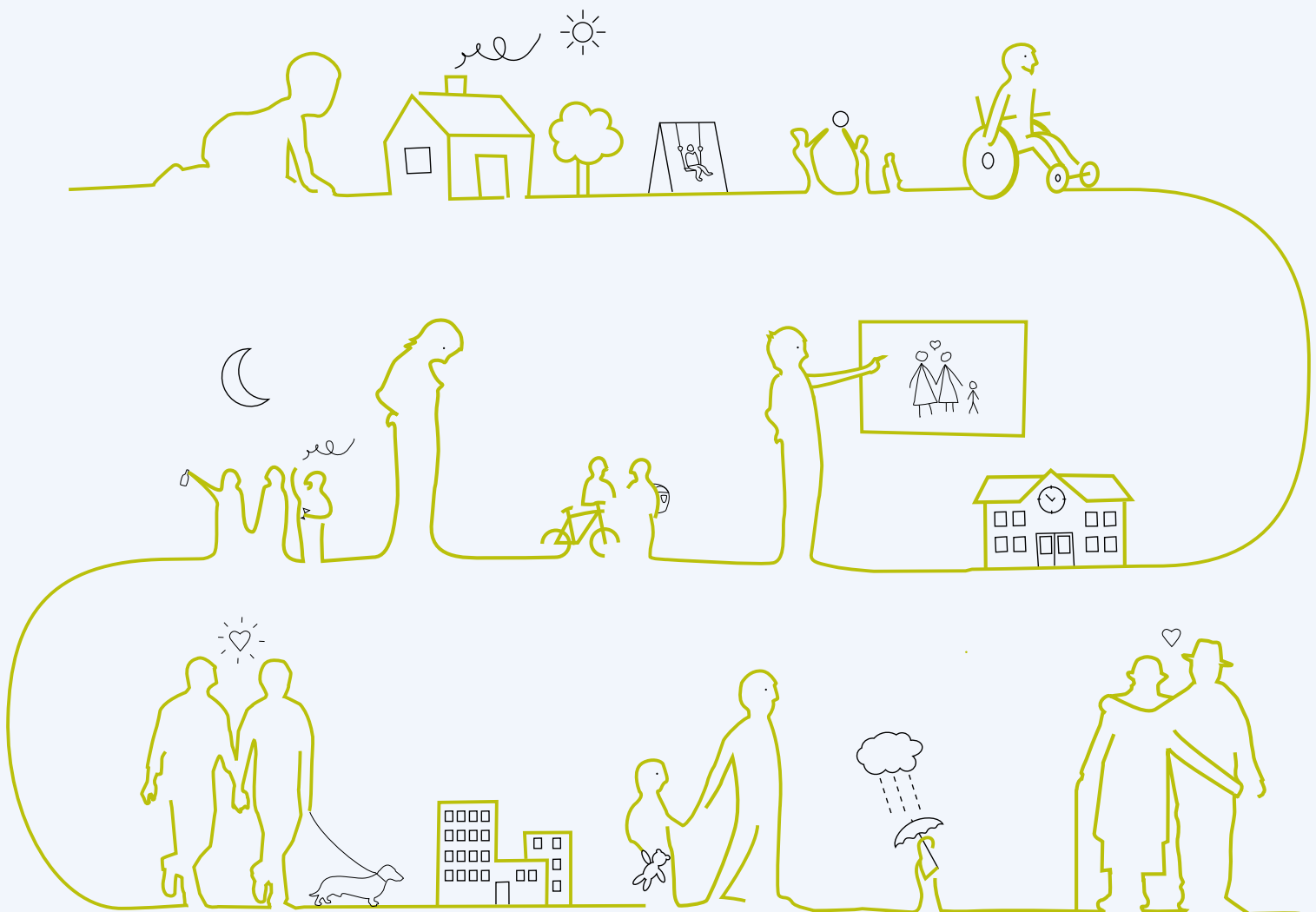




Snakk om det!

Strategi for seksuell helse (2017–2022)



Snakk om kraft

Du har kjent den hele livet.
Kraften som får blodet til å bruse og suse.
Kraften som får huden til å rødme eller blekne.
Du kjente den som barn. Da du fantaserte om å la hånda stryke over den nydelige nakken til han som satt på pulten foran deg.
Du kjente den som ungdom. Da du tegnet forte og forbudte tegninger på naboens husvegg i høstmørket.
Du kjente den da du for aller første gang lå hud mot hud og pust mot pust med et annet menneske, og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet.
Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene.
Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk.
God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel.
Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel.

Da jeg gikk på skolen, lærte vi lite om seksualitet. Jeg husker at læreren som viste fram plansjer med tverrsnitt av mannlige og kvinnelige kjønnsorganer, var like pinlig berørt som oss elever.
Han snakket om masturbasjon og menstruasjon. Han snakket om faren for å bli gravid og faren for å få kjønnssykdommer.

Han snakket ikke om lengselen og lysten. Han snakket ikke om nærheten og kjærligheten.

Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk.

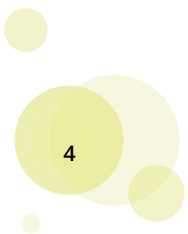
Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår.

Snakk om kraft!



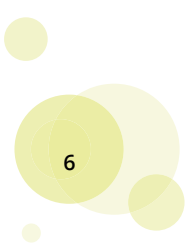
Bent Høie
Helse- og omsorgsminister





Innhold

1 Snakk om kraft	3
2 Innledning	7
1.1 Seksuell helse	7
1.2 Seksuelle rettigheter	8
1.3 Strategiens overordnede mål	8
3 Status for seksuell helse i Norge	10
1.4 Innsats i tidligere planer og strategier	10
1.5 Historisk lave aborttall	11
1.6 Reduksjon i nysmitte av hiv	11
1.7 Fortsatt høye smittetall for andre seksuelt overførbare infeksjoner	11
1.8 Sosial ulikhet i seksuell helse	12
4 Autonomi, kropp og grenser – et godt grunnlag for god seksuell helse	13
1.9 Tidlig begrepsapparat og autonomi – barnehagens betydning	14
1.10 Undervisning om kropp, grenser og seksualitet	15
1.11 Veiledning til foreldre og foresatte	19
1.12 Informasjonsarbeid og undervisning om seksuell helse på asylmottak	20
5 Lett tilgjengelig digital helseinformasjon	22
1.13 Digitale informasjonstjenester til ungdom	22
1.14 Helsenorge.no – den offentlige helseportalen	23
1.15 Digitale lavterskeltilbud og likepersontjenester	24
6 Seksualitet som ressurs gjennom hele livsløpet	25
1.16 Tematisering av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten	26
1.17 Forholdet mellom seksuell helse og reproduktiv helse	27
1.18 Seksuell helse hos eldre	28
1.19 Personer som lever med hiv	29
1.20 Likepersontilbud og likepersontjenester	31
7 Uønskede svangerskap og abort	32
1.21 Lett tilgjengelighet til veiledning og prevensjon	33
1.22 Tilbudet til abortsøkende kvinner	35
8 Seksuelt overførbare infeksjoner	36
1.23 Strategier for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner	38
9 Seksuell helse ved sykdom og funksjonshemning	43
1.24 Utmattelse, depresjon og endring i kroppsbildet	45
1.25 Bivirkninger av legemidler	45
1.26 Endringer som følge av operasjon og behandling	46
1.27 Seksuell helse ved funksjonshemning	47
1.28 Seksuell helse ved psykisk utviklingshemning	49
1.29 Seksuell helse når partneren er syk	49
10 Seksuell helse etter overgrep eller andre krenkelser	51
1.30 Reetablering av seksuell helse etter seksuelle overgrep	51
1.31 Seksuell funksjon etter kjønnslemllestelse	53
11 Kunnskapsgrunnlag og helsedata om seksuell helse	54
Internasjonalt arbeid for seksuell helse	56
1.32 Europa	56
1.33 Globalt	56
Referanser	60





Innledning

Denne strategien samler for første gang arbeidet for seksuell helse i en felles strategi. Tidligere har det vært to separate strategier/handlingsplaner som har ivaretatt to av de viktigste problemstillingene. Én for å ivareta det nasjonale arbeidet på hivfeltet og én for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Når de to tidligere planene samles i en felles strategi gir det mulighet for å tydeliggjøre betydningen av seksuell helse i bredt, samt en helhetlig innsats for å styrke hele befolkningens seksuelle helse.

Målgruppen for denne strategien er befolkningen generelt og alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, i bruker- og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning. Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte.

1.1 Seksuell helse

God helse er sammensatt og handler om mer enn fravær av sykdom. Hvordan vi mestrer utfordringene hverdagen og livet gir oss, påvirker hvordan vi opplever egen helse.

Blant personlige ressurser som påvirker vår helse, er vår seksualitet og vårt forhold til denne. Seksuell helse kan defineres som fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske.

Det er komplekse vekselvirkninger mellom seksualitet og den generelle helsetilstanden, hvor begge kan påvirke hverandre i positiv eller negativ retning. En forutsetning for god seksuell helse er en positiv og respektfull

tilnærming til seksualitet og til seksuelle relasjoner og mulighet til å ha gode og trygge seksuelle erfaringer, fri fra tvang, diskriminering og vold. Positive holdninger og følelser for egen kropp sammen med god kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til tryggere seksuell identitet og sunnere handlingsmønstre.

Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse. Regjeringen har nylig lansert en ny handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Planen skal bidra til at lhbt-personer (lesbiske, homofile, bifile transpersoner og interkjønn) skal kunne oppleve samfunnet som trygt og inkluderende. En slik plan legger et viktig grunnlag for at samfunnssektorer og aktører samarbeider på tvers for å skape et åpent og inkluderende samfunn. Gjennom den nye samlede strategien for seksuell helse ønsker regjeringen å bidra til et åpent og inkluderende samfunn der mangfold anerkjennes og tabuer, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til seksualitet motvirkes.

1.2 Seksuelle rettigheter

God seksuell helse forutsetter at individets seksuelle rettigheter er ivaretatt. Seksuelle rettigheter brukes om menneskerettigheter som ivaretar seksuell og reproduktiv helse. Sentralt står retten til fritt og selvstendig å velge sin partner i samsvar med egen seksuell orientering, uten å bli utsatt for diskriminering eller kriminalisering. Blant andre rettigheter er rett til seksualitetsundervisning, rett til og respekt for kroppslig autonomi, frihet fra vold, rett til selv å velge om man vil ha barn og om man ønsker å være seksuelt aktiv.

Begrepet seksuelle rettigheter er omstridt internasjonalt, men har bred støtte i Skandinavia og store deler av Europa.

1.3 Strategiens overordnede mål

Ny samlet strategi for seksuell helse skal bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Viktige delmål for å nå denne ambisjonen er:

- Å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse
- Fortsatt reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter
- Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv
- Sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten
- Sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov

Seksuelle rettigheter – en arbeidsdefinisjon

I motsetning til hva som er tilfelle for reproduktive rettigheter så foreligger det ingen internasjonalt omforent definisjon angående seksuelle rettigheter. Det er imidlertid en økende konsensus om at seksuell helse ikke kan oppnås og bevares uten respekt for og beskyttelse av visse menneskerettigheter. WHO's sekretariat har på denne bakgrunn utformet en arbeidsdefinisjon som et bidrag til den løpende dialogen om menneskerettigheter relatert til seksuell helse.

