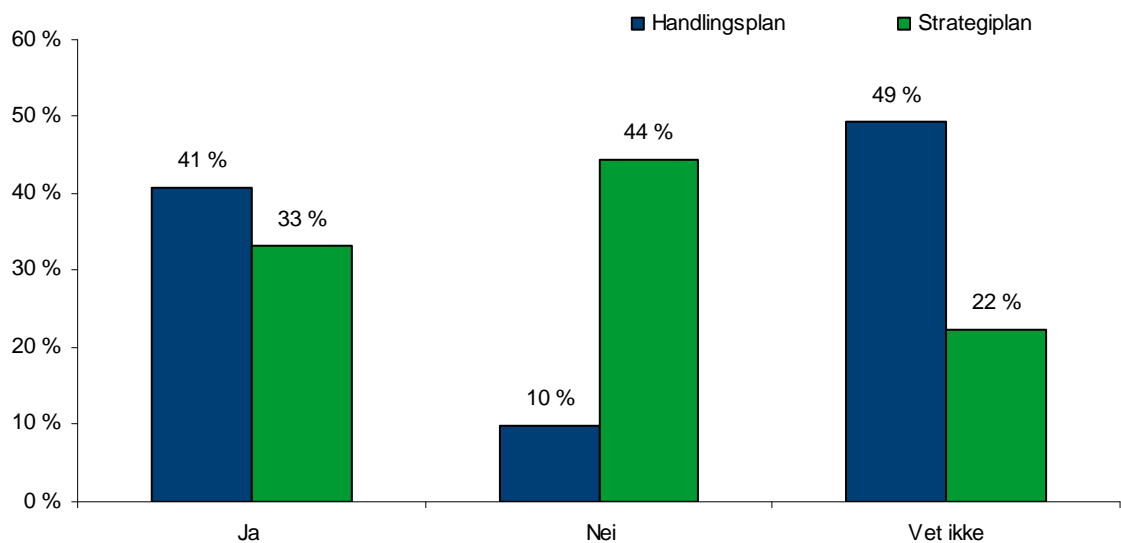
Argumenter for å ha et planverktøy er at begge disse områdene (forebygging av hiv og soi og forebygging av abort og uønsket svangerskap) kan knyttes til at dette er temaer som krever samarbeid med flere instanser enn helsetjenesten, samt at temaene til dels er følsomme. Men det samme gjelder mye annet forebyggende arbeid. Hiv var i sin tid en ”ny” sykdom som krevde formidling av ny kunnskap til befolkningen, men det stadiet er tilbakelagt. Det kan være grunn til å spørre om det egentlig lenger er behov for egne planer på disse områdene, eller om ikke tilskuddsmidler kan lyses ut med tilstrekkelige føringer i teksten. Man må uansett ha klare tanker for hva som skal prioriteres.

6.3.3 Slå sammen handlings- og strategiplan?

Et aktuelt spørsmål har vært om handlings- og strategiplanen bør slås sammen. Vi ba om synspunkter på dette spørsmålet i intervjuene og i spørreundersøkelsen.

Tilskuddsmottakerne ble spurt om de hadde synspunkter på om det vil være hensiktsmessig å slå sammen strategiplan og handlingsplan, Figur 6.7 viser hva de svarte. 41 prosent av mottakerne av midler over handlingsplanen mener det er hensiktsmessig å slå samme de to planene, tilsvarende andel for tilskuddsmottakerne over strategiplanen er noe lavere, 33 prosent. Vi ser videre at 44 prosent av mottakerne av midler over strategiplanen mener det ikke er hensiktsmessig å slå sammen planen mot kun 10 prosent av tilskuddsmottakere over Handlingsplanen. I sistnevnte gruppe oppgir nærmere halvparten av de ikke vet om det er hensiktsmessig å slå sammen planene.

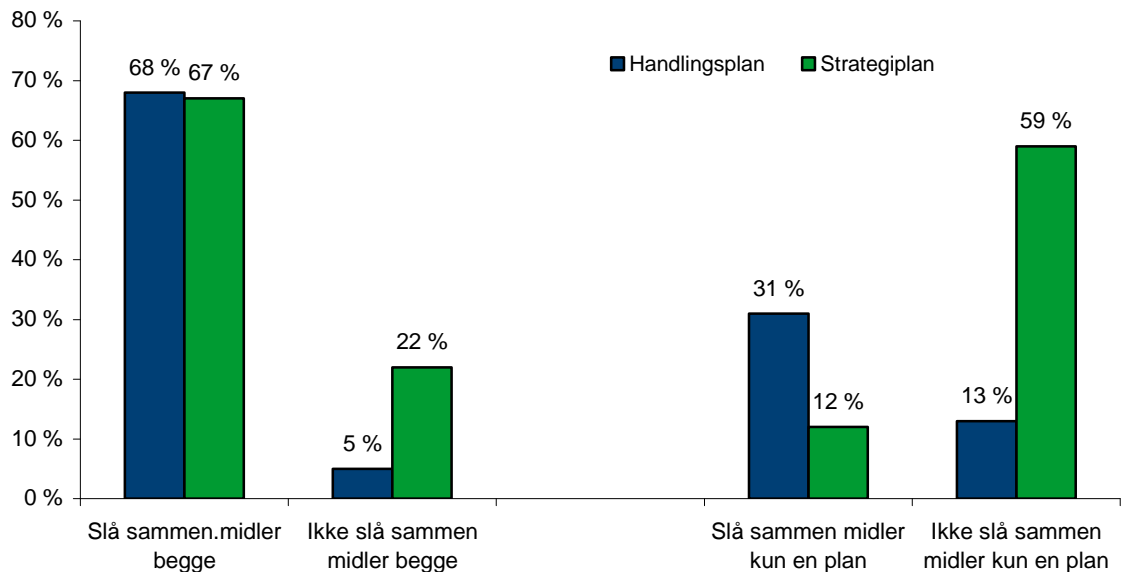
Figur 6.7 Er det hensiktsmessig å slå sammen handlingsplanen og strategiplanen?



Det er en noe høyere andel av tilskuddsmottakerne gjennom strategiplanen enn gjennom handlingsplanen som har mottatt midler gjennom begge planene, henholdsvis 33 prosent og 24 prosent. I Figur 6.8 ser vi hva tilskuddsmottakerne svarte på spørsmålene om sammenslåing av de to planene, fordelt etter om de mottar tilskudd fra begge planene eller kun fra en av planene. De tilskuddsmottakerne som har søkt midler gjennom begge planene er langt mer positive til å slå sammen planene, enn de som ikke har søkt gjennom begge planene. 67-68 prosent av tilskuddsmottakerne som har søkt gjennom begge planene er positive til å slå sammen planene. Ser vi på de som oppgir at de kun har fått midler gjennom en plan, er 31 prosent av tilskuddsmottakerne gjennom handlingsplanen positive til sammenslåing av planene, mot kun 12 prosent av mottakerne gjennom strategiplanen. Motsatt mener hele 59 prosent av tilskuddsmottakerne som kun mottar støtte gjennom strategiplanen at planene ikke bør slås sammen. Tilsvarende andel for tilskuddsmottakerne gjennom handlingsplanen er 13 prosent, mange her sier at de ikke vet om planene bør slås sammen.

Det er ikke så rart at de som får midler gjennom begge planene i større grad enn de som kun mottar gjennom en plan, er positive til å slå sammen planene. De kjenner til begge ordningene, mens de som kun mottar gjennom en plan nok kun kjenner til denne ordningen og dermed vil være mer skeptiske til å slå sammen planene, eller de vet ikke om det vil være hensiktsmessig.

Figur 6.8 Er det hensiktsmessig å slå sammen begge planene, etter om de søker midler på en eller begge planene



Vi spurte også tilskuddsmottakerne om *hvorfor* de mente det var hensiktsmessig å slå sammen planene. Tilskuddsmottakerne svarte følgende:

”Fordi temaene ikke kan ses atskilt, det er to sider av samme sak”.

”Det ville kanskje da bli mer fokus på at det er viktig også å beskytte seg mot seksuelt overførbare sykdommer”.

”Svært hensiktsmessig fordi disse områdene ofte overlapper hverandre og planlegges innenfor samme enheter”.

”Fordi dette arbeidet utføres parallelt. Når vi har kontakt med ungdom i forhold til prevensjon med mer, er det helt vanlig å komme inn på risiko for soi”.

”Internasjonalt snakker man om SRHR og Hiv/Aids som et felles satsingsområde. At man ikke kan skille arbeidet på disse feltene. Det bør også gjenspeile seg i Norge”.

Tilskuddsmottakerne som mente det *ikke* var hensiktsmessig å slå sammen planene, ble spurt om hvorfor de mener dette:

”Jeg er redd seksualitet lett blir koblet til sykkelighet”.

”Hos oss er målgruppen en annen. Tror det vil ta fokus fra vårt hovedområde som er forebygging av uønsket svangerskap. Vi snakker om hiv/aidsproblematikk, men ungdom kjenner seg ikke igjen”.

”Det vil mest sannsynlig gjøre fokuset på seksuell helse mindre”.

”Jeg er redd msm-perspektivet vil forsvinne i skyggen av unge som kanskje er den minst sårbare gruppen for alvorlige soi i Norge, men som er viktigst i arbeidet med uønsket svangerskap og abort”.

”Det er helt ulike målgrupper og vi kan ikke se det som hensiktsmessig at svangerskap/abort skal kobles til soi.”

”En sammenslåing vil føre til færre aktiviteter overfor begge satsingsområdene. Med for mange strategihensyn er faren stor for å velge ”de store linjene”, og glemme de mindre aktivitetene, noe som kan gi store utslag i spesielt utsatte grupper og også blant enkeltpersoner”.

Vår vurdering

Argumenter for en samlet plan er slik vi forstår det basert på at det vil være i tråd med internasjonale strategier på området seksuell helse, og samtidig gjøre det lettere å knytte en nasjonal strategi for seksuell helse opp mot tilgrensede innsatsplaner på temaområder som psykisk helse, seksuelle overgrep, kjønnslemlestelse, rusforebygging og seksuelle minoriteter. Man ser også for seg at en felles plan kan bidra til å løfte seksuell helse i det lokale folkehelsearbeidet og til mer samordnet innsats i de kommunale tjenestene. Videre at en felles plan med fokus på påvirkningsfaktorer kan være med å styrke forebyggingsprofilen på politikken.

Vår oppfatning er at dersom arbeidet med forebygging av uønsket svangerskap og abort og forebygging av hiv og soi fortsatt skal styres gjennom planer er det flere betenkeligheter ved en felles plan. En felles plan kan være egnet til å tydeliggjøre sammenhenger mellom ulike områder og til å utforme generelle strategier for å bedre ”den seksuelle folkehelsen”. Men vi tror en slik plan lett vil bli for omfattende og mangle klare budskap. Vår kritikk av de eksisterende planene er at de er for lite konkrete når det gjelder tiltak og ansvarsforhold, samt at det er vanskelig å måle tiltaksinnsatsen. Vi tviler på at dette blir bedre i en stor og omfattende felles plan. Vi tror det kan bli vanskelig å prioritere mellom ulike strategier og tiltak, og at de mest marginale gruppene kan bli nedprioritert.

Dersom man ser på målgruppene for de to eksisterende planene er det begrenset hvor mye som er overlappende. Ungdom er en viktig målgruppe for begge planene, og det er viktig å øke kunnskapsnivå og kondombruk i denne gruppa av flere årsaker. Når det gjelder ungdom er det svært viktig å se forebygging av uønsket svangerskap i sammenheng med forebygging av klamydia. Innvandrere er til dels en målgruppe som er felles for planene. Men denne gruppa er svært heterogen og selv om det er mange innvandrere som trenger økt kunnskap om seksuell helse og som trenger veiledning i å forebygge svangerskap, er det begrenset hvor mange som er utsatt for hivsmitte. Men begge disse målgruppene (ungdom og innvandrere) tydeliggjør at det er behov for å se tiltakene for å forebygge uønsket svangerskap og abort i tett sammenheng med tiltakene for å forebygge hiv og soi. Når det gjelder andre grupper som er utsatte i forhold til hiv som msm, utenlandsreisende og injiserende rusmisbrukere er det lite som er overlappende.

Vi tror at en felles plan kan styrke det primærforebyggende arbeidet for å styrke seksuell autonomi hos barn og unge. Men vi mener at for å lykkes med å forebygge hiv er det nødvendig å arbeide spisset, og vi tror at dette kan bli utydelig i en felles plan.

Vi mener at det i arbeidet med å forebygge hiv ikke er tilstrekkelig kunnskap om hva som faktisk har effekt og hvordan man best skal utforme forebyggende tiltak i forhold til de mest utsatte gruppene som i Norge er menn som har sex med menn og innvandrere fra utsatte områder. Vi mener at det bør arbeides videre med å utforme eksplisitte strategier på disse områdene. Parallelt med dette bør det arbeides primærforebyggende for å styrke seksuell autonomi hos barn, ungdom og unge voksne, men vi tror ikke strategiene bør integreres i en felles plan.

7 Andre nordiske land

I dette kapitlet gir vi først en oversikt over utviklingen i abortrate og utviklingen i nysmittede med hiv i de nordiske landene i perioden 2001-2007. Deretter redegjør vi kort for innsats i hvert av de nordiske landene, og til slutt vurderer vi hvilke nordiske erfaringer som kan være særlig nyttige i det videre arbeidet.

7.1 Utvikling

7.1.1 Svangerskapsavbrudd i Norge sammenlignet med andre nordiske land

Antall svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner i fruktbar alder (15-49 år) varierer mellom de nordiske landene. Tallene i tabellen nedenfor er vanskelige å sammenligne fordi raten for svenske kvinner omfatter kvinner i alderen 15-44 mens ratene for de øvrige landene omfatter kvinner i alderen 15-49 år. Det mangler dessuten tall for 2007 fra Danmark. Vi ser likevel at abortraten er høyest i Sverige og betydelig lavere i Finland enn i de øvrige nordiske landene. Abortraten i Sverige ser ut til å stige mer enn i de øvrige landene, der den må sies å være relativt stabil.