Oppnåelse av seksuell helse er knyttet til graden av respekt, beskyttelse og oppnåelse av menneskerettigheter. Seksuell helse omfatter visse menneskerettigheter som allerede er anerkjent i internasjonale og regionale menneskerettighetsdokumenter og andre konsensus-dokumenter og i nasjonal lovgivning.

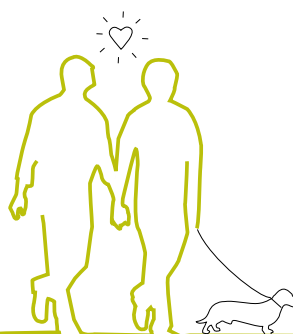
Rettigheter som er avgjørende for å virkeliggjøre seksuell helse inkluderer:

- Retten til likhet og likebehandling
- Retten til å være fri fra tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff
- Retten til privatliv
- Retten til den høyest oppnåelige helsestandard (inkludert seksuell helse) og sosial trygghet
- Retten til å gifte seg og grunnlegge en familie og til å inngå ekteskap med begge fremtidige ektefellers fulle samtykke, og til likhet i ekteskapet, inkludert ved oppløsning av ekteskapet
- Retten til å bestemme om man vil ha barn, hvor mange og når man vil ha barn
- Retten til informasjon og til utdanning
- Retten til ytrings- og uttrykksfrihet
- Retten til et effektivt rettsmiddel når grunnleggende rettigheter er krenket

Ansvarlig utøvelse av menneskerettighetene krever at alle respekterer andres rettigheter.

Anvendelsen av eksisterende menneskerettigheter på seksualitet og seksuell helse utgjør seksuelle rettigheter. Seksuelle rettigheter beskytter alle menneskers rett til å realisere og uttrykke deres seksualitet og nyte seksuell helse, med tilbørlig hensyn til andres rettigheter innenfor rammen av beskyttelse mot diskriminering.

WHO's sekretariat bemerker at denne arbeidsdefinisjonen ikke utgjør en offisiell WHO posisjon og at den ikke må brukes eller siteres som sådan. Den tilbys i stedet som et bidrag til den pågående diskusjonen om seksuell helse.





Status for seksuell helse i Norge

Det siste tiåret er det gjort store fremskritt i arbeidet for bedre seksuell helse i den norske befolkningen. Flere sentrale parametere som lar seg overvåke og tallfeste, viser en positiv utvikling. Samtidig er det økende oppmerksomhet om seksualitetens betydning for et godt liv og økende åpenhet knyttet til seksuell orientering og mangfold.

Når offentligheten i større grad omtaler og vektlegger seksuell helse som en del av folks generelle helse, blir det samtidig synlig at tjenestene i varierende grad fanger opp og imøtekommer dette. En viktig utfordring som løftes frem av bruker- og interesseorganisasjoner, er at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling og oppfølging/rehabilitering, og at det i mange tilfeller er mangelfull tilgang til informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjon, som følge av sykdom, funksjonssvikt eller behandling.

2.1 Innsats i tidligere planer og strategier

Tidligere planer for å forebygge uønskede svangerskap og å forebygge hiv-smitte har hatt som mål å sikre god kunnskap og kompetanse om seksuell helse, og bedre tilgang til prevensjon og til helsetjenester. Gjennom tilskudsordninger har frivillige aktører og organisasjoner sammen med de offentlige tjenestene vært involvert i å utforme og utvikle undervisningsopplegg, digitale informasjonstjenester og andre gode lavterskeltilbud som møter de ulike gruppenes behov. Innsatsen har blant annet ført til betydelig nedgang i antall uønskede svangerskap og aborter og en begynnende nedgang i antall personer som blir smittet av hiv.

2.2 Historisk lave aborttall

Reduksjon i antall uønskede svangerskap har vært et viktig mål i tidligere innsats for bedre seksuell helse. Abortraten blant norske kvinner har vært fallende siden 2008 og er nå på det laveste nivået som noen gang er registrert. Flere nye og mer effektive prevensjonsmetoder har kommet på markedet og er gjort lettere tilgjengelig for befolkningen. God informasjon og veiledning i bruk av prevensjonsmidler er sannsynligvis en viktig faktor, sammen med tiltak som tilbud om billigere langtidsvirkende prevensjon til unge jenter. Regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, sammen med utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre, sikret at helsepersonell er lettere tilgjengelig for ungdom på deres premisser.

2.3 Reduksjon i nysmitte av hiv

Antall personer registrert med nysmitte av hiv har vært gradvis fallende de siste årene. I 2015 var antall nysmittede det laveste på ti år, og nedgangen ses nå også blant menn som har sex med menn. Det er for tidlig å si om nedgangen i nysmitte blant menn som har sex med menn, er uttrykk for en varig utvikling.

I tillegg til forebyggende tiltak som informasjon, veiledning og lett tilgang til kondomer, har det vært satset på lavterskel testtilbud som er tilgjengelig for gruppene med høyest smitterisiko. Tidlig oppstart av effektiv behandling sørger for at en person med nyopplaget hiv i praksis ikke lenger utgjør en smitterisiko.

2.4 Fortsatt høye smittetall for andre seksuelt overførbare infeksjoner

For klamydia og syfilis er det fortsatt relativt stabilt høye smittetall, mens forekomsten av gonoré er økende. De høye smittetallene viser at det er utfordringer knyttet særlig til å forebygge seksuelt overførbare smitte, og at det fortsatt er behov for målrettet innsats. Det er en økende bevissthet internasjonalt om at kunnskap, autonomi og ivaretagelse av seksuelle rettigheter er viktige forutsetninger for at individet skal kunne gjøre gode valg og oppleve god seksuell helse. I tillegg til tilgjengelige tilbud for test og behandling er det viktig å sørge for at befolkningen har nødvendig og riktig kunnskap for å ivareta egen helse.

2.5 Sosial ulikhet i seksuell helse

Helsen i befolkningen varierer mellom ulike grupper etter sosiale indikatorer som inntekt, utdanning, yrke, kjønn og etnisk og kulturell bakgrunn. Tall fra Danmark viser at ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn, har flere seksuelle partnere, høyere forekomst av seksuelt overførbare infeksjoner og flere aborter.

Det finnes ikke nyere landsomfattende undersøkelser av sosial ulikhet i seksuell helse blant norske barn og ungdom. Flere kommuner har imidlertid supplert den årlige Ungdata-undersøkelsen med spørsmål relatert til seksuell helse. Tall fra disse undersøkelsene ble nylig oppsummert og publisert i en NOVA-rapport om sosiale forskjeller blant ungdom. En tendens i dette materialet er at jenter som vokser opp med foreldre med lav sosioøkonomisk status, debuterer tidligere seksuelt. Tallene fra Ungdata-undersøkelsen viser for øvrig at det er uklar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og antall seksualpartnere, prevensjonsbruk, uønsket graviditet og hvor vidt man har vært utsatt for seksuell trakassering. Fordi disse opplysningene kun er samlet inn i 13 kommuner, er det vanskelig å si om dette er representativt for hele ungdomsbefolkningen.

Tidligere oppsummeringer har vist at det er sosiale ulikheter knyttet til psykisk helse og overgrep. Sosiale forhold knyttet til selvrapporterte opplevelser av vold eller seksuelle overgrep hos ungdom er blant annet dårlig familieøkonomi, foreldre som ikke er i jobb eller er eneforsørgere, ste- eller fosterforeldre, rus og det å ha vært utsatt for mobbing. Ungdom med nedsatt funksjonsevne eller psykiske helseplager er også mer utsatt for overgrep. Det viser en kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse fra 2014, skrevet av Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er også påvist en sammenheng mellom tidlig seksuell debut, psykiske vansker og atferdsproblemer, men årsakssammenhengen er uklar. Kvinner i sårbare livssituasjoner har høyere abortrisiko enn kvinnepopulasjonen for øvrig, blant annet er abortraten høyere blant flyktninger og blant kvinner med psykiske plager eller sykdom.

Vekselvirkningene mellom helse og sosial ulikhet er komplekse, men bør gi grunnlag for tilpassede tiltak overfor enkelte målgrupper.





Autonomi, kropp og grenser – et godt grunnlag for god seksuell helse

God helse skapes ikke i helse- og omsorgstjenesten, men i samspill med alle de arenaer mennesker lever og oppholder seg på. Erkjennelsen av at det finnes mange og viktige arenaer utenfor helse- og omsorgstjenesten som er avgjørende for folks helse, er en forutsetning for en vellykket politikk for å fremme god folkehelse.

Helsefremmende arbeid defineres av Verdens helseorganisasjon som en prosess hvor individer og befolkningen gjøres i stand til å ta kontroll over, mestre og forbedre sin helse.

Tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse er grunnleggende for å gi mennesker mestringskompetanse og kontroll over sin egen seksuelle og reproduktive helse. Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse.

Foruten blant annet helsefaglige miljøer og skoler er frivillige organisasjoner viktige bidragsyttere i arbeidet med å sette seksualitet og seksuell helse på dagsorden. Sivilsamfunnsaktører kan spille en viktig rolle ved å gi brukergrupper arenaer der de kan møte likesinnede og fungere som pådrivere for at ulike grupper har tilgang på et tilbud utover det som gis i skolen. Gjennom tilskuddsordningen knyttet til seksuell helse gis det støtte til prosjekter og aktører som til sammen står for et bredt anlagt arbeid. Det kan være arbeid

rettet mot minoritetsgrupper, lhbti-ungdom, digitale informasjonstjenester, arbeid for å øke prevensjonsbruk, familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort. I oppfølgingen av ny samlet strategi for seksuell helse vil dette tilskuddsregelverket bli gjennomgått og revidert slik at man kan sikre en helhetlig og samordnet innsats for bedre seksuell helse i tråd med målene i denne nye strategien.

3.1 Tidlig begrepsapparat og autonomi – barnehagens betydning

90 prosent av norske barn i alderen 1–5 år, hvorav 97 prosent av alle fem-åringene, gikk i barnehage i 2015. Dette gjør barnehagen til en av de viktigste samfunnsarenaene utenfor hjemmet. Det innebærer også at barnehagen er en svært viktig folkehelsearena for de yngste i befolkningen.

Grunnlaget for god seksuell helse legges allerede tidlig i småbarnsalder. Barna oppdager og utforsker sin egen seksualitet, kjønnsidentitet og seksuelle identitet og stiller spørsmål relatert til kropp, kjønn og reproduksjon allerede fra 3–4-årsalder. Kunnskap om kropp, følelser og relasjoner er viktige forutsetninger for at barnet utvikler mestringskompetanse for egen helse, og legger grunnlaget for en helsefremmende livsstil og valg senere i livet.

FNs barnekonvensjons §12 stadfester barns rett til å bli hørt. For at dette skal være reelle rettigheter, er det viktig at barn kan sette ord på og uttrykke seg også om kompliserte temaer, deriblant seksualitet, grenser og egen kjønnsidentitet. Et positivt forhold til og trygghet på egen kropp gjør det lettere for barnet å skille mellom positiv og problematisk berøring og kan senke terskelen for å si fra til en voksen dersom det selv blir utsatt for krenkelser eller overgrep. Å lære å respektere andres kropp og grenser er avgjørende for å forebygge krenkelser. Kunnskap om variasjon og mangfold i familieformer og kjønnsuttrykk kan forebygge fordommer, mobbing og trakassering. Slik kan kunnskap og positive holdninger bidra til å forebygge helseplager hos individet, i barnegruppen og i befolkningen generelt.

De ansattes kompetanse er den viktigste enkeltfaktoren for at barn skal trives og utvikle seg i barnehagen. Kompetent personale vil kunne se, anerkjenne og følge opp barna i deres utvikling. De nye forskriftene for lærerutdanningene stadfester blant annet at barnehagelærere og lærere skal ha kunnskap om barn og unges utvikling og læring, og kunne vurdere, stimulere og støtte barnets/den unges utvikling og læring.

Regjeringen har tidligere lagt frem tiltaksplanen *En god barndom varer livet ut* for perioden 2014–2017 for å bidra til å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge. Et av tiltakene er å sikre at kunnskap om vold og seksuelle overgrep inngår og blir lagt vekt på i lærerutdanningene. Barnehagelærer-

utdanningen har tidligere, som flere av de andre lærerutdanningene, manglet tydelige føringer på dette. Regjeringen har derfor endret rammeplanene for lærerutdanningene. Endringene, som gjelder fra 1. august 2016, skal sikre at studentene får kunnskap om å se etter tegn på vold og overgrep. De skal også ha kunnskap om hvilke tiltak de skal sette i verk, og hvordan de skal samarbeide med andre fagmiljøer til beste for barnet.

Mål

- Styrke små barns begrepsapparat, selvfølelse, egenverd og respekt for identitet, kropp og grenser

3.2 Undervisning om kropp, grenser og seksualitet

Norge har lang tradisjon for seksualitetsundervisning i skolen. Kunnskap om grenser, respekt og rettigheter og evnen til å reflektere over ulike situasjoner er viktig for å utvikle egen autonomi og samtidig respektere andres grenser. Dette er emner som favner langt videre enn seksualitet, men som danner et nødvendig grunnlag for den enkeltes dannelse, identitetsutvikling og handlingskompetanse. Riktig kunnskap om seksualitet og seksuell helse fører til at ungdom debutterer senere, er flinkere til å bruke kondom og prevensjon og utvikler et positivt forhold til egen seksualitet og intimitet.

Temaer knyttet til kropp, grenser, og seksualitet inngår i flere fag i skolen med ulik vinkling i ulike fag og på ulike tidspunkt i skoleløpet. Dette gjenspeiles i kompetansemål knyttet til naturfag, samfunnsfag og KRLE (kristendom, religion, livssyn og etikk) på ulike klassetrinn. Mens læreplanen i naturfag har en biologisk og analytisk tilnærming og innfallsvinkel til temaet, har samfunnsfaget en mer sosial og samfunnsorientert tilnærming. I KRLE drøftes temaene i tilknytning til etikk og filosofi og ulike kulturelle verdier.

I de to yngste klassetrinnene tematiseres grensesetting, forståelse og respekt for egen og andres kropp. Innen utgangen av 4. trinn skal barna kunne bruke FNs barnekonvensjon til å forstå og forklare barns rettigheter. I tillegg skal barna kunne samtale om ulike familieformer, ulike kjønnsidentiteter, forholdet mellom kjønn og temaer knyttet til seksualitet, grensesetting, vold og respekt.

Fra 7. trinn kommer kompetansemål som i større grad faller inn under den klassiske forståelsen av seksualitetsundervisning. Innen utgangen av 7. trinn skal barn kunne forklare hva som skjer under puberteten, og samtale om kjærlighet og respekt og om variasjon i seksuell orientering og kjønnsidentitet. I tillegg vektlegges hvordan seksualitet fremstilles i medier og hvilke forventninger dette kan skape. Innen utgangen av 10. trinn skal ungdom kunne drøfte et spekter av problemstillinger knyttet til seksualitet, seksuell orientering, kjønnsidentitet, grensesetting og respekt, inkludert

forskjellen mellom ønsket seksuell kontakt og overgrep, i tillegg til seksuelt overførbare sykdommer, prevensjon og abort. I samfunnsfag vektlegges ulike oppfatninger om kjønn, kjærlighet og seksualitet i ulike kulturer.

Læreplanverket for kunnskapsløftet har læreplaner med mål for hva eleven skal kunne. Hvilke metoder og læremidler skoler og lærere velger å benytte seg av i undervisningen kan variere fra skole til skole. Det er for eksempel mulig å lage et felles undervisningsopplegg der kompetansemålene fra både naturfag, samfunnsfag og KRLE inngår. I forbindelse med fagfornyelsen av læreplanene i Kunnskapsløftet jf. Meld. St. 28 (2015-2016) *Fag – Fordypning – Forståelse*, skal det utarbeides tre tverrfaglige temaer i fagfornyelsen: demokrati og medborgerskap, bærekraftig utvikling og folkehelse og livsmestring. Det tverrfaglige teamet folkehelse og livsmestring vil ha både et individuelt perspektiv og et samfunnsmessig og sosialt perspektiv. Det vil være naturlig å vurdere spørsmål om seksuell helse i arbeidet med dette.

Samfunnet er preget av et større kulturelt mangfold enn for bare få år siden. Dette gjenspeiles i at elevgruppen består av elever som tilhører ulike kulturer og tradisjoner, og som har ulik bakgrunn når det gjelder kunnskap og holdninger til kropp og seksualitet. Det kan være ulike behov for kompetanse i undervisningen, og det kan være aktuelt å bruke ulike pedagogiske virkemidler, avhengig av elevgruppens sammensetning og bakgrunn. På mange skoler samarbeides det med helsesøster og skolehelsetjenesten for å sikre at temaet blir ivaretatt. I tillegg tilbyr flere frivillige aktører materiell og ressurser til seksualitetsundervisningen.

Kompetansemålene som er beskrevet over, legger opp til at kropp, grenser, seksualitet og mangfold tematiseres på ulike måter gjennom hele skoleløpet. Selv om det er gjort enkelte mindre, kvalitative studier av innhold og kvalitet i seksualitetsundervisningen, finnes det ingen systematisert oversikt over hvordan opplæringen gjennomføres.

For at seksualitetsundervisning skal ha helsefremmende og forebyggende effekt, er det avgjørende at barn og unge får nødvendig kunnskap, før de havner i situasjoner der kunnskapen skal tas i bruk. Kompetansemålene i fag på ungdomstrinnet gjelder for 8.–10. trinn. Det er ingen føringer i læreplanverket for når på ungdomstrinnet man gjennomfører opplæringen. I innspillsmøter rapporterer ulike ungdomsorganisasjoner at kvalitetssikret kunnskap og informasjon om seksualitet, kropp og identitet gis for sent i opplæringsløpet. Dersom seksualitetsundervisning i hovedsak gjennomføres i siste halvdel av ungdomsskolen, vil den ofte foregå på et tidspunkt hvor flere elever allerede har seksuell erfaring.

Kompetansemål i grunnskolen

2. trinn

Naturfag – Kropp og helse

- samtale om grensesetting, forståelse og respekt for egen og andres kropp

4. trinn

KRLE – Filosofi og etikk

- bruke FNs barnekonvensjon for å forstå barns rettigheter og likeverd og kunne finne eksempler i mediene og ved bruk av internett

Samfunnsfag – Samfunnskunnskap:

- Samtale om variasjoner i familieformer og om relasjoner og oppgaver i familien
- Samtale om tema knyttet til seksualitet, grensesetting, vold og respekt

7. trinn

Naturfag – Kropp og helse

- forklare hva som skjer under puberteten og samtale om ulik kjønnsidentitet og variasjon i seksuell orientering

KRLE – Filosofi og etikk

- samtale om etikk i forbindelse med ulike familieformer, forholdet mellom kjønnene, ulik kjønnsidentitet og forholdet mellom generasjonene
- forklare viktige deler av FNs verdenserklæring om menneskerettigheter og samtale om betydningen av dem

Samfunnsfag – samfunnskunnskap

- samtale om kjærlighet og respekt, variasjon i seksuell orientering og samliv og familie og diskutere konsekvenser av manglende respekt for ulikskap
- gi døme på korleis kjønnsroller og seksualitet blir framstilt i ulike medium og diskutere dei ulike forventningane det kan skape

10. trinn

Naturfag – Kropp og helse

- formulere og drøfte problemstillinger knyttet til seksualitet, seksuell orientering, kjønnsidentitet, grensesetting og respekt, seksuelt overførbare sykdommer, prevensjon og abort

Samfunnsfag – samfunnskunnskap:

- Gi døme på korleis oppfatningar om forholdet mellom kjærlighet og seksualitet kan variere i og mellom kulturar
- Analysere kjønnsroller i skildringar av seksualitet og forklare skilnaden på ønskt seksuell kontakt og seksuelle overgrep

Helsedirektoratet anbefaler at seksualitetsundervisning tar opp spørsmål knyttet til kondombruk, prevensjon, problematisk seksualitet og rus. En kvalitativ gjennomgang av faglitteratur brukt i seksualitetsundervisning, viser at det er stor variasjon i faglig kvalitet og vektlegging av emner i fagbøkene. For å ivareta dagens kompetansemål vil det være behov for læringsmateriell som reflekterer temaer som ulik seksuell orientering, og som vektlegger seksuell helse i bredt. Refleksjoner rundt kropp, identitet og seksualitet bør ta høyde for at ikke alle er funksjonsfriske. Det er gjennom flere år utarbeidet litteratur og undervisningsopplegg til støtte for seksualitetsundervisningen på ungdomstrinnet.

Enkelte grupper har spesifikke behov eller ressurser som den generelle undervisningen ikke nødvendigvis fanger opp. For å nå målet om økt seksuell autonomi og mestring, må læringsmateriell være tilpasset målgruppens språkferdigheter og kognitive funksjonsnivå. I noen tilfeller vil det være hensiktsmessig med mer individtilpasset undervisning eller undervisning i mindre grupper, for eksempel i samarbeid med skolehelsetjenesten.