Tabell 7.1 Svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner 15-49 år (Tallene for Sverige omfatter kvinner i alderen 15-44 år). 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Norge	13,0	12,7	12,9	13,1	12,9	13,0	13,8
Sverige	18,7	19,6	20,2	20,0	20,2	20,6	21,0
Danmark	12,3	12,0	12,6	12,3	12,3	12,2	Mangler
Finland	8,9	9,1	9,0	9,4	9,3	9,0	9,0

Kilde: SSB, Sosialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og STAKES

Utvikling i abortrate i de nordiske land aldersfordelt

Det er flest tenåringer som tar abort i Sverige, mens det er færrest i Finland. I den yngste aldersgruppen har det i Norge vært en reduksjon i abortrate i denne perioden. Det samme er tilfelle i Finland som har den laveste abortraten i denne aldersgruppen. I Sverige har det vært en vekst i abortraten blant tenåringer. I Tabell 7.2 har vi vist abortratene for aldersgruppen 15-19 år for de ulike landene for årene 2001 til 2007.

Tabell 7.2 Svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner 15-19 år. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Norge	18,8	16,9	16,4	15,7	15,4	16,3	16,9
Sverige	22,7	25,5	25,0	24,4	24,3	25,4	24,8
Danmark	14,0	13,8	14,8	15,8	15,9	16,3	Mangler
Finland	15,4	16,3	15,3	15,7	14,9	14,0	13,0

Kilde: SSB, Sosialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og STAKES

I aldersgruppen 20-24 år har det samlet sett vært en vekst i abortratene i alle de nordiske landene i denne perioden, jf. Tabell 7.3. Veksten har vært særlig markant i Sverige. Det

er relativt store forskjeller i aborthyppighet i denne aldersgruppen i de nordiske landene. Sverige har en abortrate på 34,2 i 2007 mens i Finland var abortraten 17,9.

Tabell 7.3 Svangerskapsavbrudd per 1.000 kvinner 20-24 år. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Norge	26,3	26,8	26,9	27,3	27,4	28,0	29,3
Sverige	28,1	30,0	31,2	30,6	31,4	33,1	34,2
Danmark	19,6	20,1	21,0	21,4	21,2	21,8	Mangler
Finland	15,0	16,6	17,0	18,5	18,2	17,9	17,9

Kilde: SSB, Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og STAKES

I aldersgruppen 25-29 år har Norge og Sverige, som for aldersgruppen 20-24 år, en høyere abortrate enn hva tilfellet er i Danmark og Finland, jf. Tabell 7.3. Trenden er en tydelig økende abortrate i Norge og Sverige i denne aldersgruppen. I Danmark og Finland har det vært en liten nedgang i abortraten i denne aldersgruppen.

7.1.2 Utviklingen i hiv i de nordiske landene

Tabell 7.4 Nydiagnostiserte hiv-infeksjoner per 1 mill. innbyggere (antall tilfeller i parentes)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Norge	35.6 (161)	44.8 (204)	48.7 (223)	59.2 (272)	43.5 (201)	58.4 (271)
Sverige	30.3 (270)	31.1 (278)	40.5 (363)	47.8 (431)	43.2 (391)	41.6 (377)
Danmark	59.9 (321)	54.3 (292)	48.0 (259)	56.9 (308)	52.1 (283)	45.0 (245)
Finland	24.5 (127)	24.8 (129)	25.5 (133)	24.4 (128)	26.3 (138)	37.1 (195)

Kilde: EuroHiv²

Vi ser av tabellen at det har vært en større økning i nysmittede med hiv i Norge enn i de andre landene. Forskjellene er ikke spesielt store mellom Danmark, Sverige og Norge. Forskjellene har blant annet sammenheng med at det er forskjeller i hvor mange innvandrere som er kommet, og hvor de kommer fra. Den økningen som har vært blant msm i Norge ser ut til å ha kommet litt senere til de andre landene.

7.2 Innsats i de ulike landene

7.2.1 Danmark

Organisering og aktører

I Danmark er ansvar og oppgaver knyttet til forebygging av uønsket graviditet, aborter og seksuelt overførbare sykdommer fordelt på kommuner, regioner og sentrale myndigheter. *Kommunene* har ansvaret for den generelle seksualundervisningen i folkeskolene, inkludert undervisning om sykdommer og beskyttelse. Kommunene har også ansvaret for arbeidet som sunnhetspleierne driver. Sunnhetspleierne jobber spesielt med utsatte grupper som allerede har fått barn. *Regionene* har et ansvar for den pasientrettede

² Tallene fra Eurohiv avviker litt fra MSIS. Forskjellene er imidlertid svært små.

opplysningen gjennom praktiserende leger og sykehus. Praktiserende leger har for eksempel ansvar for prevensjonsrådgivning og behandlingstilbud ved smittetilfeller.

Sundhedsstyrelsen har ansvar for koordinering av arbeidet på området, rammene for prioritering av innsats, definering av målgrupper, samt sikring av datagrunnlag sammen med Statens Seruminstitut. Det er en bevisst strategi fra Sundhedsstyrelsen å delegere oppgaver til *frivillige organisasjoner* som representerer de ulike risikogruppene for hiv. Oppgavene er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rammeplan. Sundhedsstyrelsen står for administrasjon og utdeling av finansielle midler til de frivillige aktørene som arbeider med problemstillingene.

Hvert år deler Sundhedsstyrelsen ut om lag 16 til 17 millioner danske kroner til fast driftsstøtte til frivillige organisasjoner som arbeider med forebygging av hiv. Beløpet har vært noe fallende med årene. Fem til seks organisasjoner mottar slik fast driftsstøtte. Dette er HIV Danmark (paraplyorganisasjon), Stop Aids (mannlige homoseksuelles hiv-organisasjon), Sex og Samfund (blant annet opplysning til unge og undervisningsmateriale til lærere), Sikker Sex Info (tidligere Aidslinjen; opplysning til den brede befolkning), Cross-Over (administrert av Aids-Fondet; opplysning og rådgivning til etniske minoriteter). Det deles i tillegg årlig ut om lag 4,7 til 4,8 millioner kroner til ulike prosjekter eller organisasjoner. Hvem som mottar slik støtte varierer fra år til år, eksempelvis Sex og Sundhed, Tele Positiv, Ungegruppen i Skeiby. Sundhedsstyrelsen har løpende dialog med de forskjellige organisasjonene omkring arbeidet deres.

Undervisningsministeriet bestemmer pensum for folkeskolen, fastsetter felles mål for undervisningen og foretar evalueringer. Typisk skal seksualundervisning foregå i 3., 5., 7. og 9. klasse, men det er opp til lærerne å gjennomføre undervisningen når de vurderer at den respektive klassen er klar for det. Seksualundervisningen er ikke et såkalt timefag (det er ikke avsatt bestemt tid til det, og det inngår ikke fast i timeplanene). Dette har både positive og negative sider.

Strategier og sentrale planer

Sundhedsstyrelsen har en *rammeplan* for arbeidet med uønsket svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer.

Når det gjelder *uønsket svangerskap* ble det utarbeidet en National Aborthandlingsplan i 1999. Planen utløp i fjor, og det er ikke laget noen avløser til den. Planen omhandler de politiske prioriteringene, og har ikke et faglig utgangspunkt. Planen har løpt i 4 + 4 år. Målgruppen har vært unge, første og annen generasjonsinnvandrere, sosialt utsatte kvinner (heriblant stoffmisbrukere, hjemløse og kvinner med midlertidig sosiale problemer), samt lærere ettersom de har en sentral rolle i forebyggingsarbeidet. Det har kun vært små endringer i planen over planperioden: etniske minoriteter har fått en noe mer fremtredende rolle, og det har kommet større fokus på sosial ulikhet.

Et av de viktigste tiltakene man har i Danmark for å forebygge uønsket svangerskap er nasjonale kampanjer. I disse kampanjene fokuseres det på å trekke med kommunene som har ansvaret for seksualundervisning. Kampanjene kjøres på TV, i aviser og lignende. Det lages idékataloger og events. For øvrig er rådgivningstilbudet som drives av kommuner og organisasjoner viktig.

Det finnes ingen politisk handlingsplan eller mål for arbeidet med *hiv* og andre *seksuelt overførbare sykdommer*, kun noen prinsipper fra 1987 (disse er nevnt i Sundheds-

styrelsens rammeplan). Det eneste politiske målet på feltet er å redusere diskriminering av smittede.

Seksualundervisningen i folkeskolene er den viktigste informasjonskanalen på området seksuell helse. Som beskrevet er det kommunene som har ansvaret for denne undervisningen, og skolene bestemmer selv hva de underviser i. Man vet lite om kvaliteten på den undervisningen som gis.

Det gis som beskrevet også penger til organisasjonen *Sex og Samfund*, som blant annet utvikler undervisningsmateriale til lærere, de underviser lærere under utdanning, de har informasjon på internettet tilgjengelig for skolene og de formidler supplerende seksualundervisere – unge som kan komme inn på skolene og underviser ”ung til ung”.

Sundhedsstyrelsen gjennomfører i tillegg nasjonale kampanjer. I slike kampanjer er det andre seksuelt overførbare sykdommer enn hiv som er i fokus, spesielt klamydia. Dette er en bevisst strategi: risikoen for å bli smittet med hiv betraktes som veldig liten i Danmark, og ettersom beskyttelse mot for eksempel klamydia også beskytter mot hiv, forsøker man å sikre kampanjenes effekt og troverdighet på denne måten. Man har valgt å satse på opplysning om hiv rettet mot risikogruppene. Stop Aids kjører for eksempel kampanjer rettet mot menn som har sex med menn. Kampanjene later i følge myndighetene, til å ha stor gjennomslagskraft.

Stoffmisbrukere mottar metadon oralt, og de mottar gratis kanyler/sprøyter. Disse initiativene reduserer smittefaren for hiv mellom stoffmisbrukere.

Arbeidet med å forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer er integrert med arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort, og opplysning til unge foregår primært gjennom seksualundervisningen i skolene.

Fakta og resultat

Det er ikke gjennomført noen evaluering av den samlede strategi mot *uønsket svangerskap*. Enkeltinnsatser og enkeltmetoder er evaluert gjennom litteraturstudier av lignende tiltak (vurdering av generell effekt). Rambøll Management har gjort en evaluering av Aborthandlingsplanen (2006). Rapporten har fokus på resultater av prosjekter under Aborthandlingsplanen samt oppfyllelse av planens mål og delmål.

I følge myndighetene har den samlede strategien for å forebygge uønsket svangerskap virket. I dag foretas det ca. 12.000 aborter årlig, i motsetning til ca. 30.000 i 1975. Danmark er et land med en av de laveste abortratene. Det har i mange år vært en generell nedgang i antallet aborter, men de seneste årene har man sett en stigning blant unge. Det har vært en nedgang i abortrater blant kvinner fra etniske minoriteter, hvilket kan skyldes en fireårig innsats rettet mot denne gruppen. Innsatsen har vært gjennom kvinnes egne nettverk, gjennom undervisning på språkskolene og gjennom en innsats rettet mot leger og sunnhetspleiere.

Det er vanskelig å peke på de viktigste årsakene til den generelle nedgangen i abortraten. Nedgangen har blant annet skjedd samtidig med en generell samfunnsutvikling, hvor kvinner blant annet har fått nye muligheter og nye roller på arbeidsmarkedet, og prevensjonsmidler har blitt utviklet.

I følge undersøkelser bruker 90 prosent av alle 13-15-åringer kondom ved sin seksuelle debut. Videre bruker 60 prosent av alle seksuelt aktive under 24 år alltid prevensjon.

Generelt gjelder det at unge starter med kondom, og jenter raskt går over på p-piller. Dette kan forklare en stigning i klamydiatilfeller, men ikke stigningen i uønsket graviditeter.

Utviklingen i antall smittede av *hiv* betraktes som rimelig stabil, med ca. 250-300 nye registrerte tilfeller per år. Ca. 1 av 3 smittede er menn som har sex med menn. Det foretas løpende undersøkelser i målgruppene, blant menn som har sex med menn, og unge. Undersøkelsene foretas i samarbeid med Stop Aids og Statens Seruminstitut. Generelt virker det som om det arbeidet som gjøres virker. Smittenivået anses som lavt i forhold til at man har hatt smitten i landet så lenge.

Utfordringer i Danmark

Når det gjelder *uønsket svangerskap* framheves følgende som utfordringer for forebyggingsarbeidet:

- Arbeidet i de forskjellige målgruppene
- Å få mer undervisning inn i ungdomsskoletrinnet
- Å sikre at kommunene har fokus på området. I dag har man mye fokus på kosthold, røyking, alkohol og mosjon (KRAM) i det kommunale folkehelsearbeidet, og andre ting kommer i bakgrunnen. Det er fortsatt noen innarbeidingsvanskeligheter etter den danske kommunalreformen (tidligere lå ansvaret hos amtene, bortsett fra folkeskolene).

Sundhedsstyrelsen vil gjerne også ha sosialsektoren mer involvert i arbeidet. Det har sammenheng med at de ønsker at mer av arbeidet skal rettes mot utsatte grupper, og at det skal jobbes i forhold til sosiale ulikheter. Et spesielt problemområde er kvinnelige stoffmisbrukere. De mottar i dag som en forsøksordning, gratis prevensjon.

Når det gjelder *hiv og andre seksuelt overførbare sykdommer* betraktes det som spesielt vanskelig å få innvandrere i tale. De utgjør en veldig blandet gruppe. Ofte kommer innvandrere til landet alene, seksuelt overførbare sykdommer er ofte tabubelagt. Mange har fordommer. Mange har for lite kunnskap og det er en utfordring at mange ikke er godt integrert i samfunnet. Arbeidet mot innvandrere oppfattes som vanskelig, og det har hittil ikke vært spesielt suksessfullt.

7.2.2 Finland

Organisering og aktører

Ulike aktører har ulike roller og ansvarsoppgaver i arbeidet med seksuell helse: *Helse- og sosialdepartementet* har hovedansvar for utforming av lover og politikk, og koordinerer arbeidet på feltet. Finland har to nasjonale institusjoner, *KTL* (Nasjonalt helseinstitut) og *STAKES* (Nasjonalt senter for forskning og utvikling innenfor velferd og helse), som har et særlig ansvar innenfor helse- og sosialfeltet. Begge organisasjonene spiller en viktig rolle i utforming og vurdering av politikk. *STAKES* tilbyr også konsulenttenester til offentlige aktører, for eksempel kommuner. Institusjonene slås sammen med virkning fra 1. januar 2009. Den nye sammenslåtte organisasjonen skal blant annet spille en mer direkte rolle i forhold til å gi råd til regionale og lokale offentlige myndigheter.