Mål

- Sikre barn og unge kunnskap og kompetanse om kropp, grenser, seksualitet og seksuell helse

Seksualitetsundervisning defineres av WHO Europa som en livslang prosess hvor individet tilegner seg informasjon og danner egne holdninger og verdier. Seksualitetsundervisning etter denne standarden omfatter temaer som seksuell utvikling, seksuell og reproduktiv helse, relasjoner mellom mennesker, følelser, intimitet, kroppsbilde og kjønnsroller. Det vektlegges at undervisningen skal respektere menneskerettigheter og mangfold, tilpasses barn og unges alder, kunnskapsbehov og kulturbakgrunn, oppmuntre til kritisk tenkning og kommunisere en positiv livsløpstilnærming til seksualitet. Undervisningen skal være fundert i vitenskapelig informasjon og bør diskutere konsekvenser av at menneskerettigheter/seksuelle rettigheter krenkes.



3.3 Veiledning til foreldre og foresatte

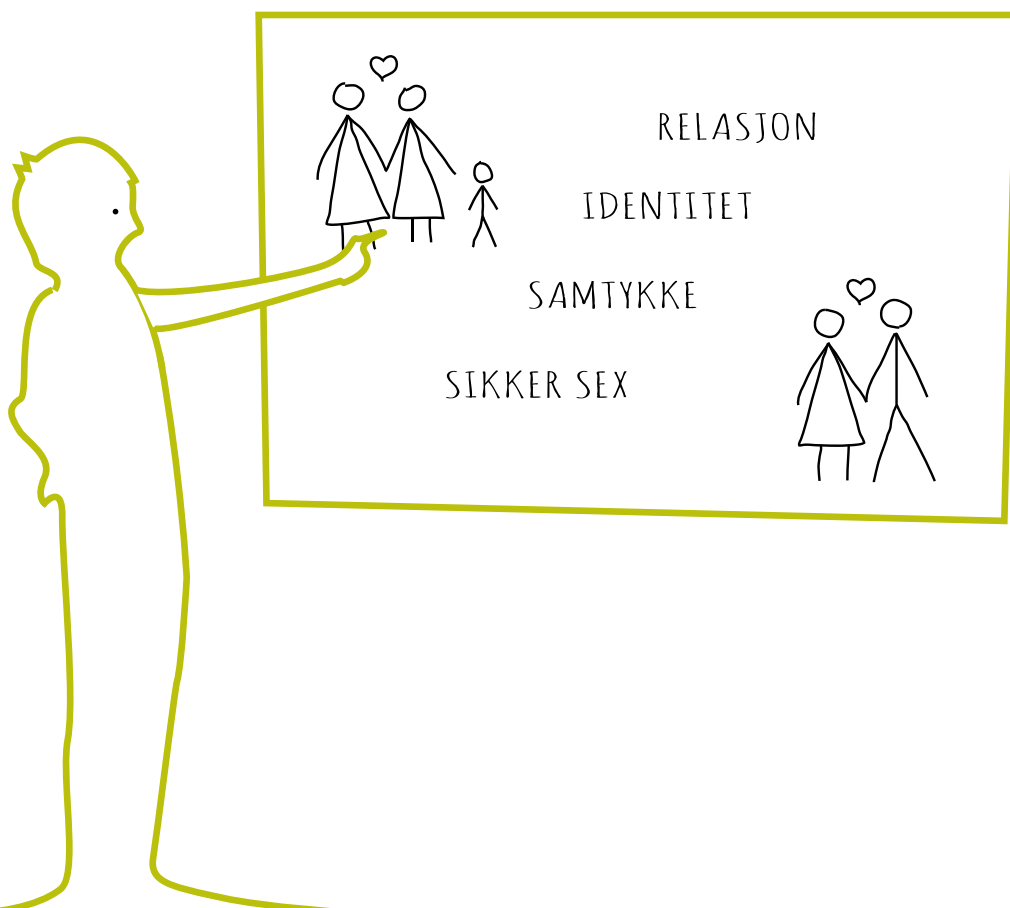
Barn er best rustet til å bestemme over sin egen seksualitet dersom deres foreldre/foresatte har kunnet kommunisere åpent med dem om kropp, identitet, grenser og seksualitet gjennom hele barndommen. Kunnskap om barn og unges normale seksuelle utvikling og hvordan denne kommer til uttrykk i lek og atferd vil i tillegg gjøre det lettere for foreldre å identifisere seksualatferd som det kan være grunn til å bekymre seg for.

Selv om Norge i internasjonal sammenheng har et relativt liberalt syn på seksualitet, vegrer en del foreldre seg for å snakke med barn om seksualitet. Foreldre kan ha behov for støtte og veiledning i slik kommunikasjon, for eksempel i regi av helsestasjon eller frivillige aktører. Veiledningen bør være kultursensitiv og på et språk som er tilgjengelig.

Helsedirektoratet har i sitt forslag til ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten anbefalt at barns naturlige seksuelle utvikling inkluderes tydeligere i helsestasjonens helsekontroller. Temaet er anbefalt tematisert ved 2- og 4-årskontroll.

Mål

- Styrke foreldres og foresattes kunnskap og bevissthet om barns naturlige seksuelle utvikling



3.4 Informasjonsarbeid og undervisning om seksuell helse på asylmottak

Retten til å bestemme over egen kropp og god seksuell helse gjelder for alle mennesker. Noen unge og voksne som nylig har flyttet til Norge fra andre land, har allerede god kjennskap til dette temaet, mens andre mangler kunnskap om seksuell og reproduktiv helse.

Undervisning om seksualitet og seksuell helse er inkludert i en obligatorisk informasjonsplan for beboere på mottak. Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet har koordinert et arbeid med å lage en undervisningspakke om seksuell og reproduktiv helse, hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Undervisningspakken og veileder til denne er lagt ut på Helsedirektoratets nettsider. Pakken skal brukes til undervisning ved asylmottak. Den kan også benyttes i kommunenes øvrige arbeid rettet mot nyankomne innvandrere. Asylsøkere er en sammensatt gruppe, og materialet er utformet med tanke på at det skal brukes i ulike grupper av asylsøkere.

Asylmottakene er pålagt å informere alle asylsøkere som kommer fra land der kjønnslemlestelse og tvangsekteskap praktiseres, om at kjønnslemlestelse er forbudt i Norge. Asylmottakene skal også bidra til at de som er kjønnslemlestet før ankomst, kan få medisinsk behandling.

Mål

- Styrke kunnskap om seksuell og reproduktiv helse blant nyankomne innvandrere og asylsøkere

Tiltak

- Regjeringen foreslår i Meld. St. 19 (2015–2016) *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen* å tydeliggjøre i rammeplanen at barnehagen har ansvar for å utvikle barnas toleranse for et mangfoldig samfunn og dermed bidra til å demme opp for fordommer og diskriminering basert på kjønn, orientering, funksjonsnedsettelse, etnisitet, kultur, religion og livssyn.
- Regjeringen foreslår i Meld. St. 19 (2015–2016) *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen* å vurdere om regelverket som gjelder barnehagens ansvar for å oppdage og hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep, er godt nok.
- Regjeringen foreslår i Meld. St. 19 (2015–2016) *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen* å revidere kompetansestrategien, herunder videreutvikle de barnehagebaserte kompetansetiltakene i samsvar med kompetansebehov som følge av ny rammeplan.
- Vurdere kompetansemålene som er knyttet til seksualitetsundervisning, i arbeidet med fagfornyelsen som er en oppfølging av Meld. St. 28 (2015–2016) *Fag – Fordypning – Forståelse*.
- Vurdere å gjennomføre en avgrenset undersøkelse av kvalitet i seksualitetsundervisningen
- Videreføre støtte til læringsmateriell og undervisningsopplegg til støtte for skolens seksualitetsundervisning over tilskuddsregelverk knyttet til seksuell helse
- Utarbeide tilrettelagt undervisningsmateriell til enkelte grupper i samarbeid med aktuelle interesseorganisasjoner
- Tilby veiledning gjennom helsestasjonen slik at foreldre og foresatte har nødvendig kunnskap til å kunne snakke med barna om kropp, kjønn og seksualitet, trygghet og grenser
- Sikre tilrettelagt informasjon om seksuell helse, herunder prevensjon, hiv og andre seksuelle overførbare sykdommer til asylsøkere og nyankomne innvandrere



Lett tilgjengelig digital helseinformasjon

Det finnes et mangfold av digitale informasjonstjenester som omhandler seksualitet og/eller seksuell helse. Tjenestene driftes av offentlige, private, ideelle og frivillige organisasjoner, og tjenestene varierer fra åpne informasjonskanaler, lavterskeltilbud og anonyme chattetjenester til sikrede, personlige dialogtjenester. Digitale tjenester er tilgjengelige uavhengig av hvor man bor i landet. Tilgang til kvalitetssikret informasjon gir økt læring og mestring om temaer som opptar den enkelte. Mange av nettjenestene gir mulighet for anonym dialog med fagperson og/eller likeperson. Muligheten til å være anonym kan gjøre det lettere å ta opp vanskelige og tabubelagte spørsmål. Ofte logges anonymiserte spørsmål og svar. Dette gjør det mulig å søke etter hva andre har spurt om og hvilke svar de har fått.

4.1 Digitale informasjonstjenester til ungdom

Ungdom er en særlig viktig målgruppe for digitale tjenester. Ungdom har generelt høy digital kompetanse og bruker digitale helsetjenester aktivt. På nett er det i større grad brukeren som har regi på hva som skal være tema for konsultasjonen, og ungdommene opplever slik en annen form for medvirkning og kontroll enn i tradisjonelle helsekonsultasjoner. Brukerundersøkelser blant ungdom viser at interaktive tilbud er særlig viktig, hvor svar gis direkte fra helsepersonell gjennom telefon, nettpat (chat) eller innsending av spørsmål.

Flere nettsider tilbyr informasjon om de samme temaene, og ungdom etterspør et mer koordinert og samordnet tilbud. I ungdomshelsestrategien *#Ungdomshelse* som ble lagt frem sommeren 2016, legges det vekt på at dagens tilbud av digitale tjenester rettet mot ungdom må samordnes,

integrerer og forenkles. I arbeidet med å samordne digitale tjenester rettet mot ungdom vil det være viktig å sikre tilgang på kvalitetssikret informasjon til alle grupper, uavhengig av kjønn, kulturell bakgrunn, seksualitet eller funksjonsnivå. Tjenestene må også være tilpasset slik at de er tilgjengelige på alle flater, også mobile enheter.

Mål

- Sikre tilgjengelige digitale tjenester av god kvalitet som er tilpasset ungdommens behov

4.2 Helsenorge.no – den offentlige helseportalen

[Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) ble etablert i 2011 og skal være en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Innbyggerportalen er et sentralt virkemiddel for å oppfylle de helsepolitiske målene om effektivitet, kvalitet og en styrket pasient- og brukerrolle. Hensikten er å gi innbyggerne én digital kanal mot helsesektoren.