Finlands nasjonale råd for utdanning, som er underlagt det finske Utdanningsdepartementet, spiller en viktig rolle i forhold til å etablere felles læreplaner for skolesystemet. Statlige myndigheter er også representert på regionsnivå. *Statlige regionkontor* har ansvaret for oppfølging av en rekke politikkområder, herunder helse- og sosialområdet.

Den evangelisk-lutherske kirken er en viktig aktør. Om lag 80 prosent av finnene er lutheranere og seksualundervisning er en del av konfirmasjonsundervisningen som de fleste tenåringer gjennomgår.

Kommunene har et særlig ansvar i arbeidet med uønsket svangerskap og seksuell helse. Finland har ikke en fastlegeordning på linje med Norge, men primærhelsetjenester er tilgjengelig i lokale og regionale helsesentre som drives av kommunene. Kommunene står fritt i forhold til hvordan de ønsker å organisere disse tjenestene. Det er om lag 400 kommuner og 233 lokale/regionale helsesentre. Finland har i stor grad desentralisert myndigheter, og kommunene har stort rom for å gjøre egne prioriteringer og organisere tjenestetilbudet til innbyggerne. Dette medfører at det kan være betydelige forskjeller mellom tilbudet i ulike kommuner, og det kan også være problematisk å oppnå tilstrekkelig kompetanse på særskilte områder. Dette gjelder for eksempel kompetanse på hiv i områder med få tilfeller.

NGOer (frivillige organisasjoner, interesseorganisasjoner o.l.) spiller en mindre rolle i arbeidet med seksuell helse og forebygging av hiv i Finland enn i Norge. De mest sentrale, nasjonale organisasjonene er: Finlands familieforening (Väestöliitto): Foreningen jobber for en ikke-moraliserende tilnærming til spørsmål om seksuell helse, for eksempel relatert til seksuelle rettigheter og selvbestemmelsesrett. Andre organisasjoner er Røde Kors, Stiftelse A-Clinic Foundation og Det finske rådet for AIDS. Det er ingen fast finansiering av NGOers aktiviteter knyttet til seksuell helse. Det er mulig å søke finansiering for spesielle prosjekter. En viktig finansieringskilde for organisasjonene er den Nasjonale Foreningen for spillemaskiner. Ressurser fordeles fra spilleinntekter i maskinene til prosjekter.

Det pågår for tiden vurdering av en reform av helsesystemet i Finland. Reformen kan endre fordelingen av ansvar og oppgaver mellom primærhelsetjenesten (lokale og regionale helsemyndigheter) og sekundærhelsetjenesten (sykehusene). Parallelt pågår det en reform i kommunesektoren, som kan lette muligheten for samarbeid og sammenheng av oppgaver mellom kommunene.

Strategier og sentrale planer

Helse- og sosialdepartementet implementerte for første gang i 2007 en overordnet plan for arbeidet med seksuell helse. Planen gjelder for perioden 2007 til 2011. Planen angir prinsipper, føringer og retning for arbeidet på området, og det pekes på 14 viktige arbeidsområder, eksempelvis seksuell rådgivning, informasjon om sykdommer og behandlingstilbud, prevensjon og lignende. Det følger ingen konkrete tiltak eller finansiering med planen. Departementet jobber for tiden med en egen plan for å omsette den overordnede planene til konkrete handlinger. Arbeidet skjer i samarbeid med STAKES og KTL.

I 2002 ble det lansert en politikkplan for bekjempelse av hiv/aids for perioden 2002 til 2006. Det pågår en evaluering av planen, men ingen dokumenter er offentlig tilgjengelig på nåværende tidspunkt. Det jobbes for tiden med en ny nasjonal plan for hiv/aids for perioden 2008 til 2012. Planen vil, i tillegg til spørsmål knyttet til hiv/aids, omfatte

spørsmål som er berørt i den nasjonale overordnede planen for seksuell helse, omtalt ovenfor.

Fakta og resultater

Finland har i dag relativt sett et lavt antall uønsket svangerskap (lav abortrate), lavt antall tilfeller av hivsmitte og seksuelt overførbare sykdommer. Det var langt flere aborter og sykdomstilfeller i 70-årene da seksualundervisningen i skolen var minimal. Antall tenåringsmødre er sjelden med 9 fødsler per 1.000 jenter i alderen 15-19 år

Når det gjelder seksuelt overførbare sykdommer generelt og hiv spesielt, er antall tilfeller blant det laveste i Europa. Klamydia er imidlertid et økende problem, spesielt blant unge.

Generelt var det i utgangspunktet menn som hadde sex med menn som ble rammet av hiv. I motsetning til de andre nordiske landene, har Finland opplevd en topp i smittetilfeller blant rusmisbrukere relativt sent, mellom 1998 og 2002. Siden slutten av 1990-tallet har det vært en økning i heteroseksuell smitteoverføring. Mellom en tredel til halvparten av disse tilfellene har oppstått hos innvandrere.³

I følge myndighetene framstår *høy standard på utdanning og høyt bevissthetsnivå* som vesentlig for gode resultater i arbeidet med seksuell helse. Seksualundervisning har vært en del av læreplanen for 14-15-åringer siden 1970-tallet. Som følge av desentralisering av myndighet i Finland på 1990-tallet, ble en felles læreplan mer utvannet, og praksisen har sannsynligvis variert mellom kommuner. En ny nasjonal læreplan for helse ble imidlertid utformet og gjort obligatorisk for skolene fra og med 2006. Planen omfatter undervisning om seksuell helse for 7. til 9. skoletrinn. I tillegg er problemstillingen en del av undervisningen i andre fag. Undervisningen beveger seg med andre ord fra et (historisk) biologisk fokus til å omfatte et bredere perspektiv, inkludert sosiale og menneskelige aspekter. Forskning viser at seksualundervisning spiller en viktig rolle når det gjelder å øke kunnskapsnivået hos unge mennesker. Kirken spiller også en positiv rolle i forbindelse med konfirmasjonsforberedelser (jf. tidligere omtale).

Økt tilgjengelighet til prevensjonsmidler og bedre tilgang til helsetjenester i lokale helsesentre oppfattes også som viktig. I forhold til uønsket svangerskap/aborter og seksuell helse generelt, har det vært særlig viktig at *informasjon og rådgivning* om seksuell helse, prevensjon og familieplanlegging er gratis på de lokale helsesentrene. Det gjennomføres *årlig undersøkelse av skoleelevers helse*, noe som bidrar inn i skolens arbeid med å tilpasse egne strategier og arbeid. Videre har *brosjyrer om seksualitet for tenåringer* vært sendt alle 15-åringer fra Helse- og sosialdepartementet siden 1987.

I forhold til å unngå tilfeller av HIV og seksuelt overførbare sykdommer har det vært viktig at det er *full rett og tilgang til testing* uten å måtte se en lege, *at det er Lavterskel helsetilbud* (egne sentre) for rusmisbrukere. I tillegg fremheves betydningen av et *kontroll/overvåkingssystem*, det arbeidet som gjøres i *NGOer* og et godt *samarbeid med nabolandene* Russland og Estland.

³ Finland har en lavt antall innvandrere (122 000 in 2006 for en populasjon på 5.3 million). En stor andel av innvandrerne kommer imidlertid fra land (for eksempel Russland og Estland) med høye forekomster av hiv/seksuelt overførbare sykdommer.

Utfordringer

Følgende vurderes som hindringer eller utfordringer i arbeidet med seksuell helse i Finland.

- Man må være årvåken: Det er en økning (men få i antall) i forekomst av hiv blant spesielle grupper som er vanskelig å nå, og tegn på økt risikotaking generelt i befolkningen (for eksempel mindre salg av kondomer og økt overføring av klamydia)
- Organisatoriske utfordringer – fragmentering av kommunesektoren
- Sosiale utfordringer og problemer med å nå utsatte grupper: Personer som utsettes for risiko er ofte og i økende grad sosialt utsatt og påvirkes av flere risikofaktorer (alkohol, mentale problemer, mangel på prevensjon og lignende)
- Det brukes mest ressurser på å følge utviklingen blant yngre personer, mens det er manglende kunnskap om seksuell adferd hos den voksne delen av befolkningen.

7.2.3 Sverige

Ulike aktører, nasjonalt og lokalt, har forskjellige roller og ansvar i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap og abort, og seksuelt overførbare sykdommer.

Organisering og aktører

De sentrale aktørene på nasjonalt nivå i arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap er *Socialstyrelsen* og *Folkhälsoinstitutet*. Socialstyrelsen utarbeider forskrifter for hvordan landstingen skal håndtere ulike verdispørsmål, blant annet abort. Folkhälsoinstitutet følger opp indikatorer over folkehelsen, blant annet på det seksuelle og reproduktive området. De har imidlertid ikke noe ansvar overfor andre virksomheter. Det er *landstingen* (fylkestinget) som har virksomhets- og budsjettansvar for arbeidet, som et ledd i ansvaret for helseomsorgen. Hvor mye og for hvilke grupper prevensjonsmidler skal subsidieres, bestemmes for eksempel av det enkelte landsting.

Arbeidet med å forebygge uønsket graviditet gjøres i hovedsak av ungdomshelsestasjoner, jordmødre helsestasjoner og gynekologhelsestasjoner.

Ungdomshelsestasjonene henvender seg først og fremst til tenåringer opp mot 20-22 år. De fleste som søker hit er unge kvinner som ønsker prevensjonsmidler. I utgangspunktet var prevensjon og forebygging av abort helsestasjonenes kjerneområde, men utover 1980-tallet er det utvidet til også å gjelde forebygging av hiv/soi og prøvetakinger. Halvparten av helsestasjonene ligger under landstingene, mens den andre halvparten har både landsting og kommuner som hovedansvarlige. Ungdomshelsestasjonene ble bygd opp med statlige midler da nåværende abortlov ble innført i 1975, men finansieres i dag helt over landstingenes og kommunens budsjetter.

Jordmødre helsestasjoner henvender seg til kvinner i fertil alder, og er underlagt landstingene. Det finnes også private helsestasjoner. Jordmødre helsestasjonene finansieres også over landstingenes budsjett. Jordmødre helsestasjonene har følgende oppgaver: i) helsehjelp under graviditet, ii) støtte i foreldreskap og foreldregrupper, iii) familieplanlegging, iv) utadrettet virksomhet for å forebygge uønsket graviditeter og soi og v) gynekologisk celleprøvekontroll for å forebygge livmorhalskreft.

Gynekologhelsestasjoner finnes både under landstinget og i privat regi. De finansieres også av landstinget.

På både ungdomshelsestasjonene og jordmødrehelsestasjonene har jordmødre rett til å skrive ut p-piller.

Den viktigste *frivillige organisasjon* er RFSU, som på lokalt og nasjonalt nivå jobber med opplysning og opinionsdanner. RFSU samarbeider lokalt ofte med ungdomshelsestasjonene, som kan ha lokalt samarbeid med andre foreninger for eksempel gjennom idretten.

I *skolens læreplan* står det at elevene skal ha undervisning i sex og samliv. I hvilken utstrekning skolens arbeid og diskusjon om disse spørsmål går utover de obligatoriske kursene, varierer i stor grad mellom de ulike skoler.

På nasjonalt nivå finnes ingen kvantitative mål for forebygging av uønsket svangerskap, bortsett fra generelle mål satt av Folkhälsoinstitutet.

Socialstyrelsen har det overordnede ansvar for planlegging, samarbeid og oppfølging av arbeidet rettet mot bekjempelse av hiv/aids og soi. Institusjonen har ansvaret for samordning av smittevern på nasjonalt nivå. Socialstyrelsen utarbeider handlingsplaner for særskilt risikoutsatte grupper. Socialstyrelsen er også rådgivende organ for de andre aktører. Sentrale aktører er helse- og sykeomsorgen, sosialtjenesten i kommunene, kriminalomsorgen og Migrasjonsverket. Det finnes også en selvstendig forening for Sveriges smittevernleger som er aktive på området.

Statens folkhälsoinstitut har ansvaret for sektorovergripende oppfølging og vurdering av innsatsen på folkehelseområdet. De er et nasjonalt kunnskapssenter for metoder og strategier på folkehelseområdet. *Smittskyddsinstitutet* følger og analyserer den epidemiologiske situasjonen nasjonalt og internasjonalt og informerer Socialstyrelsen og andre myndigheter om smittevernspørsmål.

Migrationsverket har ansvar for å sørge for bedre informasjon til nyankomne innvandrere om helsetilbud, samt for å forbedre informasjon til gravide kvinner om risikoen med hiv-overføring til fosteret og hvordan dette kan forhindres.

Kriminalvården har ansvar for å forbedre mulighetene for injiserende stoffmisbrukere til å få tilgang til lett tilgjengelig informasjon og kvalifisert rådgivning om smittemåter, samt øke kunnskapen om smitteforebyggende tiltak hos personell som møter injiserende stoffmisbrukere.

Landsting og kommuner bidrar for eksempel gjennom helse- og sosialtjenester, ulike helsestasjoner og smittevernleger, samt har et tett samarbeid med frivillige organisasjoner.

Myndighetene for skoleutvikling skal bidra til den pedagogiske utviklingen av det forebyggende arbeidet med hiv/soi i skolen. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med Statens Folkhälsoinstitut. Skoleverket følger opp spørsmålene om skolens sex- og samlivsundervisning innenfor rammen for tilsyn og "kvalitetsgranskning".

Frivillige organisasjoner har også en viktig rolle i arbeidet rettet mot ulike risikogrupper. Den største organisasjonen er RFSL (Riksförbundet for sexuell likeberättigande) som henvender seg til homo- og biseksuelle (msm). Det finnes også en

organisasjon for rusmisbrukere, men ingen som jobber direkte mot prostituerte. En viktig organisasjon for legestudenter (IFMSA) jobber blant annet med seksuell og reproduktive helse.

Strategier og sentrale planer

I 2001 foreslo Folkhälsoinstitutet en nasjonal handlingsplan for å forebygge uønsket svangerskap for perioden 2002–2007, men den ble aldri iverksatt. I 2008 nedsatte regjeringen en arbeidsgruppe som skal se på de samme spørsmålene.

Det er landstinget som utarbeidet strategier for arbeidet med å forebygge uønsket svangerskap. Utover det arbeidet som gjøres på ungdoms- og jordmødrehelsestasjonene, så kan informasjonskampanjer og lignende inngå i strategiene.

Av utsatte grupper er det bare ungdom og unge voksne som strategiene retter seg særlig mot. Forebygging av uønsket svangerskap i andre utsatte grupper kan imidlertid forekomme som en sideaktivitet i arbeidet med å forebygge hiv og soi. Ungdomshelsestasjonene retter seg inn mot ungdom og unge voksne av begge kjønn, men enkelte mener at helsestasjonene fungerer bedre for unge kvinner enn for unge menn. Unge kvinner har lettere for å ta kontakt og innlede dialog med helsestasjonene, og har oftere medisinske grunner til å ta kontakt med helsestasjonene ettersom de bruker p-oiller. Dessuten er de fleste som jobber på helsestasjoner kvinner. Prosjekter som retter seg mot unge menn, for eksempel i Stockholm og Göteborg, har vist seg å være vellykkede.

Subsidiering av prevensjon (p-piller og kondomer) fremfor alt til unge, er en viktig del av arbeidet med å øke bruken av prevensjon. En annen del er informasjons- og rådgivningsarbeidet. Motiverende samtaler (MI) har vist seg å være effektive og har økt bruken av prevensjon. I Sverige er det relativt vanskelig å anonymt og enkelt få tilgang på kondomer på kvelder og i helgene.

I 2005/06 utarbeidet regjeringen en nasjonal strategi mot hiv/aids og visse andre sykdommer. Strategien har følgende mål: Å begrense spredningen av hiv/soi og begrense konsekvensene av disse infeksjoner for samfunnet og for den enkelte

I tillegg har strategien en rekke delmål:

- Antallet nye utbrudd av hiv der smitteoverføringen har skjedd i Sverige, skal halveres innen 2016
- Hiv-infeksjon hos asylsøkere og nyankomne innvandrere skal identifiseres innen to måneder, og for øvrige grupper som frekventerer høyrisikoområder innen seks måneder
- Kunnskapen om hiv/aids og om hvordan det er å leve med sykdommen skal forbedres i offentlige virksomheter, i arbeidslivet og i samfunnet generelt sett

De viktigste elementene i strategien mot spredning av hiv er å få satt hiv-forebygging på dagsorden som et legitimt spørsmål, kunnskapsspredning, påvirkning av normer og verdier, utvikle personlige ferdigheter (empati og kommunikasjonsferdigheter) blant de som jobber med spørsmålene, tilgang til kondomer og tester og et institusjonelt rammeverk (lover) som hindrer spredning.

Fakta og resultater

De indikatorene som generelt kan benyttes for å bedømme det forebyggende arbeidets resultat er antall aborter og klamydiatilfeller.

Generelt har bruken av p-piller blant unge gått ned de siste ti-år, og bruken av angrepillen og kondomer har økt svakt. Antall aborter per kvinne har økt noe de siste år i Sverige, men antallet viser ingen langsiktig trend. Økningen i antall aborter er høyest blant de under 25 år. Antall aborter per kjente graviditet er stabilt.

I det daglige arbeidet på ungdomshelsestasjoner, helsestasjoner og hos gynekologer mener man at arbeidet med å forebygge uønsket graviditeter og arbeidet med å forebygge hiv og soi er tett integrert. Men behovene hos menn som har sex med menn og voksne kvinner i stabile forhold som foretar svangerskapsavbrudd er selvfølgelig forskjellig.

Målet for arbeidet med å forebygge hiv/aids er at antall nysmittede med hiv i Sverige skal halveres i løpet av perioden 2006-2016, fra rundt 200 til 100 i året. I følge sentrale personer innenfor dette arbeidet, er dette målet ikke realistisk. Bare det å hindre en økning i dette tallet vil i følge dem være en fremgang. Det finnes ikke noen måltall for klamydia eller andre soi.

Utviklingen av hiv har vært økende de siste årene for flere målgrupper; msm og rusmisbrukere. Også blant svensker som har reist til høyrisikoland har det vært en økning de siste årene. Utviklingen kan forklares med at de seksuelle nettverkene har blitt bredere og at det har vært en økning i antall reisende til høyrisikomiljø ("Ryan Air-effekten")

Blant innvandrere varierer utviklingen avhengig av hvilke geografiske områder de kommer fra, noe som varierer over tid.

Kondombruken i befolkningen generelt ligger stabilt på rundt 30 prosent. Blant de under 17 år er andelen 67 prosent og for 25-åringer rundt 27 prosent. Andelen for msm er på rundt 70 prosent og blant prostituerte rundt 50 prosent. .

Flere sentrale aktører i arbeidet peker på at det er en tett integrasjon mellom arbeidet med forebygging av HIV/SOI og forebygging av uønsket svangerskap i det daglige arbeidet på helsestasjonene. Sosialstyrelsens perspektiv er på seksuell og reproduktiv helse i sin helhet, hvilket også ligger i oppdraget til enheten for forebygging av HIV/SOI. Spesielt gjelder dette arbeidet rettet mot unge. På høyeste politiske nivå kan det iblant være problemer med at det forebyggende arbeidet ligger under folkehelseministeren, mens helseomsorgen (sykeomsorgen) er sosialministerens ansvar.

Utfordringer

Sentrale aktører som arbeider innen feltet mener at arbeidet med seksuell og reproduktiv helse, først og fremst forebygging av uønsket svangerskap, mangler et helhetssyn og en overgripende koordinering.

De måltall som er satt om å halvere antall nysmittede av Hiv blir betraktet som urealistisk av sentrale personer i miljøet. Bare det å hindre en økning i dette tallet vil i følge dem være en fremgang.

Utviklingen av hiv har vært økende de siste årene for flere målgrupper; for msm og rusmisbrukere. Også blant svensker som har reist til høyrisikoland har det vært en økning de siste årene.

7.2.4 Norge sammenlignet med de andre nordiske landene

Finland har den laveste *abortraten* blant de nordiske landene, og også Danmark har lavere abortrate enn både Sverige og Norge. Sverige har høyest rate og de har også sterkest vekst i abortraten blant flere av aldersgruppene.

Hva er årsaken til at spesielt Finland, men også Danmark skiller seg positivt ut blant de nordiske landene i forhold til abort? Det er usikkert hvor mye dette har å gjøre med iverksatte tiltak og hvor mye det har å gjøre med ulike samfunnsforhold. Alle landene har samme målsetning om lavere aborttall, og det er også mange fellestrekk i både strategier og virkemidler. Vi vil påpeke noen virkemidler i både Finland og Danmark som synes spesielt positive og som sannsynligvis har bidratt til de lave statistikkene.

Finland har et stort fokus på arbeidet med seksuell helse og seksualundervisning rettet mot ungdom. Skolen er en svært viktig aktør. Det samme er kirken. Mens det ikke er noe systematikk i å gjennomføre seksualundervisning i forbindelse med kirkelig konfirmasjonsforberedelser i Norge, er dette en del av konfirmasjonsundervisningen i Finland. På denne måten når de frem til en svært stor del av ungdommen. Det gjennomføres årlige undersøkelser av skoleelevers helse, noe som bidrar til at skolene tilpasser egne strategier for arbeidet. Videre har Finland helt siden 1987 sendt ut en brosjyre om seksualitet for tenåringer til alle 15-åringene. Arbeidet med å forebygge abort og med informasjon til målgruppene virker svært systematisert og godt organisert i Finland.

Også *Danmark* har lavere abortrater enn Norge. Et av deres viktigste tiltak ser ut til å være nasjonale kampanjer, hvor kommunene er sentrale. Den viktigste informasjonskanal utover det er seksualundervisning i skolen. Organisasjonen Sex og Samfund har en sentral rolle i seksualundervisning i skolen: De utarbeider undervisningsmaterieell til lærere og har informasjon på nettet tilgjengelig for skolene, de underviser i lærerutdanningen, i tillegg formidler de ”ung til ung” som en alternativ seksualundervisning. De siste årene har de hatt et spesielt fokus på kvinner fra etniske minoriteter, hvilket har resultert i nedgang i abortraten i denne gruppen. Både aborttallene og undersøkelser om kondombruk tyder på at de har lyktes med arbeidet: 90 prosent av 13-15 åringer bruker kondom ved sin seksuelle debut.

Sverige er det land i Norden med høyest abortrater og for flere aldersgrupper også den sterkeste veksten. Ungdomshelsestasjoner er i Sverige, som i Norge, en helt sentral aktør i arbeidet med å forebygge abort og bedre den seksuelle helsen. Det er en viktig aktør, men den fordrer at ungdommene selv tar kontakt. Sverige har ikke hatt noen nasjonal handlingsplan for å forebygge abort. Sverige har subsidiert prevensjon til de unge, men det påpekes at det er relativt vanskelig å anonymt og enkelt få tilgang til kondomer på kvelder og i helger. Som i Norge er seksualundervisning en del av skolens læreplaner, men hvordan dette legges opp, og hvor mye fokus som legges i undervisningen er opp til den enkelte skole. Sentrale fagpersoner mener arbeidet med å forebygge abort mangler et helhetssyn og en overgripende organisering.

Det kan se ut for at seksualundervisningen i både Finland og Danmark er mer systematisert og omfattende enn i Norge og Sverige. Det er gjennom seksualundervis-

ning i skolen at man når frem til alle unge, og da er det svært viktig å legge mye vekt på dette og benytte undervisningsmateriell og – former som appellerer til de unge.

I henhold til statistikken over nydiagnostiserte med hiv-*infeksjon* ligger Norge dårligst an blant de nordiske landene. Dette har som nevnt ulike årsaker, og det er begrenset hva som kan skyldes ulike strategier og tiltak. Den viktigste enkeltårsak til at Finland har færrest nydiagnostiserte, er sannsynligvis fordi Finland har desidert lavest innvandring blant de nordiske landene. Det som trekkes frem av tiltak i Finland for å forebygge hiv er full rett og tilgang til testing, og lavterskel helsetilbud med egne sentre for rusmisbrukere. I tillegg fremheves også betydningen av et kontrollsystem.

Danmark har ingen politisk handlingsplan eller mål for arbeidet med å forebygge hiv og andre soi, men noen prinsipper for arbeidet fra 1987, mens Sverige i 2005/06 utarbeidet en nasjonal strategi mot hiv og andre soi. I Danmark mener myndighetene at undersøkelser viser at tiltak rettet mot menn som har sex med menn har god effekt, og det kan være interessant å se nærmere på hva de gjør.

Ellers synes både utfordringer og virkemidler relativt like i de nordiske landene. De største risikogruppene, og også de grupper der man ser størst økning i forekomsten, er msm og utenlandsreisende.

8 Internasjonale deklarasjoner

De internasjonale deklarasjonene som Norge har forpliktet seg til som er relevante for handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort, og strategiplan for forebygging av hiv og soi, omfatter deklarasjoner på områdene reprodutiv og seksuell helse. Kvinners rettigheter og barns rettigheter er særlig sentrale innenfor flere av deklarasjonene på området, det samme gjelder antidiskriminering. Det er mange internasjonale deklarasjoner som berører temaet familieplanlegging. Vi gir først en kort oversikt over innhold i aktuelle deklarasjoner som særlig er relatert til handlingsplanen og kommenterer disse, deretter redegjør vi kort for deklarasjoner som særlig er relatert til strategiplanen og kommenterer disse.

Reproduktive rettigheter, kvinners og barns rettigheter

Rettighetene til familieplanlegging ble første gang erkjent og undertegnet på *Teheran International Conference on Human Rights* i 1968. På *Bucharest World Population Conference* i 1974 ble rettighetene til familieplanlegging formulert i *World Population Plan of Action*. Sitatet nedenfor er fra planen:

All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education and means to do so; the responsibility of couples and individuals in the exercise of this right takes into account the needs of their living and future children, and their responsibilities towards the community (Principle 14f).

Convention on the elimination of all forms of discrimination against women CEDAW (1979) definerer hva som utgjør diskriminering av kvinner, og inneholder strategier for å bekjempe diskriminering og fremme kvinners like muligheter på politiske og offentlige arenaer så vel som til utdanning, helse og arbeid. CEDAW anerkjenner kvinners reproduktive rettigheter og i henhold til konvensjonen/avtalen skal kvinners rolle i svangerskap og fødsel ikke være grunnlag for diskriminering. Art. 16.1. (e) i konvensjonen sier følgende:

Art. 16.1.(e). (Women and men have) the same rights to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and to have access to the information, education and means to enable them to exercise these rights.

I 1990 ble *Declaration on the survival, protection and development of children from the world summit for children* utformet. Deklarasjonen anerkjenner barns rettigheter. Det ble utformet en Plan of Action som er en ramme for mer spesifikke nasjonale og internasjonale tiltak. Følgende sitater er fra planen:

Each day, 40,000 children die from malnutrition and disease, including acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (§ 6).

Half a million mothers die each year from causes related to childbirth. Safe motherhood must be promoted in all possible ways. Emphasis must be placed on responsible planning of family size and on child spacing (§ 14).

We will work to strengthen the role and status of women. We will promote responsible planning of family size, child spacing, breastfeeding and safe motherhood § 20.(4).