Det som begynte som en enkel portal med få tjenester, har i løpet av noen år utviklet seg til å bli en viktig informasjonskilde og kommunikasjonskanal for pasienter og brukere. Portalen er en veiviser for befolkningen til tjenester og selvbetjeningsløsninger på nett. Innbyggeren gis tilgang til å se kvalitetssikret helseinformasjon, informasjon om egen helse og kommunikasjon med helsepersonell. Eksempelvis får innbyggeren tilgang på kvalitetssikrede artikler om seksualitet og seksuell helse. Helsenorge.no har hele befolkningen som målgruppe, og er ikke utelukkende rettet mot ungdom eller en bestemt gruppe helsetilstander. Fordi det er stor variasjon i kunnskap, behov og forutsetninger i befolkningen, arbeides det med å tilpasse helsenorge.no for ulike brukergrupper på best mulig måte.

Helsenorge.no videreutvikles kontinuerlig. I 2016 utvikles blant annet digital dialog mellom innbygger og fastlege. Her kan innbyggeren bestille time hos fastlegen, stille spørsmål, bestille time og fornye resepter. Elektronisk løsning for innsyn i egen journal er innført i helseregionene Helse Nord og Helse Vest. Dette gir pasienten bedre oversikt over egen helseinformasjon, bedre mulighet for medvirkning og bedre kvalitet i dokumentasjonen. Stadig flere benytter tjenestene på helsenorge.no. I mai 2016 var det ca. 1,4 millioner besøkende på helsenorge.no.

Mål

- Digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig

4.3 Digitale lavterskeltilbud og likepersontjenester

Selv om det finnes mange ulike informasjonstilbud, er det likevel noen brukergrupper som opplever at deres informasjonsbehov ikke dekkes gjennom offentlige tjenester på nett. Dette gjelder blant annet informasjon om seksuell helse ved kronisk sykdom eller ved fysisk eller psykisk funksjonshemming. Selv om de fleste bruker- og interesseorganisasjoner har som formål å representere alle i sin gruppe, kan det likevel være vanskelig for noen å finne et likepersontilbud som passer. Brukere med dobbelt minoritetsstatus, for eksempel homofile med etnisk minoritetsbakgrunn, rapporterer at det kan være utfordrende å finne informasjon og etablere gode nettverk.

Flere bruker- og interesseorganisasjoner tilbyr digital informasjon i kombinasjon med telefontjenester, chat og andre elektroniske svartjenester. Chat og interaktiv dialog med likepersoner gir mulighet for erfaringsdeling og likepersonstøtte. Gjennom sidene tilbys informasjon om seksualitet, sykdom og ulike tjenestetilbud, men også informasjon om interesseorganisasjoner, likepersontjenester og mulighet for å bygge nettverk.

Youchat er en online chattetjeneste med videomulighet, hvor man kan snakke anonymt en til en med unge skeive frivillige. Tjenesten drives av Helseutvalget og har åpent alle hverdager på kveldstid. De frivillige har trening i motiverende intervju.

Ungdomstelefonen er Skeiv Ungdoms telefon-, chatte- og meldingstjeneste. Tjenesten er anonym og besvares av frivillige. Telefontjenesten er åpen på kveldstid i helgene, mens chattetjenesten er åpen to kvelder i uken. I tillegg går det an å sende inn spørsmål på e-post, og få svar.

Skeiv verden er en nasjonal interesseorganisasjon for lhbt-i-personer med minoritetsbakgrunn. Organisasjonen er religiøst og partipolitisk uavhengig. Skeiv verden tilbyr rådgivning over telefon, e-post eller ved å møte opp hos Skeiv verden eller et annet avtalt sted. Rådgivningen gis av ansatte som har erfaring med å gi råd til barn, unge og voksne med sammensatte utfordringer og behov knyttet til seksualitet og kjønnsidentitet.

Mål

- Sikre at et variert digitalt likepersontilbud videreføres parallelt med samordning av digitale informasjonstjenester

Tiltak

- Videreutvikle og samordne digitale informasjonstjenester til ungdom knyttet til kropp og helse
- Videreutvikle helsenorger.no med kvalitetssikret informasjon og flere selvbetjeningsløsninger for innbyggeren



Seksualitet som ressurs gjennom hele livsløpet

Seksualitet og reproduksjon har lenge vært et tabubelagt område i vår kultur. Seksuell atferd og samlivsformer har vært regulert og begrenset gjennom moralske og religiøse påbud i tillegg til juridisk lovverk. Siden 1970-tallet har det vært et gradvis skifte, hvor de juridiske begrensningene nå i stor grad er borte. Det er en større åpenhet om seksualitet, og den enkelte står friere til å uttrykke sin seksualitet uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Økt likestilling mellom kjønnene har vært en av flere sentrale forutsetninger for denne utviklingen.

Samtidig som det har blitt en større åpenhet om seksualitet og seksuell frihet, har Norge gjennomgått en stor endring i befolkningssammensetning. Norge er i økende grad et samfunn sammensatt av mennesker med ulike etniske, religiøse og kulturelle bakgrunn. Et økt kulturelt mangfold har gitt et større mangfold i holdninger og forventninger til seksualitet, kjønnsroller og det offentlige rolle. Selv om det relativt sett er større åpenhet, er det fortsatt grupper som opplever fordommer i møte med enkeltmennesker, og i møte med samfunnsstrukturer. Seksuell frihet og seksuelle rettigheter utfordrer i mange tilfeller tradisjonelle kjønnsroller, og oppleves av enkelte som en trussel mot kultur og verdier. Selv om holdningene til homofile har gjennomgått en positiv endring, kan det fortsatt være svært vanskelig å være homofil i etniske og nasjonale minoriteter.

Seksualitet og seksuell praksis tilhører den mest intime delen av livet vårt. Det er ikke noe vi snakker om til hvem som helst, og det kan være vanskelig å ta opp som tema både privat og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Dersom sex sjelden eller aldri tematiseres, vil det være desto vanskeligere å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell orientering, seksualatferd eller seksuell uhelse når behovet oppstår.

Mål

- Sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten

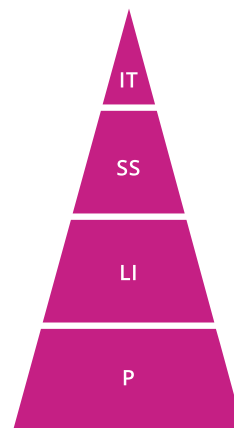
5.1 Tematisering av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten

Kunnskap og bevissthet om seksuell helse i møte med mennesker med eller uten helseutfordringer er en forutsetning dersom seksuell helse skal kunne vektlegges som helsefremmende ressurs. Til tross for at helse- og omsorgspersonell mener at temaene seksualitet og seksuell helse er relevant i helse- og omsorgstilbudet, viser undersøkelser og tilbakemeldinger at mange likevel unnlater å snakke om seksuell helse i møtet med brukerne. Manglende bevissthet og oppmerksomhet kan føre til at individet opplever at deres seksualitet usynliggjøres, og at seksuell helse som ressurs, blir glemt.

For å kunne ta opp seksuell helse i møte med pasienten, trenger fagpersonen både kunnskap og bevissthet om seksuell helse som ressurs. PLISSIT-modellen (se boks) beskriver ulike nivåer av behov for informasjon og hjelp. Ikke alle skal drive sexologisk rådgivning, men helsepersonell med minimum relevant 3-årig utdanning bør være i stand til å ivareta de to nederste trinnene i pyramiden. Det vil si å gi rom for spørsmål knyttet til seksualitet og helse, og kunne gi begrenset, tilpasset informasjon om bivirkninger av behandling, helseplager m.m.

PLISSIT er en modell for sexologisk rådgivning som illustrerer behov for og tilnærming til pasienten i fire rangerte nivåer. Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon og fornsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad.

- **P** står for Permission – og danner basis i informasjonspyramiden, hvor pasienten gis rom for (tillatelse til) å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til sin seksualitet og seksuelle helse.
- **LI** står for Limited information – hvor pasienten får begrenset, tilpasset informasjon, for eksempel om hva som er normalt, endringer i seksuell lyst, følger av svangerskap og medisinbruk m.m.
- **SS** står for Specific suggestions – hvor pasienten får spesifikke råd som er faglig begrunnede.
- **IT** står for Intensive therapy – hvor komplekse problemstillinger som kjønnsidentitetstematikk, følgetilstander etter overgrep m.m. behandles.



Helsepersoners profesjonalitet i slike samtaler vil være avgjørende for å sikre god kommunikasjon. Et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse.

Tilbakemelding fra bruker- og interesseorganisasjoner tyder på at seksualitet og seksuell helse i liten grad tematiseres i helse- og omsorgstjenestene med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon. Selv om problemstillinger knyttet til reproduktiv helse i høyeste grad påvirker seksuell helse og livskvalitet, er det behov for å synliggjøre at seksuell helse handler om mer enn reproduksjon. Kunnskap om vaksiner, forebyggende kreftundersøkelser, smitterisiko og seksualatferd og hvordan helse, sykdom, medikamenter og livsstil for øvrig påvirker seksuell helse, kan være aktuelle temaer i møtet med helse- og omsorgstjenesten.

De fleste gjør sine første seksuelle erfaringer i løpet av ungdomstiden. Generelt har norsk ungdom god seksuell helse, og antall tenåringssvangerskap ligger stabilt på et historisk lavt nivå. Likevel plasseres ofte ungdoms seksualitet i en risikokontekst, med fokus på uønsket graviditet spesielt og økende forekomst av kjønnssykdommer generelt. Kunnskap og informasjon er, som omtalt tidligere, avgjørende for forebygging av seksuell uhelse. Når ungdom opplever helseplager relatert til seksuell helse, er det avgjørende at det finnes gode lavterskeltilbud for helsehjelp der ungdom er. Flere byer og kommuner har opprettet ungdomshelsestasjoner for å ivareta ungdoms helse spesielt. Studenthelsetjenesten i studentbyene er et viktig supplement for ungdom og unge voksne som bor langt hjemmefra, og ikke har nær kontakt med sin fastlege.

For å sikre at seksuell helse blir en integrert del av det folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene, er det viktig at offentlige tilbud og tjenester inkluderer seksuell helse der dette er relevant og hensiktsmessig. I tillegg til generell åpenhet om seksualitet som ressurs, vil det være nødvendig med målrettet innsats for å styrke kompetansen hos flere yrkesgrupper, inkludert relevante helseprofesjoner, ansatte i barnevern og opplæringssektoren. Dette kan oppnås gjennom tematisering i grunnutdanningene og/eller gjennom egne etter- og videreutdanningstilbud i regi av høgskole/universitet og tjenesten i samarbeid. Seksualitet som ressurs og faktor som påvirker helsen, bør også være et relevant fagdyppningstema i fagmøter og seminarer.

5.2 Forholdet mellom seksuell helse og reproduktiv helse

For voksne i fruktbar alder knyttes seksualitet i stor grad til reproduktiv helse. Dersom hensikten med prevensjon først og fremst blir familieplanlegging, risikerer man at bevissthet om smitteforebygging og risikoferd ikke vektlegges. Seksuell uhelse kan gi konsekvenser for reproduktiv helse, blant annet er det økt risiko for ufrivillig barnløshet og spontanaborter knyttet til

seksuelt overførbare infeksjoner hos kvinner spesielt. Ufrivillig barnløshet eller komplikasjoner etter fødsel er eksempler på at utfordringer knyttet til reproduktiv helse kan gi negative innvirkninger på seksuell helse. Reproductiv og seksuell helse er nært knyttet til hverandre, og en helhetlig tilnærming krever bevissthet om begge.