I 1994 kom *UN international conference on population and development, ICDP*, et handlingsprogram for reproduktive helsestandarder. Handlingsprogrammet definerer hva god reproduktiv helse vil si. Reproduktiv helse innebærer at folk har mulighet til å ha et tilfredsstillende og sikkert seksualliv, at de har muligheter for reproduksjon og har frihet til å bestemme om, når og hvor ofte. Utøvelse av den friheten krever adgang til både familieplanlegging og tilhørende helsetjenester. Disse tjenestene inkluderer prevensjonsveiledning, pre- og postnatal medisinsk omsorg og beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv/aids. Abort skal ikke være en metode for familieplanlegging. Forbedrede tjenester for familieplanlegging er nøkkelen til å redusere aborter. I land hvor abort ikke er ulovlig, skal abort være medisinsk sikkert. Nedenfor er sitater fra programmet:

Everyone has the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. States should take all appropriate measures to ensure, on a basis of equality of men and women, universal access to health-care services, including those related to reproductive health care, which includes family planning and sexual health. Reproductive health-care programmes should provide the widest range of services without any form of coercion. All couples and individuals have the basic right to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information, education and means to do so. (Principle 8)

The aim of family planning programmes must be to enable couples and individuals to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information and means to do so and to ensure informed choices and make available a full range of safe and effective methods. The success of population education and family planning programmes in a variety of settings demonstrates that informed individuals everywhere can and will act responsibly in the light of their own needs and those of their families and communities. The principle of informed free choice is essential to the long-term success of family planning programmes. Any form of coercion has no part to play. (Paragraph 7.12.)

På FNs fjerde verdenskonferanse om kvinners rettigheter i Beijing i 1995 ble det utarbeidet strategier for å bedre kvinners rettigheter innenfor et bredt spekter av områder, inkludert helse og reproduktiv helse.

I 1995 ble det utformet et *Charter on Sexual and Reproductive Rights from the International Planned Parenthood Federation (IPPF)*. Charteret tar utgangspunkt i menneskerettighetene. Charteret omhandler blant annet kvinners rettigheter til helse og familieplanlegging. Sitatene nedenfor er hentet fra charteret:

The right to liberty and security of the person should be invoked to protect women currently at risk from genital mutilation, or subject to forced pregnancy, sterilization or abortion.

The right to equality and to be free from all forms of discrimination should be invoked to protect the right of all people, regardless of race, colour, sex, sexual orientation, marital status, family position, age, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status, to equal access to information, education and services related to development, and to sexual and reproductive health.

The right to information and education should be invoked to protect the right of all persons to access to full information on the benefits, risks and effectiveness of all

methods of fertility regulation, in order that any decisions they take on such matters are made with full, free and informed consent.

The right to choose whether or not to marry and to found and plan a family should be invoked to protect all persons against any marriage entered into without the full, free and informed consent of both partners.

The right to decide whether or when to have children should be invoked to protect the right of all persons to reproductive health care services which offer the widest possible range of safe, effective and acceptable methods of fertility regulation, and are accessible, affordable, acceptable and convenient to all users.

Kommentar

Når det gjelder oppfyllelse av deklarasjoner som omhandler kvinners rettigheter herunder reproduktive rettigheter, ligger Norge langt fremme sammenlignet med mange andre land. Det samme gjelder barns rettigheter. Kvinners helse under svangerskap og fødsel er godt ivaretatt i Norge. De fleste kvinner i Norge opplever at de har rettigheter til å bestemme når og om de vil ha barn. Kvinners rettigheter i forhold til familieplanlegging er en mye større utfordring i mange utviklingsland. Det er grunn til å tro at enkelte grupper i Norge mangler tilstrekkelig informasjon om familieplanlegging, det kan gjelde særlig sårbare grupper og det gjelder en del innvandrere. Gjennom strategiene i handlingsplanen blir rettighetene til informasjon og tilgjengelighet til prevensjon ivaretatt, handlingsplanen har også oppmerksomhet på sårbare grupper. Arbeidet rettet mot innvandrere bør styrkes.

Et av målene i strategiplanen er å gi god oppfølging til alle barn i Norge som er smittet av hiv. De barna i Norge som er hiv-smittet er smittet før ankomst til Norge. Vi har ikke grunn til å tro at ikke de får god oppfølging, men det er viktig å sikre informasjon om sykdom, smittemåte og testmuligheter til alle nyankomne innvandrere. Det er likeledes viktig at oppfølgingen rettet mot barn innebærer at barnehage, skole, foreldre til venner, det vil si befolkningen generelt, har relevant informasjon for å hindre at disse barna utstøtes/isoleres.

Deklarasjoner om hiv/aids

De viktigste deklarasjonene er FN-deklarasjonen fra 2001 og Dublin-deklarasjonen fra 2004.

Deklarasjon om hiv/aids fra FNs generalforsamling, UNGASS, ble undertegnet i 2001. Deklarasjonen tilkjenner at hiv/aids-epidemien utgjør en "global emergency and one of the most formidable challenges to human life and dignity". Deklarasjonen dekker et bredt område inkludert ledelse, forebygging, omsorg, støtte og behandling og menneskerettigheter. Den vektlegger at likestilling mellom kjønnene er fundamentalt for å redusere jenter og kvinners sårbarhet for å bli hiv-smittet.

Den ber landene om å: "*develop and accelerate the implementation of national strategies that promote the advancement of women and women's full enjoyment of all human rights; promote shared responsibility of men and women to ensure safe sex; and empower women to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality to increase their ability to protect themselves from HIV infection.*"

Ved å undertegne deklarasjonen om hiv/aids fra 2001 forpliktet medlemslandene seg til regelmessige rapporteringer om fremskritt i arbeidet med å forebygge hiv/aids. Deklarasjonen tilkjenner forpliktelser på internasjonalt, regionalt og nasjonalt nivå. Nedenfor er sitater vi vurderer som særlig viktige.

37. By 2003, (at national level) *ensure the development and implementation of multisectoral national strategies and financing plans for combating hiv/aids that address the epidemic in forthright terms; confront stigma, silence and denial; address gender and age-based dimensions of the epidemic; eliminate discrimination and marginalization; involve partnerships with civil society and the business sector and the full participation of people living with hiv/aids, those in vulnerable groups and people mostly at risk, particularly women and young people; are resourced to the extent possible from national budgets without excluding other sources, inter alia, international cooperation; fully promote and protect all human rights and fundamental freedoms, including the right to the highest attainable standard of physical and mental health; integrate a gender perspective; address risk, vulnerability, prevention, care, treatment and support and reduction of the impact of the epidemic; and strengthen health, education and legal system capacity;*

Forebygging:

47. *By 2003, establish time-bound national targets to achieve the internationally agreed global prevention goal to reduce by 2005 hiv prevalence among young men and women aged 15 to 24 in the most affected countries by 25 per cent and by 25 per cent globally by 2010 (...)*

48. *By 2003, establish national prevention targets (...)*

49. *By 2005, strengthen the response to hiv/aids in the world of work by establishing and implementing prevention and care programmes (...); 50. By 2005, develop and begin to implement national, regional and international strategies that facilitate access to hiv/aids prevention programmes for migrants and mobile workers (...)*

53. *By 2005, ensure that at least 90 per cent, and by 2010 at least 95 per cent of young men and women aged 15 to 24 have access to the information, education, including peer education and youth-specific hiv education, and services necessary to develop the life skills required to reduce their vulnerability to hiv infection, in full partnership with young persons, parents, families, educators and health-care providers;*

54. *By 2005, reduce the proportion of infants infected with hiv by 20 per cent, and by 50 per cent by 2010, by ensuring that 80 per cent of pregnant women accessing antenatal care have information, counselling and access to other hiv-prevention services (...)*

94. *Conduct national periodic reviews with the participation of civil society, particularly people living with hiv/aids, vulnerable groups and caregivers, of progress achieved in realizing these commitments, identify problems and obstacles to achieving progress, and ensure wide dissemination of the results of these reviews;*

95. *Develop appropriate monitoring and evaluation mechanisms (...)*

96. *By 2003, establish or strengthen effective monitoring systems, where appropriate, for the promotion and protection of human rights of people living with hiv/aids*

I 2006 ble en ny politisk deklarasjon om hiv/aids undertegnet. Deklarasjonen bekrefter deklarasjonen av 2001 og målene, særlig viktig er målet om reversering av spredning av hiv/aids innen 2015. Ved å undertegne deklarasjonen forpliktet medlemslandene seg til tidsbestemte mål. Et nytt UNGASS-møte fant sted i New York 10 - 11 juni 2008. I 2008 skal alle medlemslandene rapportere på 25 kjerneindikatorer som er beskrevet i detalj i 2007 [Guidelines on Construction of Core Indicators](#).

Norge har også undertegnet "The Dublin Declaration" som har som mål å bekjempe hiv/aids i Europa og Sentral-Asia (2004). Denne deklarasjonen ble utformet under konferansen 'Breaking the Barriers: Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia', som ble holdt i Dublin i 2004. Dublin-deklarasjonen bekrefter og forsterker prinsippene i UNGASS deklarasjonen fra 2001 langs overskriftene "leadership", "prevention", "living with hiv/aids" og "partnerships".

Dublin-deklarasjonen inneholder blant annet følgende mål:

by 2005, at least 90 percent of young men and women aged 15 to 24 should have access to the information, education, including peer education and youth-specific hiv education, and services necessary to develop the life skills required to reduce their vulnerability to hiv-infection

by 2010, ensure through the scaling up of programmes that 80% of the persons at the highest risk and most vulnerable to hiv are covered by a wide range of prevention programmes

scale up access for injecting drug users to prevention, drug dependence treatment and harm reduction services

by 2010, eliminate hiv infection among infants in Europe and Central Asia

by 2005, to develop national and regional strategies and programmes to increase the capacity of women and adolescent girls to protect themselves from the risk of hiv infection

Framskritt i implementeringen av deklarasjonen er vurdert hvert annet år. The European Center of Disease Prevention and Control – ECDC – spiller en viktig rolle i måling av progresjon. ECDC ble etablert i 2005 med mål om å styrke Europas forsvar mot infeksjonssydommer.

Norge har også sluttet seg til EU-direktiv 2000/78. Direktivet omhandler prinsipper for likebehandling av personer uavhengig av religion, livssyn, funksjonshemming, alder eller seksuell orientering. Dette er viktige mål for EU (jf Article 13 TEC). I 2000 implementerte EU et direktiv for å bekjempe slik diskriminering på arbeidsplassen (Directive 2000/78/EC).

Kommentar om hvordan Norge har oppfylt disse deklarasjonene

De strategiene som i følge UNGASS-deklarasjonen skal ligge til grunn for hiv/aids-arbeidet er de samme strategiene som strategiplanen bygger på.

Vi kjenner igjen strategiene, men et annet spørsmål er i hvor stor grad de er implementert. I norsk sammenheng er det sannsynligvis strategiene rettet mot diskriminering og stigmatisering av hiv-positive som er minst ivarettatt i dagens arbeid. Når Dublin-

deklarasjonen sier at minst 80 prosent av de som tilhører risikoutsatte grupper skal være dekket av et bredt spekter av forebyggingsprogrammer, er det lite trolig at så er tilfelle i Norge. Vi har sett at gjenstår en del når det gjelder risikoutsatte grupper som msm og innvandrere fra utsatte områder. De internasjonale deklarasjonene har stor oppmerksomhet på kvinners sårbarhet for å bli hiv-smittet. I Norge gjelder dette først og fremst innvandrerkvinner fra bestemte miljøer, disse er ikke godt nok ivaretatt i dagens arbeid. Det er også stort fokus på at ungdom skal ha tilstrekkelig informasjon og opplæring, dette er også et viktig mål i strategiplanen der det står at ungdom skal få informasjon og opplæring om hiv og smitteveier. Men bl.a. Fafos undersøkelse (2008) om kunnskap om hiv viser at ungdom er en gruppe som har begrenset kunnskap om hiv og smitteveier.

Gjennom strategiplanen har Norge etablert nasjonale mål om å redusere nysmitte i utsatte grupper og ikke ha nysmitte i andre grupper. Dette er i tråd med deklarasjonene.

Delmålene knyttet til informasjon og forebygging i strategiplanen er imidlertid ikke kvantifiserte. Det er vanskelig å måle hvor mange i de ulike målgruppene som har fått informasjon og som har kommet i kontakt med forebyggende tiltak. Det bør vurderes om det er mulig å måle dette arbeidet på en bedre måte enn i dag.

Litteratur

- Agenda (2008): *Dere gjør vanskelige ting enkle*. Evaluering av Klinikk for seksuell opplysning. Sandvika: Agenda Utredning & Utvikling AS. Rapport R6114.
- Agenda (2008): *Evaluering av Helseutvalget*. Sandvika: Agenda Utredning & Utvikling AS. Rapport R6077-1ga.
- Agenda (2008): *Evaluering av HivNorge*. Sandvika: Agenda Utredning & Utvikling AS. Rapport R6077.
- Agenda (2008): *Evaluering av nasjonal ordning med utdeling av gratis kondomer*. Sandvika: Agenda Utredning & Utvikling AS.
- Alao, John David Kisuule (2007): Pre-study Report: *HIV/AIDS among Africans in Norway*. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.
- Bakken, Inger Johanne og Finn Egil Skjeldestad (2006): *Klamydia trachomatis blant mannlige studenter i Trondheim og Oslo – forekomst og smittesporing*. SINTEF Helse, Avd. for epidemiologi.
- Eskild, Anne et al. (2002): "Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo", *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122: 1355-7.
- Eskild, Anne et al. (2007): "Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway", *Acta Obstet Gynecol* 1-6, Preview article.
- Fafo (2002): *Levekår og livskvalitet blant hivpositive*. Av Fangen, K., A. Grønning-sæter, T. Lorentzen and S. Øverås (2002) Fafo-report 402
- Fafo (2008): *Diskriminering av lesbiske, homofile og bifile og av hivpositive*. En litteraturgjennomgang. Av Arne Backer Grønningsæter og Bjørn Richard Nuland. Oslo: Fafo-notat 2008:24.
- Fafo (2008): *Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv*. Av Roland Mandal, Richard Nuland og Arne Backer Grønningsæter. Oslo: Fafo-rapport 2008:21.
- Helsedepartementet (2004): *Handlingsplan 2004-2008 for forebygging av uønsket svangerskap og abort*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsetilsynet (2005): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Oslo: Statens helsetilsyn. Rapport 3/2005.
- Kjelvik, Julie (2007): "Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene". SSB: Avdeling for personstatistikk/Seksjon for helsestatistikk. Notat 2007/32

- Myklestad, Ingrid (2007): *Predicting Contraceptive Behaviour among Adolescents: Social, Cognitive, and Contextual Influences*. Oslo: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo. PhD thesis no. 97.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2007): *Årsrapport 2006 og utviklingstrekk for Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og infeksjoner i helseinstitusjoner*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Divisjon for smittevern, Avdeling for infeksjonsovervåking. Juni 2007.
- Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2008): *Lett tilgjengelig hormonell prevensjon til kvinner i alderen 20-24 år*. Av Hilde T. Myrhaug et al. Oslo: Kunnskapssenter. Rapport 12-2008.
- National Institute of Public Health, Aidsinfo 1:2004, 4:2005.
- Pedersen, Willy og Sven Ove Samuelsen (2003): "Nye mønstre av seksualatferd blant ungdom", *Tidsskr Nor Lægeforen* 123: 3006-9.
- Rambøl Management (2006): *Evaluering av Aborthandlingsplanen*. Rapport 03/2006.
- Rasch, Vibeke et al. (2007): "Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark", *HumRep Oxfordjournals Advance Access* <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/dem012v1>
- Rogalandsforskning (2001): *Gjennomføring av Handlingsplanen mot HIV/AIDS-epidemien 1996-2000 – en evaluering*. Av Terje Lie, Svein R. Kjosavik, Sverre Nesvåg og Ellen Ramvi. Stavanger: Rogalandsforskning. Rapport RF 2001/013.
- Hellström m.fl. (2003) "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden". *Scandinavian journal of Public Health*. 2003.
- Salvesen, K.A., F.E. Skjeldestad og G.C. Alfsen (1993): "Smitteoppsporing ved genitale klamydiainfeksjoner", *Tidsskr Nor Lægeforen* 113: 1215-1217.
- Sintef (2006): *Evaluering av stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide*. Av Inger B. Scheel, Stine Hellum Braathen og Jan-W. Lippestad. Oslo: Sintef. Rapport A255.
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Handlingsplan 1999-2003 for forebygging av uønsket svangerskap og abort*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003*. Oppsummering - strategier og resultater på noen sentrale fokusområder. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Scriven, M (1991). *Evaluation thesaurus*. 4th ed. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Sverdrup, Sidsel og Tormod K. Lunde (2000): *Evaluering av Handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort*. Sandvika: Asplan Analyse.
- Sverdrup, Sidsel (2002): *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget, Bergen.