Koblingen mellom reproduktiv og seksuell helse kan skape forventninger om en heteronormativ livsstil, det vil si at man går ut fra at mennesker er heterofile. Heteronormative forventninger til partnervalg og samlivsform legger premisser som kan gjøre det vanskelig for den som faller utenfor normen å drøfte problemstillinger knyttet til seksuell helse. Mange menn som har sex med menn og kvinner som har sex med kvinner er lite åpne om sin seksuelle orientering i møte med helsepersonell, og forventninger om heteronormativitet kan forsterke dette. Uten åpenhet vil det være vanskelig for helsepersonell å stille de rette spørsmålene.

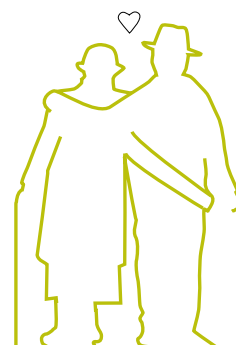
Samtidig kan forventninger til enkelte gruppers seksualatferd slå ut i misforståtte helseråd. For eksempel har lesbiske kvinner feilaktig fått beskjed av helsepersonell om at de ikke er målgruppe for screeningprogrammet for livmorhalskreft på grunn av sin seksuelle orientering. Bevissthet blant helsepersonell og en normkritisk tilnærming til egen språk- og begrepsbruk kan åpne for en mer inkluderende tilnærming, samtidig som det er behov for kunnskap om seksuell helse også for mennesker med annen seksuell orientering eller kjønnsidentitet.

5.3 Seksuell helse hos eldre

Større åpenhet om seksualitet i samfunnet har også økt oppmerksomheten om og forståelsen for seksualitet hos eldre. Likevel preges samfunnet fortsatt av en viss grad av tabu omkring Eldres seksualitet. Plager knyttet til overgangsalder og normale fysiske og emosjonelle forandringer gjennom livsløpet som kan påvirke seksuell helse, tematiseres i liten grad.

Andelen av befolkningen over 70 år som er seksuelt aktiv og tilfreds med eget seksualliv øker, og stadig flere eldre anser seksualitet som en naturlig del av alderdommen. Enkelte studier viser at samleieaktivitet avtar med økende alder både hos menn og kvinner, men samtidig at mange godt voksne fortsatt er regelmessig seksuelt aktive. Seksualitet handler imidlertid om mer enn samleie og orgasme. Seksuelle behov kan tilfredsstilles på ulike måter og kan endre uttrykksform med endringer i situasjon, helse og alder.

Når kroppen blir eldre, skjer det også endringer i kroppens organer. Noen av disse aldersforandringene kan påvirke seksualitet og seksuell helse. For eksempel vil blodåreforandringer med mindre elastiske blodårer kunne påvirke ereksjon og blodforsyning til skjede. Hormonelle endringer med



lavere hormonnivåer i blodet vil kunne påvirke lyst og seksuell funksjon. I tillegg vil mange med alderen oppleve sykdom som også påvirker seksuell funksjon. De som møter eldre i primær- og spesialisthelsetjenesten, bør kunne snakke om seksualitet og hvordan den kan ivaretas til tross for fysiske og sosiale endringer som følger med økende alder.

For eldre som bor i institusjon eller mottar tjenester i hjemmet, er det viktig at man ivaretar privatliv, verdighet og mulighet for samliv, så langt den enkelte ønsker dette. For ektepar og partnere vil det ofte være et ønske å fortsette samlivet også etter at en eller begge har kommet på sykehjem, og dette bør tilstrebes. I noen tilfeller vil det også være par som har levd sammen som par uten at dette er formalisert, for eksempel partnere av samme kjønn som har vokst opp i et samfunn hvor slikt samliv var straffbart eller sosialt uakseptabelt. Muligheten til å fortsette samlivet i institusjon må ivaretas uavhengig av seksuell orientering eller sivil status.

5.4 Personer som lever med hiv

God og tidlig medisinsk behandling ved hivinfeksjon gir positive livsutsikter. Mennesker som lever med hiv, kan i dag leve tilnærmet vanlige liv med god helse og livskvalitet. Norge har høy behandlingsgrad av hiv. Rask oppstart av medisinsk behandling ved påvist smitte reduserer faren for følgesykdommer og tapte leveår betydelig. Personer som er velbehandlet for sin hivinfeksjon, vil i de aller fleste tilfeller ikke ha målbare virusmengder i blodet, og de regnes derfor ikke som smitteførende.

Hiv er en sykdom som kan ramme alle. I Norge har seksuell smitte vært den dominerende smitemåten for hiv siden 1980-tallet, men hiv kan også smitte ved blodoverføring, sprøytedeling og stikkskader. Selv om leveutsiktene er dramatisk forbedret, er det fortsatt utfordringer knyttet til diskriminering, stigmatisering og selvstigma (at samfunnets stereotyper og stigmatisering av en gruppe blir en del av individets identitet og selvforståelse) hos personer som lever med hiv. Dessverre er det også eksempler på manglende kunnskap om hiv i helse- og omsorgstjenesten, og kanskje særlig utdatert kunnskap om risiko for smitte. Oppdatert kunnskap om hiv, smitterisiko og vellykket behandling er en forutsetning for å forebygge unødvendig stigma og sikre likeverdige tjenester.

Smitte kan også skje fra mor til barn under svangerskap. Slik nysmitte er svært sjelden i Norge, men forekommer der mor ikke vet at hun er hivsmittet eller av ulike årsaker ikke har fått behandling før svangerskapet. Rundt 45 barn lever med hiv i Norge i dag. Fordommer og manglende kunnskap kan gjøre det særlig vanskelig for barn og deres foresatte å være åpne om smittestatus. Å være hivsmittet parallelt med pubertet, ungdomstid og seksuell debut skaper et særskilt behov for informasjon og kompetanse for å ivareta egen helseatferd.

Den som lever med sykdom og symptomer, vet selv best hva som oppleves utfordrende. Flere sykehus og tjenester verdsetter dette ved å legge til rette for brukermedvirkning i utforming av helsetjenestene og gjennom etablering av lærings- og mestringstilbud. Opplæring, samtaler og det å møte andre i samme situasjon bidrar til økt mestring, selvtillit og handlingskompetanse. Mange av lærings- og mestringstilbudene er innrettet slik at de også kan ivareta pårørende som viktige støttespillere for den som lever med hiv.

Brukerstyrt hivpoliklinikk ved Sørlandet sykehuset i Kristiansand

Høsten 2012 fikk et brukerutvalg i mandat å utforme brukeres forventninger og mål for sykehusets ivaretagelse av hivpositive pasienter ved poliklinikken. Brukerutvalget satte tre mål for tjenesten: 1) optimalisering av helse og funksjon, 2) helhetlig behandling og omsorg og 3) myndiggjøring av pasienten.

Hivpoliklinikken ble reorganisert etter disse innspillene med en egen stilling som hivkoordinator (sykepleier), individuelle planer tilpasset pasientgruppen, mikrofagteam og økt oppmerksomhet på likepersonarbeid gjennom blant annet lærings- og mestringkurs og tilbud om kontakt med likepersoner direkte. Poliklinikken er utvidet til å omfatte et eget testtilbud for seksuelt overførbare infeksjoner. Det arrangeres regelmessige brukerrådsmøter ca. hver annen måned, hvor arbeidet ved poliklinikken evalueres og nye mål diskuteres.

Med positive livsutsikter med hiv og muligheten for å leve gode, velfungerende liv, blir også ønske om deltakelse i jobb mer fremtredende for god livskvalitet. Undersøkelser har vist at personer som lever med hiv, oftere faller utenfor arbeidsmarkedet grunnet sosiale helseforskjeller. Det ble i 2015 utviklet et veiledningshefte til Nav om hiv og arbeidsliv for å bidra til at personer som lever med hiv, lettere kan stå i arbeid.

En kartlegging av holdninger til hiv i arbeidslivet viser at et stort flertall ikke ville reagert negativt på å jobbe sammen med en hivpositiv, men er generelt mer skeptisk til at hivpositive skal ha yrker som kommer nær kroppen, og som er nær barn. Undersøkelsen bekrefter at kunnskap motvirker stigma. Det mest interessante funnet er likevel at de som kjenner en åpen hivpositiv, har minst fordommer. Derfor er det viktig å sikre personer som lever med hiv trygge rammer for å være åpen om sin hivstatus.

Helsedirektoratet forvalter en egen tilskuddsordning for tiltak knyttet til hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. En av hovedmålgruppene for ordningen er mennesker som lever med hiv. Gjennom ordningen tildeles det driftstilskudd og prosjekttilskudd til organisasjoner og tiltak som har til hensikt å sikre helhetlig ivaretagelse av hivpositive.

5.5 Likepersonstilbud og likepersonstjenester

Ideelle organisasjoner og bruker- og interesseorganisasjoner har alltid vært viktige aktører innen feltet seksuell helse og er viktige samarbeidspartnere for Helsedirektoratet, kommuner og andre aktører. I tilfeller der sivilsamfunnsaktører representerer en særskilt bruker- eller interessegruppe vil de gjennom å delta i offentlige prosesser kunne sikre reell brukermedvirkning og bidra med likepersonarbeid overfor grupper som trenger et slikt tilbud. Flere av tilbudene når også grupper med særlig sårbarhet for seksuell uhelse, som vanskeligere nås gjennom de ordinære helsetjenestene.

Eksempler på likepersonstjenester er lavterskel, anonyme testtilbud for seksuelt overførbare infeksjoner og organisasjoner som tilbyr undervisningsmateriell, undervisningsopplegg og gjennomføring av seksualitetsundervisning.

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning for prosjekter og tiltak for å bedre seksuell helse i befolkningen. Mottakere over denne tilskuddsordningen representerer et bredt anlagt arbeid for bedre seksuell helse, herunder arbeid rettet mot minoritetsgrupper, lhbti-ungdom, arbeid for å øke prevensjonsbruk samt familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort.

Tiltak

- Øke bevissthet rundt seksuell helse som ressurs gjennom hele livsløpet i alle nivåer av tjenestene
- Sikre god kunnskap i tjenestene om målgrupper for HPV-vaksine og kreftscreeningsprogrammer
- Revidere og videreføre tilskuddsordning for seksuell helse
- Videreføre tilskuddsordning for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner
- Tilgjengeliggjøre metodikk og erfaringer fra lærings- og mestringskurs i spesialisthelsetjenesten for kommuner og organisasjoner



Uønskede svangerskap og abort

Lett tilgjengelighet til prevensjon, god veiledning og tilgang til flere sikre prevensjonsmetoder har vært viktige tiltak i innsatsen for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Abortraten blant norske kvinner har vært fallende siden 2008 og har falt raskest blant kvinner i aldersgruppen 16–24 år. Dette er en gledelig utvikling. Innsatsen har vært vellykket, og det er derfor viktig for regjeringen å sikre at det gode arbeidet videreføres, samtidig som det jobbes for å redusere antall uønskede svangerskap ytterligere.