Træen, Bente, Hein Stigum og Per Magnus (2002): *Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi.

Vangen, S., A. Eskild og L. Forsen (2008): "Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study", *BJOG* 115: 1309-1315.

VEDLEGG 1: Spørreskjema – Strategiplanen

Strategiplan - Seksuell helse NY

1) Virksomheten du arbeider for, er det en

- Interesseorganisasjon
- Kommunal tjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Annet offentlig
- Annet privat



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Virksomheten du arbeider for, er det en - Interesseorganisasjon

Hvis det er en interesseorganisasjon – hvem er organisasjonens målgruppe? Du kan sette flere kryss.

Primærgruppe

- Ungdom
- Unge voksne
- Alle aldre
- Kvinner
- Menn

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Virksomheten du arbeider for, er det en - Interesseorganisasjon

Særlig utsatte grupper

- Homofile/bifile
- Menn som har sex med menn
- Personer med innvandrerbakgrunn
- Kvinner i prostitusjon
- Menn i prostitusjon
- Hiv-positive
- Rusmisbrukere/injiserende
- Andre, evt hvilke:



4) Arbeidet dere gjør som er relatert til strategiplanen, foregår det

- Lokalt
- Nasjonalt
- Begge deler



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Arbeidet dere gjør som er relatert til strategiplanen, foregår det - Begge deler
eller
Arbeidet dere gjør som er relatert til strategiplanen, foregår det - Lokalt

5) Hvilke fylke jobber dere i?

- Østfold
- Akershus
- Oslo
- Hedmark
- Oppland
- Buskerud
- Vestfold
- Telemark
- Aust-Agder
- Vest-Agder
- Rogaland
- Hordaland
- Sogn og Fjordane
- Møre og Romsdal
- Sør-Trøndelag
- Nord-Trøndelag
- Nordland
- Troms
- Finnmark



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Arbeidet dere gjør som er relatert til strategiplanen, foregår det - Lokalt

6) Om lag hvor mange prosjekter har dere fått midler til gjennom Strategiplanen?

7) Over hvor lang tid har dere fått midler gjennom strategiplanen?

- Inntil ett år
- Inntil to år
- Inntil tre år
- Inntil fire år
- Fire år eller mer
- Vet ikke

8) Hvis dere fortsatt får midler, planleggere dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen?

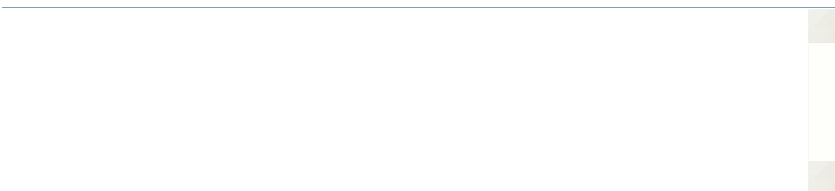
- Ja

- Nei
 Vet ikke


Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Hvis dere fortsatt får midler, planlegger dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen? - Nei

9) Hvorfor planlegger dere ikke å videreføre denne aktiviteten?



SAMHANDLING MED HELSEDIREKTORATET

Hvor godt vil du si at du kjenner strategiene Helsedirektoratet har lagt til grunn for å forebygge hiv og soi?

- Svært god kjennskap
 Ganske god kjennskap
 Verken eller
 Ganske dårlig kjennskap
 Svært dårlig kjennskap

Søknadsprosess og rapportering

11) Hvor god mener du at informasjonen om tilskuddsordningen er?

- Svært god
 Ganske god
 Verken eller
 Ganske dårlig
 Svært dårlig



12) Hvor klare og tydelige mener du at kriteriene for å få støtte gjennom Strategiplanen har vært?

- Svært klare og tydelige
 Ganske klare og tydelige
 Verken eller
 Ganske uklare og utydelige
 Svært uklare og utydelige

13) Syns du søknads- og rapporteringskravene til Helsedirektoratet står i et rimelig forhold til det som må forventes av en mottaker av tilskudd?

- Svært rimelige krav
 Ganske rimelige krav
 Verken eller
 Ganske urimelige krav
 Svært urimelige krav



14) Har dere fått de midlene dere har søkte om?

- Ja, vi har fått alt vi har søkt om
 Nei, vi har ikke fått alt vi har søkt om
 Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har dere fått de midlene dere har søkte om? - Nei, vi har ikke fått alt vi har søkt om

15) Hvis nei,

- Vi fikk mindre enn vi søkte om, men tilstrekkelig til at aktiviteten i stor grad kunne gjennomføres som planlagt.
 Vi fikk mindre enn vi søkte om, og det førte til at vi har jobbet mindre med denne problematikken enn vi hadde ønsket
 Vi fikk mindre enn det vi søkte om, og det hadde store konsekvenser for den aktiviteten vi ønsket å gjennomføre

16) Har du ytterligere kommentarer til søknadsprosessen og/eller oppfølgingen?

MÅLGRUPPER OG MÅLOPPNÅELSE


Hvilke av følgende målgrupper har den aktiviteten dere har fått støtte til omfattet?

Du kan sette flere kryss


Primærgruppe

- Ungdom
 Unge voksne
 Alle aldre
 Kvinner
 Menn
 Helsepersonell/andre som har kontakt med risikoutsatte grupper gjennom arbeid

Særlig utsatte grupper

- Homofile/bifile
 Menn som har sex med menn
 Personer med innvandrerbakgrunn
 Kvinner i prostitusjon
 Menn i prostitusjon
 Hiv-positive
 Rusmisbrukere/injiserende
 Utenlandsreisende
 Andre: _____


Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som aktiviteten har rettet seg mot (dersom dette har variert mye fra prosjekt til prosjekt, ta utgangspunkt i et typisk prosjekt dere har hatt)?

- Svært godt
 Ganske godt
 Verken eller
 Ganske dårlig
 Svært dårlig


Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som aktiviteten har rettet seg mot (dersom dette har variert mye fra prosjekt til prosjekt, ta utgangspunkt i et typisk prosjekt dere har ha - Ganske godt
 eller
 Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som aktiviteten har rettet seg mot (dersom dette har variert mye fra prosjekt til prosjekt, ta utgangspunkt i et typisk prosjekt dere har ha - Svært godt

20) Hvorfor mener du at dere nådde frem til målgruppen? Var det fordi...

- tiltaket har vært etterspurt
 målgruppen har vært interessert?
 Andre årsaker, hvilke?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som aktiviteten har rettet seg mot (dersom dette har variert mye fra prosjekt til prosjekt, ta utgangspunkt i et typisk prosjekt dere har ha - Svært dårlig
 eller
 Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som aktiviteten har rettet seg mot (dersom dette har variert mye fra prosjekt til prosjekt, ta utgangspunkt i et typisk prosjekt dere har ha - Ganske dårlig

21) Hvorfor mener du at dere ikke har nådd frem til målgruppen? Var det fordi...

- tiltaket har vært lite etterspurt
 målgruppen har vært lite interessert
 Andre årsaker, hvilke?

22) Hvilke av følgende mål har aktiviteten som har fått støtte gjennom Strategiplanen. Du kan sette flere kryss

- Høyere kunnskapsnivå i målgruppen
- Økt kontakt med målgruppen
- Økt tilgjengelighet til veiledning og rådgivning
- Flere tester seg
- Styrke arbeidet med smitteoppsporing
- Økt bruk av kondomer
- Bedre levekår for hiv positive
- Høyere kompetanse hos nøkkelpersonell
- Forhindre smitte gjennom sprøytedeling

**23) Har det vært foretatt undersøkelser i målgruppen etter at et prosjekt har vært avsluttet for å finne ut hva den mente om det, eller i hvilken grad den anså det som lærerikt?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har det vært foretatt undersøkelser i målgruppen etter at et prosjekt har vært avsluttet for å finne ut hva den mente om det, eller i hvilken grad den anså det som lærerikt? - Ja

24) Hvis ja, hva var det målgruppen anså/ikke anså som lærerikt?**25) Har du inntrykk av at den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen, har bidratt til at målgruppen for prosjektet i større grad tester seg enn de gjorde tidligere?**

- Svært stor grad
- Ganske stor grad
- Verken eller
- Ganske liten grad
- Svært liten grad

26) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen, i større grad oppsøker informasjon enn tidligere?

- Svært stor grad

- Ganske stor grad
- Verken eller
- Ganske liten grad
- Svært liten grad



27) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen, har fått høyere kunnskap om smitteåte enn før prosjektet ble iverksatt?

- Svært stor grad
- Ganske stor grad
- Verken eller
- Ganske liten grad
- Svært liten grad

28) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen, i større grad benytter kondom?

- Svært stor grad
- Ganske stor grad
- Verken eller
- Ganske liten grad
- Svært liten grad



29) Har du inntrykk av at flere i målgruppen har blitt tryggere i forhold til egen seksualitet, seksuelle preferanser/orientering og praksis?

- Svært stor grad
- Ganske stor grad
- Verken eller
- Ganske liten grad
- Svært liten grad

30) Har du inntrykk av at aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har ført til annen form for atferdsendring? Hvilken?



OM AKTIVITETEN/PROSJEKTENE

31) Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss.

- Informasjon på nett
- Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
- Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?
- Personlig veiledning om smittevern
- Styrket tilbud om testing av hiv/soi
- Gratis utdeling av kondomer
- Styrket smitteoppsporing
- Utarbeiding av informasjonsmateriell
- Kurs/konferanser/seminar
- Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
- Oppsøkende virksomhet
- Lettere tilgang til rene sprøyter
- Mestringskurs
- Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
- Forskning el l.
- Annet, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

32) Hvilke arenaer har den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen foregått på?

- Skole
- Egne kurs/seminarer
- Nett
- Telefon
- Gjennom media
- Utesteder
- Helsestasjoner for ungdom
- Legesenter
- Oppsøkende virksomhet på seksuelle arenaer
- Annet, spesifiser her

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmaterieil
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
eller
- Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

33) Har den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen blitt gjennomført som planlagt?

- Ja
- Nei, noen endringer ble gjort underveis
- Nei, en del endringer ble gjort underveis
- Nei, store endringer ble gjort underveis
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Har den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen blitt gjennomført som planlagt? - Nei, noen endringer ble gjort underveis
eller

Har den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen blitt gjennomført som planlagt? - Nei, store endringer ble gjort underveis
eller

Har den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen blitt gjennomført som planlagt? - Nei, en del endringer ble gjort underveis

34) Hva er grunnen til endringene?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmaterieil
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

35) Har dere formidlet erfaringer fra den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen til...

- Andre som arbeider med lignende prosjekter
- Andre som er interessert i å starte opp liknende prosjekter
- Andre deler av målgruppen enn de som var direkte involvert
- Fagblader

Media Andre:**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmaterieil

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

36) Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen?

- Svært vellykket
- Ganske vellykket
- Verken eller
- Ganske lite vellykket
- Svært lite vellykket

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
og

Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen? - Ganske lite vellykket
eller

Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen? - Svært lite vellykket

37) Hva er de viktigste årsakene til at du mener at prosjektene dere har fått midler til gjennom Strategiplanen ikke har vært vellykket?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
 og
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen? - Svært vellykket
 eller
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen? - Ganske vellykket

38) Hva er de viktigste årsakene til at du mener at prosjektene dere har fått midler til gjennom Strategiplanen var vellykket?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

39) Hva har etter din mening vært den viktigste lærdom å trekke fra den aktiviteten dere har hatt?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.**Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper?

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering

eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

40) I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med

- Kommuner
- Spesialisthelsetjeneste
- Andre helsemyndigheter
- Utdanningsmyndigheter/skole
- Frivillige organisasjoner

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med
- Kommuner

41) Hvor stor betydning har samarbeidet med kommunen hatt for gjennomføringen av aktiviteten?

- Svært stor betydning

- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med
- Spesialisthelsetjeneste

42) Hvor stor betydning har samarbeidet med spesialisthelsetjenesten hatt for gjennomføringen av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med
- Andre helsemyndigheter

43) Hvor stor betydning har samarbeidet med andre helse myndigheter hatt for gjennomføringen av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med
- Utdanningsmyndigheter/skole

44) Hvor stor betydning har samarbeidet med utdanningsmyndigheter/skoler hatt for gjennomføringen av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
I den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Strategiplanen har dere samarbeidet med
- Frivillige organisasjoner

45) Hvor stor betydning har samarbeidet med andre frivillige organisasjoner hatt for gjennomføringen av aktiviteten?

- Svært stor betydning

- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning



<p>Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.</p> <p>Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:</p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon på nett <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - <#other#>Annet, spesifiser her <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til enkeltpersoner/grupper? <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Personlig veiledning om smittevern <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket tilbud om testing av hiv/soi <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Gratis utdeling av kondomer <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Styrket smitteoppsporing <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Utarbeiding av informasjonsmateriell <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Kurs/konferanser/seminar <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Oppsøkende virksomhet <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Lettere tilgang til rene sprøyter <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Mestringskurs <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Bekjempelse av stigmatisering og diskriminering <i>eller</i></p> <p>Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? Du kan sette flere kryss. - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer</p>
--

46) Har du ytterligere kommentarer til hvordan samarbeidet har fungert?




SYNSPUNKTER PÅ STRATEGIPLANEN

Målgrupper

47) Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi?

- Nei, jeg mener prioriteringen fungerer bra
- ja, menn som har sex med menn

- ja, ungdom
- ja, seksuelle minoriteter: kvinner
- ja, seksuelle minoriteter: menn
- ja, befolkningen generelt
- ja, innvandrere – kvinner
- ja, innvandrere - menn
- ja, hiv-positive menn
- ja, hiv-positive kvinner
- ja, prostituerte kvinner
- ja, prostituerte menn
- ja, utenlandsreisende
- ja, nøkkelpersonell (kompetanseutvikling)
- Ja, andre: |
- Vet ikke
- 

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, menn som har sex med menn
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, ungdom
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, seksuelle minoriteter: kvinner
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, seksuelle minoriteter: menn
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, befolkningen generelt
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, innvandrere – kvinner
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - <#other#>Ja, andre:
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, hiv-positive menn
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, hiv-positive kvinner
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, prostituerte kvinner
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, prostituerte menn
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, utenlandsreisende
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, nøkkelpersonell (kompetanseutvikling)
eller
- Strategiplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge hiv og soi? - ja, innvandrere - menn

48) Er det noen strategier du mener burde vært prioritert

høyere i arbeidet med å forebygge hiv/soi? Sett kryss på strategiene nedenfor dersom du mener de burde være høyere prioritert.

- Lett tilgjengelig informasjon
- Lett tilgjengelig veiledning
- Likemannsarbeid
- Lett tilgjengelig testing og behandling
- Bekjempelse av diskriminering og stigmatisering
- Ansvarliggjøring av den enkelte
- Bedre levekår for sårbare grupper
- Annet, spesifiser her



ARBEIDSMETODER

I arbeidet med å forebygge hiv og soi er det en rekke metoder som er tatt i bruk. Er det metoder du mener det burde vært satset mer på for å forebygge hiv og soi?

49) Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.

- Informasjon nett
- Informasjon brosjyrer/kampanjer/annonser
- Personlig veiledning smittevern
- Lavterskeltilbud om testing
- Styrket vekt på smitteoppsporing
- Gratis utdeling av kondomer
- Kompetanseheving til helsepersonell andre
- Nasjonale/lokale konferanser for erfaringsutveksling
- Selvhjelpsgrupper
- Oppsøkende virksomhet
- Tilgang rene sprøyter
- Mestringskurs
- Målgrupperettet informasjon
- Bedre oppfølging hiv positive
- Involvering av hiv-positive
- Annet, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

- Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**
- Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.
 - Informasjon nett
 eller
 - Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.
 - <#other#>Annet, spesifiser her
 eller
 - Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.
 - Personlig veiledning smittevern
 eller
 - Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.
 - Lavterskeltilbud om testing
 eller
 - Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på.
 - Styrket vekt på smitteoppsporing

<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Gratis utdeling av kondomer
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Kompetanseheving til helsepersonell andre
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Nasjonale/lokale konferanser for erfaringsutveksling
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Selvhjelpsgrupper
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Oppsøkende virksomhet
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Tilgang rene sprøyter
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Mestringskurs
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Målgrupperettet informasjon
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Bedre oppfølging hiv positive
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Involvering av hiv-positive
<i>eller</i>
Kryss av dersom du mener det er noen av tiltakene nedenfor det burde vært satset mer på. - Informasjon brosjyrer/kampanjer/annonser

50) Hvorfor mener du eventuelt det burde vært satset mer på dette tiltaket/disse tiltakene

ORGANISERING

51) Er det noen av tiltakene som er nevnt nedenfor du mener sentrale myndigheter bør satse mer på? Kryss av.

- Styrke smittevernarbeidet i kommunene
- Styrke informasjon/rådgivning fra sentrale myndigheter til kommunene
- Mer informasjon om den epidemiologiske situasjonen
- Tettere samarbeid sentrale myndigheter og frivillige organisasjoner
- Økt involvering av andre sektorer enn helsesektoren
- Økt involvering av frivillige organisasjoner
- Annet, spesifiser her

52) Hvorfor mener du eventuelt det burde satses mer på dette tiltaket/disse tiltakene?



Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort

53) Har din virksomhet også søkt om midler over Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

54) Har du synspunkter på om det vil være hensiktsmessig å slå sammen Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort og Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt sykdommer?

- Ja, det ville vært hensiktsmessig
 Nei det ville ikke vært hensiktsmessig
 Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har du synspunkter på om det vil være hensiktsmessig å slå sammen Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort og Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt sykdommer? - Ja, det ville vært hensiktsmessig

55) Hvis ja, hvorfor mener du det er hensiktsmessig?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har du synspunkter på om det vil være hensiktsmessig å slå sammen Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort og Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt sykdommer? - Nei det ville ikke vært hensiktsmessig

56) Hvis nei, hvorfor mener du det ikke er hensiktsmessig?

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

VEDLEGG 2: Spørreskjema – Handlingsplanen

Handlingsplanen - Seksuell helse - NY

1) Virksomheten du arbeider for, er det en

- kommunal tjeneste
- spesialisthelsetjeneste
- skole
- interesseorganisasjon
- annet offentlig
- annet privat



Hvem er virksomhetens målgruppe? Du kan sette flere kryss.

Primærgruppe

- Ungdom
- Unge voksne
- Voksne
- Fagpersonell
- Kvinner
- Menn

Utsatte grupper

- Personer med innvandrerbakgrunn
- Kvinner/par som er gravide
- Personer med fysiske funksjonsnedsettelse
- Personer med utviklingshemninger
- Personer med psykiske lidelser
- Rusmisbrukere
- Kvinner i prostitusjon
- Homofile/bifile
- Annet, evt. hvilke



4) Arbeidet dere gjør som er relatert til Handlingsplanen, foregår det

- Lokalt
- Nasjonalt
- Begge deler



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Arbeidet dere gjør som er relatert til Handlingsplanen, foregår det - Begge deler
eller

Arbeidet dere gjør som er relatert til Handlingsplanen, foregår det - Lokalt

5) Hvilke fylke jobber dere i?

- Østfold
- Akershus
- Oslo
- Hedmark
- Oppland
- Buskerud
- Vestfold
- Telemark
- Aust-Agder
- Vest-Agder
- Rogaland
- Hordaland
- Sogn og Fjordane
- Møre og Romsdal
- Sør-Trøndelag
- Nord-Trøndelag
- Nordland
- Troms
- Finnmark



Hvor mange prosjekter har dere fått midler til gjennom Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort?

(Et prosjekt er de aktiviteter som i hovedsak er finansiert gjennom midler fra Helsedirektoratet)

Over hvor lang tid har dere fått midler gjennom handlingsplanen?

- Inntil ett år
- Inntil to år
- Inntil tre år
- Inntil fire år
- Fire år eller mer
- Vet ikke



8) Hvis dere fortsatt får midler, planlegger dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen?

- Ja, vi planlegger å videreføre alt
- Ja, noe av aktiviteten planlegges videreført
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Hvis dere fortsatt får midler, planlegger dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Ja, noe av aktiviteten planlegges videreført
eller
Hvis dere fortsatt får midler, planlegger dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Ja, vi planlegger å videreføre alt

9) Dersom ja, hvorfor planlegger dere å videreføre denne aktiviteten?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Hvis dere fortsatt får midler, planlegger dere da å videreføre den aktiviteten dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Nei

10) Dersom nei, hvorfor planlegger dere ikke å videreføre denne aktiviteten?



OM SAMHANDLING MED HELSEDIREKTORATET

11) Hvor godt vil du si at du kjenner strategiene HelseDirektoratet har lagt til grunn for å forebygge uønskede svangerskap og abort?

- Svært god kjennskap
- Ganske god kjennskap
- Verken eller
- Ganske dårlig kjennskap
- Svært dårlig kjennskap

12) Hvor god mener du at informasjonen om tilskuddsordningen knyttet til Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort har vært?

- Svært god
- Ganske god
- Verken eller
- Ganske dårlig
- Svært dårlig



13) Hvor klare og tydelige mener du at kriteriene for å få støtte gjennom Handlingsplanen har vært?

- Svært klare og tydelige
 Ganske klare og tydelige
 Verken eller
 Ganske uklare og utydelige
 Svært uklare og utydelige
-

14) Syns du søknads- og rapporteringskravene til Helsedirektoratet står i et rimelig forhold til det som må forventes av en mottaker av tilskudd?

- Svært rimelige krav
 Ganske rimelige krav
 Verken eller
 Ganske urimelige krav
 Svært urimelige krav

**15) Har dere fått de midlene dere har søkt om?**

- Ja, vi har alltid fått det vi har søkt om
 Nei, vi har ikke alltid fått det vi har søkt om
 Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har dere fått de midlene dere har søkt om? - Nei, vi har ikke alltid fått det vi har søkt om

16) Hvis nei,

- Vi fikk mindre enn vi søkte om, men tilstrekkelig til at prosjektene kunne gjennomføres
 Vi fikk mindre enn vi søkte om, og det førte til at vi har jobbet mindre med denne tematikken enn vi hadde ønsket
 Vi fikk mindre enn det vi søkte om, og det hadde store konsekvenser for prosjektene
-

17) Har du ytterligere kommentarer til søknadsprosess og/eller oppfølgingen av Helsedirektoratet?**MÅLGRUPPER OG MÅLOPPNÅELSE**

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere

har fått støtte til?
Du kan sette flere kryss

Primærgruppe

- Ungdom
 Unge voksne
 Voksne
 Fagpersonell
 Kvinner
 Menn

Utsatte grupper

- Personer med innvandrerbakgrunn
 Kvinner/par som er gravide
 Personer med fysiske funksjonsnedsettelse
 Personer med utviklingshemninger
 Personer med psykiske lidelser
 Rusmisbrukere
 Kvinner i prostitusjon
 Homofile/bifile
 Andre, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere har fått støtte til? Du kan sette flere kryss - Ungdom
eller

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere har fått støtte til? Du kan sette flere kryss - Unge voksne
eller

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere har fått støtte til? Du kan sette flere kryss - Menn
eller

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere har fått støtte til? Du kan sette flere kryss - Kvinner
eller

Hvilke av følgende målgrupper omfatter det (siste) prosjektet dere har fått støtte til? Du kan sette flere kryss - Voksne

20) Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen (e) som dette prosjektet rettet seg mot?

- Svært godt
 Ganske godt
 Verken eller
 Ganske dårlig
 Svært dårlig



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som dette prosjektet rettet seg mot? - Ganske godt
eller

Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som dette prosjektet rettet seg mot? - Svært godt

21) Hvorfor mener du at dere nådde frem til målgruppen? Var det fordi

- Tiltaket har vært etterspurt
- Målgruppen har vært interessert
- Andre årsaker, hvilke?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Har det vært foretatt undersøkelser i målgruppen etter at tiltaket/prosjektet var avsluttet for å finne ut hva den mente om det, eller i hvilken grad den anså det som lærerikt?

mot? - Svært dårlig

eller

Hvor godt vil du si at dere har nådd fram til målgruppen(e) som dette prosjektet rettet seg

mot? - Ganske dårlig

22) Hvorfor mener du at dere ikke har nådd frem til målgruppen? Var det fordi ...

- Tiltaket har vært lite etterspurt
- Målgruppen har vært lite interessert
- Andre årsaker, hvilke?



23) Hvilke av følgende mål hadde prosjektet som har fått støtte gjennom Handlingsplanen. Du kan sette flere kryss

- Høyere kunnskapsnivå i målgruppen
- Økt kontakt med målgruppen
- Økt tilgjengelighet til veiledning og rådgivning
- Lettere tilgjengelighet til prevensjon
- Økt grad av seksuell selvråderett og mestring
- Høyere kompetanse hos nøkkelpersonell
- Forskningsformål

24) Har det vært foretatt undersøkelser i målgruppen etter at tiltaket/prosjektet var avsluttet for å finne ut hva den mente om det, eller i hvilken grad den anså det som lærerikt?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- Ikke relevant for prosjektet/ne



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Har det vært foretatt undersøkelser i målgruppen etter at tiltaket/prosjektet var avsluttet for å finne ut hva den mente om det, eller i hvilken grad den anså det som lærerikt? - Ja

25) Dersom ja, hva var det målgruppen anså/ikke anså som lærerikt?



26) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for prosjektet oppsøker informasjon om prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer som følge av prosjektet?

- Ja, i svært stor grad
 - Ja, i ganske stor grad
 - Verken eller
 - Nei, i ganske liten grad
 - Nei, i svært liten grad
-

27) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for prosjektet i større grad har fått høyere kunnskap om prevensjon som følge av prosjektet?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i ganske stor grad
- Verken eller
- Nei, i ganske liten grad
- Nei, i svært liten grad



28) Har du inntrykk av at prosjektet har bidratt til at målgruppen for prosjektet i større grad bruker hormonell prevensjon?

- Ja, i svært stor grad
 - Ja, i ganske stor grad
 - Verken eller
 - Nei, i ganske liten grad
 - Nei, i svært liten grad
-

29) Har du inntrykk av at flere i målgruppen for prosjektet i større grad benytter kondom som følge av prosjektet?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i ganske stor grad
- Verken eller
- Nei, i ganske liten grad
- Nei, i svært liten grad



30) Har du inntrykk av at målgruppen er i stand til å mestre

sitt seksuelle liv?