Mål

- Forebygge uønskede svangerskap blant kvinner i alle aldersgrupper

Etter flere årtier med økte aborttall, har det siden 2008 vært en positiv utvikling med stadig færre uønskede svangerskap og aborter. I 2015 var den samlede abortraten på 11,7 per 1000 kvinner, det laveste nivået som er registrert siden abortloven ble innført i 1979. Særlig stor har nedgangen vært blant kvinner i aldersgruppen 15–19 år. I 2015 var aborttallene i denne gruppen 8,3 per 1000, det vil si mer enn en halvering siden 2008. Høyest er abortraten blant kvinner i aldersgruppen 20–29 år, med 21,1 per 1000 kvinner, men også her har abortraten vært synkende over tid. Blant kvinner i aldersgruppen 20–24 år er abortraten redusert med mer enn 30 prosent siden 2008.

P-piller av kombinasjonstypen har de siste tiårene vært det vanligste hormonelle prevensjonsmidlet. Siden 2007 har det vært en gradvis økning i antall kvinner som bruker langtidsvirkende hormonell prevensjon. Statistikken viser en tydelig dreining fra kobberspiral og p-piller til hormonspiral, p-stav (implantat) og p-sprøyte. For jenter i aldersgruppen 15–19 år har bruk av p-stav økt fra 3

per 1000 i 2009 til 30 per 1000 i 2015. Den største økningen prosentvis har vært fra 2014 til 2015. Tilsvarende ser man en stor økning i bruk av hormonspiral, dog en noe mer beskjeden utvikling. Antall brukerdoser av nødprevensjon har samtidig gått gradvis ned, fra 166 000 doser i 2009 til 141 000 i 2015.

P-piller har gjennom flere år vært subsidiert for kvinner mellom 16 og 20 år. Fra 2014 ble langtidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler inkludert i denne ordningen. Det er grunn til å tro at kombinasjonen med subsidiering av hormonell prevensjon til de yngste kvinnene og at jordmødre og helsesøstre i helsestasjon har fått forskrivningsrett til denne gruppen, har bidratt til fallende abortrater.

En vanlig oppgitt årsak til uønsket svangerskap har vært svikt i prevensjonsbruk, for eksempel ved feilbruk, opphold i bruk eller liknende. Nær 4 av 10 abortsøkende kvinner har gjennomført abort tidligere, viser en norsk undersøkelse basert på tall for perioden 2007–2011. Langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) er blant de sikreste prevensjonsmetodene som finnes. Ved en dreining til langtidsvirkende hormonell prevensjon vil man forvente at prevensjonssvikt som årsak til uønskede svangerskap, vil reduseres i omfang.

Sterilisering er den eneste langtidsvirkende prevensjonsmetoden for menn. Samtidig er sterilisering en ikke-reversibel metode og derfor primært et tiltak for personer som ikke ønsker (flere) barn. Det siste tiåret har det vært en nedgang i antall kvinner som lar seg sterilisere, fra 5000 årlig i 2001 til drøye 1100 inngrep i 2014. Av disse skjer omtrent halvparten i forbindelse med fødsel eller keisersnitt. Også blant menn har det vært en reduksjon i antall inngrep, med en halvering fra 2001. Årsaken til nedgangen skyldes til dels nye, sikrere prevensjonsmidler, men det er også sannsynlig at økte egenandeler har hatt betydning. Det er flest steriliseringsinngrep for kvinner i aldersgruppen 35–39 år, mens gjennomsnittsalder for menn er 40 år.

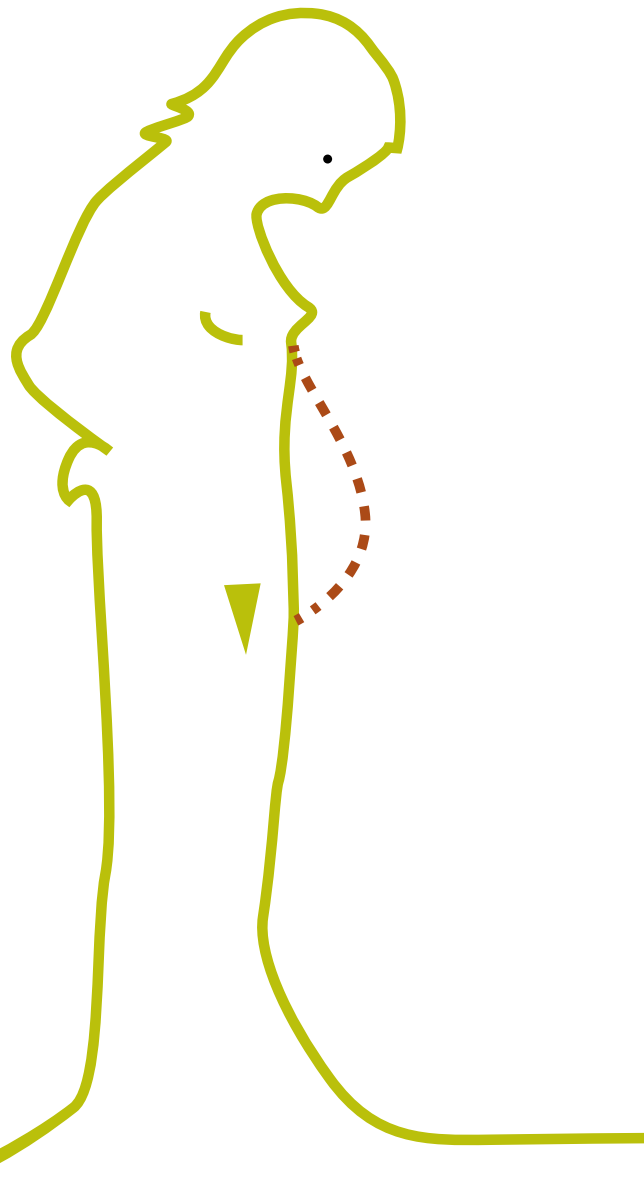
6.1 Lett tilgjengelighet til veiledning og prevensjon

Fra 1. januar 2016 har helsesøstre og jordmødre fått rekvireringsrett for alle typer hormonell prevensjon til kvinner over 16 år. Målet er at tiltaket skal øke tilgjengeligheten til informasjon og veiledning om ulike typer prevensjon, virkninger og bivirkninger, og lette tilgang til alle typer prevensjon. Utvidelse av bidragsordningen til hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 16–19 år ved å inkludere langtidsvirkende hormonell prevensjon, bidrar til at dette er et reelt alternativ for de yngste.

Et godt tjenestetilbud i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom er særlig viktig for ungdom og unge voksne. Regjeringen har derfor gjennom flere år satset på helsestasjonene og skolehelsetjenesten. I årene 2014–2016 ble det bevilget 667 millioner kroner som økning i de frie inntektene til kommunene, for å styrke denne tjenesten og gi et bedre tilbud til barn, unge

og deres familier. I budsjettforliket for 2016 ble det bevilget ytterligere 100 millioner kroner til et øremerket tilskudd til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange etterspør tilbud om helsestasjon for ungdom, og tilbudet kan være særlig viktig for ungdom som ikke går på skolen og kan benytte seg av skolehelsetjenesten. Dersom kommunene vurderer at en slik organisering er hensiktsmessig, og tjenestetilbudet er forsvarlig, kan midlene som er bevilget i kommunerammen, benyttes til etablering av slike tilbud.

I tillegg til svangerskapsomsorg kan det i noen kommuner være aktuelt at jordmor sammen med helsesøster bidrar til et styrket helsetilbud til kvinner i fertil alder. Ved behandlingen av Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* ba Stortinget om at både jordmor og helsesøster skal bli en del av den lovfestede kompetansen i kommunene. Et forslag til endringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven for å ivareta nye kompetansekrav har nylig vært på høring.



Kvinner med psykiske plager og rusproblemer har høyere abortrisiko enn andre kvinner. I tillegg kan bruk av rusmidler under svangerskap gi kortsiktige og langsiktige helseproblemer hos barnet. Under behandlingen av Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)* ba Stortinget om at kvinner som mottar legemiddelassistert behandling skal få tilbud om gratis langtidsvirkende prevensjon.

6.2 Tilbudet til abortsøkende kvinner

Kvinner som søker abort, har rett til veiledning om videre prevensjon og forebygging av uønskede svangerskap, dersom de ønsker det. Tilbudet skal etter loven omfatte informasjon om støtteordninger til gravide som velger å fullføre svangerskapet.

Kvinner reagerer ulikt på det å gjennomgå et planlagt svangerskapsavbrudd. Kunnskapsoppsummeringer nasjonalt og internasjonalt viser at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd foretatt i første tredjedel av svangerskapet. Men i tilfeller hvor det foreligger psykiske plager eller andre sårbarhetsfaktorer før svangerskapet ser man at et uønsket svangerskap kan forsterke disse. Det er derfor viktig at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter et svangerskapsavbrudd, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys ettersamtaler, dersom kvinnen ønsker dette.

Tiltak

- Styrke helsesøster og jordmors rolle i prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon til kvinner
- Videreføre ordningen med subsidiert hormonell prevensjon til kvinner mellom 16 og 19 år





Seksuelt overførbare infeksjoner

De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene overvåkes gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer har vært økende de siste 10–15 årene.

Humant papillomavirus (HPV) er den vanligste seksuelt overførbare infeksjonen. Folkehelseinstituttet anslår at over 70 prosent av dem som er seksuelt aktive, vil få en HPV-infeksjon i løpet av livet. Vedvarende HPV-infeksjon kan føre til utvikling av kreft. Livmorhalskreft er den vanligste kreftformen som følge av HPV-infeksjon. Alle kvinner mellom 25 og 69 år anbefales å ta celleprøve hvert tredje år for å avdekke eventuelle celleforandringer på et tidlig stadium. Oppslutningen rundt denne masseundersøkelsen har vært fallende det siste tiåret, og lavest er oppslutningen blant kvinner med innvandrerbakgrunn. Gjennom målrettede kampanjer ser man at man kan nå kvinner som ikke tidligere har testet seg. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere om innkalling til en oppsatt time hos jordmor eller lege kan være et aktuelt virkemiddel for å øke oppslutningen.

#Sjekk deg-kampanjen på besøk i Groruddalen

26. september 2016 arrangerte Kreftforeningen i samarbeid med Akershus Universitetssykehus (Ahus) en egen sjekkdag for kvinner i Groruddalen. Leger fra sykehuset tilbød timer for celleprøver ved Grorud helsestasjon.

Tilbudet ble svært populært, og det ble satt opp ekstra timer for å møte etterspørsele. Mange av innvandrerkvinnene som møtte opp hadde aldri tatt celleprøve tidligere til tross for påminnelse fra Kreftregisteret.