- Ja, i svært stor grad
- Ja, i ganske stor grad
- Verken eller
- Nei, i ganske liten grad
- Nei, i svært liten grad

31) Har du inntrykk av at prosjektet har ført til annen form for atferdsendring? Hvilken?

**OM TILTAKENE/PROSJEKTENE**

Hvis dere har fått midler til mer enn ett prosjekt, ta utgangspunkt i det som ble sist iverksatt når disse spørsmålene besvares.

32) Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss)

- Informasjon via nett
- Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
- Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
- Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
- Ferdighetstrening i selvhverdelse og grensesetting
- Kompetanseheving helsepersonell
- Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen
- Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
- Opplæring i kondombruk
- Involvering av målgruppene
- Forskning og evaluering
- Annet, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

33) Hvilke arenaer har tiltaket/prosjektet foregått på?

- Skole
- Universitet/høyskole
- Nett
- Telefon
- Gjennom media
- Helsestasjon- og skolehelsetjenesten (helsestasjoner for ungdom)
- Oppsøkende virksomhet eks festivaler etc
- Legesenter
- Annet, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene

eller
Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

34) Ble prosjektet/tiltaket gjennomført som planlagt

- Ja
- Nei, noen endringer ble gjort underveis
- Nei, endel endringer ble gjort underveis
- Nei, store endringer ble gjort underveis
- Vet ikke

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Ble prosjektet/tiltaket gjennomført som planlagt - Nei, noen endringer ble gjort underveis
eller

Ble prosjektet/tiltaket gjennomført som planlagt - Nei, store endringer ble gjort underveis
eller

Ble prosjektet/tiltaket gjennomført som planlagt - Nei, endel endringer ble gjort underveis

35) Hvorfor ble det endret?**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieill til målgruppen
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieill til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

36) Har dere formidlet erfaringer fra prosjektet til....

- Andre som arbeider med lignende prosjekter
- Andre som er interessert i å starte opp liknende prosjekter
- Andre deler av målgruppen enn de som var direkte involvert
- Fagblader

- Media
- Andre, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieil til målgruppen
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieil til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

37) Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen?

- Svært vellykket
- Ganske vellykket
- Verken eller
- Ganske mislykket
- Svært mislykket



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting
 eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieil til målgruppen

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene
 og
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Svært vellykket
 eller
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Ganske vellykket

38) Er det noe du vil nevne som særlig viktige årsaker til at prosjektet var vellykket?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
 eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene
 og
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Ganske mislykket
 eller
 Alt i alt, hvor vellykket vil du karakterisere det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen? - Svært mislykket

39) Er det noe du vil nevne som særlig viktige årsaker til at du mener at prosjektet ikke var vellykket?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.**Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieill til målgruppen
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieill til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppene
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

40) Er det noe du vil trekke fram som særlig viktig lærdom fra prosjektet?**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmaterieill til målgruppen


eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppen

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

41) Vil du anbefale at et tilsvarende prosjekt blir gjennomført på nytt på bakgrunn av de erfaringene dere nå har?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- 

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppen

eller
 Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

42) Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med...

- Kommunal helsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste
- Andre helsemyndigheter
- Utdanningsmyndigheter
- Skole (grunn/videregående)
- Universitet/høyskole
- Frivillige organisasjoner
- Andre, spesifiser her



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Kommunal helsetjeneste

43) Hvor stor betydning har samarbeidet med kommunal helsetjeneste hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Spesialisthelsetjeneste

44) Hvor stor betydning har samarbeidet med Spesialisthelsetjeneste hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Andre helsemyndigheter

45) Hvor stor betydning har samarbeidet med Andre helsemyndigheter hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning
- Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Utdanningsmyndigheter

46) Hvor stor betydning har samarbeidet med Utdanningsmyndighetene hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
- Ganske stor betydning
- Verken eller
- Ganske liten betydning

Svært liten betydning



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Skole (grunn/videregående)

47) Hvor stor betydning har samarbeidet med Skole hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
 Ganske stor betydning
 Verken eller
 Ganske liten betydning
 Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Universitet/høyskole

48) Hvor stor betydning har samarbeidet med Universitet/høyskole hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
 Ganske stor betydning
 Verken eller
 Ganske liten betydning
 Svært liten betydning



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - Frivillige organisasjoner

49) Hvor stor betydning har samarbeidet med Frivillige organisasjoner hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
 Ganske stor betydning
 Verken eller
 Ganske liten betydning
 Svært liten betydning

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Ta utgangspunkt i de/det prosjektet dere har fått midler til gjennom Handlingsplanen. Har dere samarbeidet med... - <#other#>Andre, spesifiser her

50) Hvor stor betydning har samarbeidet med Andre (de du spesifiserte ovenfor) hatt for gjennomføring av aktiviteten?

- Svært stor betydning
 Ganske stor betydning
 Verken eller
 Ganske liten betydning
 Svært liten betydning

**Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.****Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:**

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via nett
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Informasjon via brosjyrer/annonser/kampanjer
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Direkte informasjon fra nøkkelpersoner til grupper
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Individuell veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til målgruppen
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Utarbeiding av informasjonsmateriell til helsepersonell og annet nøkkelpersonell
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Opplæring i kondombruk
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Involvering av målgruppen
eller

Hvilke arbeidsmetoder/virkemidler har vært benyttet i prosjektet/tiltaket for å påvirke målgruppens kunnskap og atferd? (Du kan sette flere kryss) - Ferdighetstrening i selvhevdelse og grensesetting

51) Har du ytterligere kommentarer til hvordan samarbeidet har fungert?**52) Handlingsplanen definerer ulike strategier rettet mot bestemte målgrupper. Er det målgrupper du mener burde vært høyere prioritert i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap?**

- Nei, jeg mener prioriteringen fungerer bra
- Ja, ungdom
- Ja, unge voksne
- Ja, voksne
- Ja, personer med innvandrerbakgrunn
- Ja, kvinner/par som er gravide
- Ja, spesielt sårbare grupper

Vet ikke



53) Hvorfor mener du eventuelt at den/disse målgruppene burde vært prioritert høyere?

STRATEGIER

Er det noen strategier du mener burde vært prioritert høyere i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap og abort? Sett kryss dersom du mener at en/noen av de nedenfor nevnte strategiene burde vært høyere prioritert.

- Lett tilgjengelig informasjon
- Lett tilgjengelig veiledning
- Likemannsarbeid (ung til ung)
- Lett tilgjengelig prevensjon
- Styrke den enkeltes seksuelle selvråderett og mestring
- Bekjempelse av diskriminering og stigmatisering
- Annet, spesifiser her

Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
 Spørsmål nr. 55 - Lett tilgjengelig informasjon
 eller
 Spørsmål nr. 55 - Lett tilgjengelig veiledning
 eller
 Spørsmål nr. 55 - Likemannsarbeid (ung til ung)
 eller
 Spørsmål nr. 55 - <#other# >Annet, spesifiser her
 eller
 Spørsmål nr. 55 - Styrke den enkeltes seksuelle selvråderett og mestring
 eller
 Spørsmål nr. 55 - Bekjempelse av diskriminering og stigmatisering
 eller
 Spørsmål nr. 55 - Lett tilgjengelig prevensjon

55) Hvorfor mener du at dette burde vært høyere prioritert?

VIRKEMIDLER

I arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap er det brukt ulike metoder. Er det noen av metodene nedenfor du mener det burde vært satset mer på for å forbygge uønskede svangerskap og abort?

- Informasjon nett
- Informasjon brosjyrer/kampanjer/annonser
- Personlig veiledning
- Gratis hormonell prevensjon

- Gratis utdeling av kondomer
- Informasjonstiltak i skolen
- Kompetanseheving for helsepersonell
- Nasjonale/lokale konferanser for å utveksle erfaringer
- Oppsøkende virksomhet
- Mestring- og selvhevdelseskurs og trening
- Målgrupperettet informasjon
- Involvering av målgruppene
- Annet, spesifiser her

Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Spørsmål nr. 57 - Informasjon nett
eller

Spørsmål nr. 57 - Informasjon brosjyrer/kampanjer/annonser
eller

Spørsmål nr. 57 - Personlig veiledning
eller

Spørsmål nr. 57 - Gratis hormonell prevensjon
eller

Spørsmål nr. 57 - Gratis utdeling av kondomer
eller

Spørsmål nr. 57 - Informasjonstiltak i skolen
eller

Spørsmål nr. 57 - <#other#>Annet, spesifiser her
eller

Spørsmål nr. 57 - Nasjonale/lokale konferanser for å utveksle erfaringer
eller

Spørsmål nr. 57 - Oppsøkende virksomhet
eller

Spørsmål nr. 57 - Mestring- og selvhevdelseskurs og trening
eller

Spørsmål nr. 57 - Målgrupperettet informasjon
eller

Spørsmål nr. 57 - Involvering av målgruppene
eller

Spørsmål nr. 57 - Kompetanseheving for helsepersonell

57) Hvorfor mener du eventuelt det burde satses mer på dette virkemiddelet/disse virkemidlene?



ORGANISERING

58) Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på?

- Styrke arbeidet i kommunene
- Styrke informasjon/rådgivning fra sentrale myndigheter til kommunene
- Tettere samarbeid sentrale myndigheter og frivillige organisasjoner
- Økt involvering av andre sektorer enn helsesektoren
- Økt involvering av frivillige organisasjoner

Annet, spesifiser her

Vet ikke



<p>Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen. Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten: Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - Styrke arbeidet i kommunene <i>eller</i> Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - Styrke informasjon/rådgivning fra sentrale myndigheter til kommunene <i>eller</i> Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - <#other#>Annet, spesifiser her <i>eller</i> Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - Økt involvering av andre sektorer enn helsesektoren <i>eller</i> Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - Økt involvering av frivillige organisasjoner <i>eller</i> Er det noen av de følgende tiltakene du mener sentrale myndigheter bør satse mer/satse mindre på? - Tettere samarbeid sentrale myndigheter og frivillige organisasjoner</p>

59) Hvorfor mener du eventuelt det burde vært satset mer på dette?

Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer

60) Har din virksomhet også søkt om midler over Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

Har du synspunkter på om det vil være hensiktsmessig å slå sammen Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer og Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort?

- Ja, det ville vært hensiktsmessig
 Nei, det ville ikke vært hensiktsmessig
 Vet ikke



<p>Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen. Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten: Spørsmål nr. 62 - Ja, det ville vært hensiktsmessig</p>

62) Hvis ja, hvorfor mener du det er hensiktsmessig

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen.
Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Spørsmål nr. 62 - Nei, det ville ikke vært hensiktsmessig

63) Hvis nei, hvorfor mener du det ikke er hensiktsmessig.

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

VEDLEGG 3: Fordeling av tilskuddsmidler

Tabell V.3.1 Tilskudd (i kroner) for 2002-2007 over strategiplanen fordelt på tiltakstype

Type tiltak	2002	2004	2005	2006	2007
Tiltak på tvers av innsatsområder	124.733	115.600	93.000	643.000	350.500
Informasjonstiltak	1.522.282	828.160	985.410	1.090.000	1.112.428
Kvinner og menn prostitusjon	749.145	1150.000	1.170.000	1.192.000	1.200.000
Menn som har sex med menn (MSM)	3.405.920	3.625.000	5.570.000	4.690.000	4.927.000
Tilleggsbevilgning MSM	0	2.310.250	0	0	0
Hiv-positive	2.240.000	4.918.000	4.000.000	4.670.000	5.385.000
Ungdom sex-/helsetiltak	475.000	533.000	420.000	961.000	1.380.000
Innvandrere/asylsøkere/ flyktninger	1.885.191	1.405.000	890.000	765.000	730.000
Kondomer og glid	595.881	750.000	850.000	800.000	780.000
Aidsbussen (info + sprøyter)	1.000.000	0	0	0	0
Totalt	11.998.152	15.635.010	13.978.410	14.811.000	15.864.928

Tabell V.3.2 Tilskudd (i kroner) 2004-2007 over handlingsplanen fordelt på tiltakstype

Type tiltak	2004	2005	2006	2007
Tiltak på tvers av innsatsområder	175.000	190.000	210.000	275.000
Barn - autonomi og mestring	335.000	150.000	200.000	120.000
Ungdom og unge voksne - kunnskap og valgmuligheter	8.554.000	8.388.500	10.151.000	9.917.384
Kunnskap og handlingsberedskap	621.000	880.000	748.000	568.000
Informasjon til målgrupper i ungdomsbefolkningen	2.776.000	1.770.000	3.200.000	2.236.949
Virksomhet i regi av MSO og KSO	3.317.000	3.302.000	3.276.000	2.840.000
Unge menn og kvinner - bevisstgjøring/veiledning	90.000	417.500	460.000	647.000
Unge menn og kvinner - sikker prevensjon	1.375.000	1.300.000	1.300.000	1.400.000
Strategier og prosjekter 20-25 studenthelsetjenesten	375.000	719.000	1.167.000	2.225.435
Etniske minoriteter	1.730.000	1.910.000	1.610.000	1.093.500
Etniske minoriteter - kunnskap og autonomi	1.075.000	960.000	970.000	890.000
Etniske minoriteter - info og veiledning	655.000	950.000	640.000	203.500
Grupper med spesielle behov - eierskap kropp og seksualitet	2.137.000	2.673.500	2.342.000	2.828.000
Tiltak for funksjonshemmet og psykisk utviklingshemmet ungdom	456.000	822.500	425.000	538.000
Tiltak for sårbare grupper	1.681.000	1.851.000	1.917.000	2.290.000
Informasjon og veiledning til gravide	595.000	891.000	432.000	520.000
Informasjon og veiledning	270.000	210.000	270.000	150.000
Lik praktisering - lover og regler	325.000	681.000	162.000	370.000
Nøkkelpersonell - kunnskap og samarbeid	985.000	847.000	625.000	1.862.250
Styrke helsepersonells kompetanse - samliv, seksualitet og prevensjon	535.000	654.000	455.000	905.375
Forskning og statistikk	450.000	193.000	170.000	956.875
SUSS-virksomheter	5.000.000	5.000.000	5.500.000	5.500.000
Totalt	19.136.000	20.050.000	21.070.000	22.116.134