Siden 2009 har 12-årige jenter fått tilbud om vaksine mot HPV-virus som del av barnevaksinasjonsprogrammet. I 2016 og 2017 gis det tilbud om innhentingsvaksinasjon for kvinner opp til 26 år som tidligere ikke har gjennomført HPV-vaksinasjonen. Dagens praksis hvor kun jenter vaksineres, gir ingen beskyttelse til menn som har sex med menn. Basert på innspill fra Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten vurderer nå Helse- og omsorgsdepartementet om også gutter skal tilbys HPV-vaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.

Forekomsten av **klamydia** økte kraftig i perioden 2000–2008 og har holdt seg stabilt høy de siste årene. I 2015 ble det registrert drøyt 25 000 tilfeller. Det er en tendens til at flere tester seg. Mens smittetallene er svakt stigende sammenliknet med 2014, er det en større andel av dem som tester seg, som tester negativt. Flere kvinner enn menn tester seg, og nær 60 prosent av tilfellene er påvist hos kvinner. Forekomsten er høyest i aldersgruppen 15–24 år. Forandringer etter klamydiainfeksjon hos kvinner kan gi vansker med å bli gravid.

Det har vært en betydelig økt forekomst av **gonoré** de siste fem årene. Økningen skyldes trolig en kombinasjon av mer effektiv diagnostikk sammen med en reell økning i forekomst av sykdommen. I 2015 ble det registrert 851 nye tilfeller av gonoré, og dette er det høyeste registrerte tallet på 25 år. Forekomsten øker både blant heteroseksuelt smittede og menn som har sex med menn. Spesielt sterk har økningen vært blant kvinner, med en tredobling av smittetallene på få år.

Antall tilfeller av **syfilis** gikk noe ned i 2015 sammenliknet med 2014, men ligger fortsatt vesentlig høyere enn for få år siden. Det ble påvist 172 nye tilfeller i 2015, 95 prosent av disse er menn. Smittetallene ligger stabilt høyt hos menn som har sex med menn, mens tallene har gått noe ned blant heteroseksuelt smittede kvinner og menn.

Nysmitte av **hiv** har vært gradvis fallende siden en smittetopp i 2008. I 2015 ble det diagnostisert 221 nye hivsmittede i Norge, det laveste antallet som er registrert på ti år. Halvparten av det totale smittetallet var innvandrere som var smittet før ankomst til Norge. Nedgangen i smittetall skjer i hovedsak blant menn som har sex med menn. Mens kvinner oftest blir smittet av en fast partner, blir flertallet av menn smittet av en tilfeldig partner.

I tillegg til de klassiske kjønnssykdommene kan også **hepatitt B og C** smitte ved seksuell kontakt. Kronisk hepatittinfeksjon kan føre til alvorlig leverskade. Seksuelt overført smitte av Hepatitt C ser ut til å være økende blant menn som har sex med menn, men fordi smittemåte ikke registreres i MSIS, har vi manglende kunnskap om i hvilket omfang. Helse- og omsorgsdepartementet la våren 2016 frem en nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser.

Høye smittetall for seksuelt overførbare infeksjoner er alvorlig og en tydelig indikasjon på at befolkningen i for liten grad beskytter seg mot seksuelt overførbare infeksjoner.

Mål

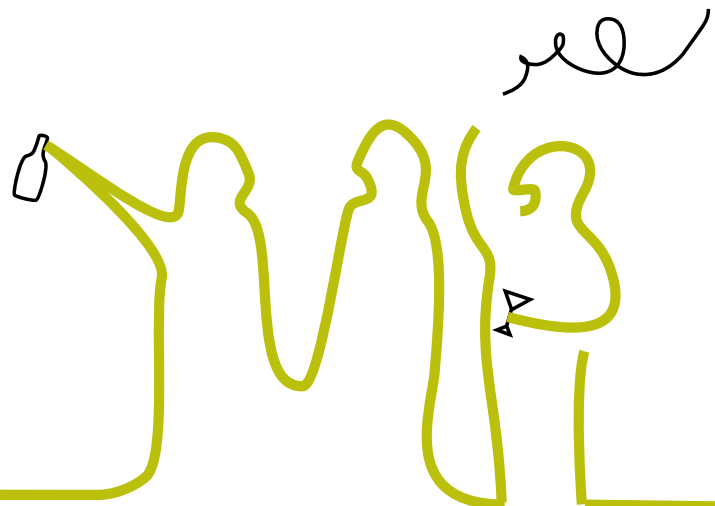
- Reduksjon i forekomst av alle seksuelt overførbare infeksjoner

7.1 Strategier for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner

I 2015 var aldersspredningen på nysmitte av gonoré blant menn fra 14 til 77 år, mens den eldste kvinnen med nyregistrert smitte var 69 år. Selv om smitteforekomsten er høyest blant unge menn som har sex med menn, viser tallene at også godt voksne mennesker av begge kjønn og på tvers av seksuell orientering opplever nysmitte. Dette synliggjør viktigheten av at informasjon og kunnskap om forebygging rettes mot alle aldersgrupper og kjønn, og at testtilbud for seksuelle infeksjoner er lett tilgjengelig for alle.

7.1.1 Økt kondombruk

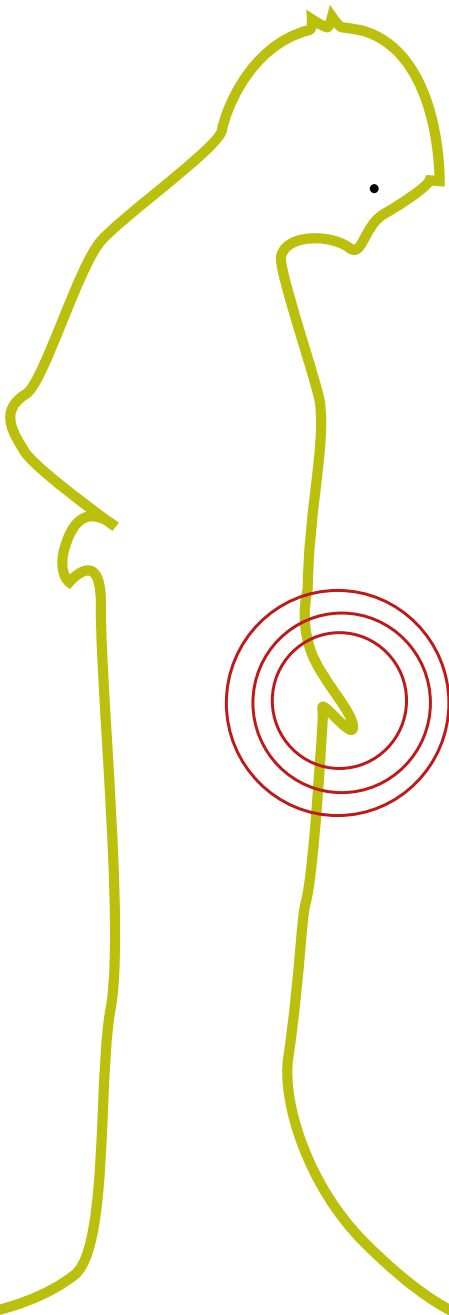
Kondombruk er tidligere kartlagt i nasjonale seksualvanestudier, sist gjennomført i 2002. Resultatene fra 2002 viste at kun 19 prosent anga å ha brukt kondom ved siste samleie med tilfeldig partner.



Tiltak for å øke kondombruken i alle befolkningsgrupper er fortsatt et viktig virkemiddel for å redusere nysmitte av alle seksuelt overførbare infeksjoner. Positive holdninger til kondombruk, lett tilgang til kondom og trening i riktig bruk er viktige forutsetninger for at kondomet tas frem i riktig øyeblikk. Seksualitetsundervisning og holdningsarbeid bør fokusere på positive opplevelser med kondombruk og inkludere trening i riktig bruk, samt kommunikasjons- og forhandlingsferdigheter om sikker sex.

7.1.2 Test og smitteoppsporing

Det er store geografiske forskjeller i utbredelse av enkelte av de seksuelt overførbare infeksjonene. Dette kan skyldes lokale utbrudd i mindre grupper



av befolkningen samtidig som kommuner som tilbyr gode testmuligheter og er flinke til å rapportere til MSIS, vil kunne ha høyere smittetall enn kommuner hvor det er vanskeligere å oppsøke test.

Menn som har sex med menn, er fortsatt overrepresentert i nysmitte av hiv, gonoré og syfilis, og noen undergrupper har særlig høy risiko for smitte. I enkelte miljøer er det en tett kobling mellom høyt forbruk av legale og illegale rusmidler kombinert med tilfeldig, ubeskyttet sex. Dette gir høy risiko for smitte av alle typer seksuelt overførbare infeksjoner.

Tidlig diagnose og rask oppfølging er viktige verktøy for å redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Når smitte oppdages, bør den smittede tilbys testing for øvrige seksuelt overførbare infeksjoner, hjelp til smitteoppsporing, samt veiledning for å forebygge videre smitte til partnere.

Anonyme testtilbud melder om økende pågang fra menn med innvandrerbakgrunn. Kulturelle fordommer, religiøse påbud, diskriminering og stigma særlig knyttet til hivdiagnosen kan være særlig begrensende. God og tilrettelagt informasjon om smitteveier og smitteforebygging og om muligheten for god medisinsk behandling og god livskvalitet til tross for påvist smitte vil være særlig viktig for å nå denne gruppen.

Personer som kjøper og selger sex, er utsatt for seksuelt overførbart smitte. For personer som selger sex, kan det være utfordringer knyttet til risiko for vold og overgrep, som igjen øker risiko for ubeskyttet sex og smitteoverføring.

Flere større kommuner tilbyr lavterskeltilbud for prevensjon og smitteveiledning, blant annet gjennom helsestasjon for ungdom og i samarbeid med likeperson-tjenester som tilbyr anonym testing og veiledning. Dette er viktige tiltak for å forebygge, kartlegge og behandle seksuelle infeksjoner. Fastleger, spesialister og andre helse- og omsorgspersonell bør utstyres med kunnskap for å møte gruppene med størst sårbarhet for seksuell uhelse.

Forekomst av infeksjoner og hvordan disse behandles varierer fra land til land. I tillegg kan mennesker på flukt være sårbare for overgrep og situasjoner som øker risiko for smitte. I veileder for helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente anbefaler Helsedirektoratet at kommunene innen tre måneder tilbyr en helseundersøkelse for å kartlegge helsetilstand og behov for fysisk og psykisk oppfølging. Ifølge veilederen bør tilbudet inkludere testing for hiv, hepatitt og syfilis.

7.1.3 Tidlig og riktig behandling

I løpet av få år er gonoré blitt en infeksjon det er vanskelig å behandle. De fleste gonoréinfeksjoner forårsakes nå av mikrober hvor antibiotika i tablettform ikke lenger virker. Den eneste effektive behandlingen er

injeksjoner med et bredspektret antibiotikum (ceftriaxon) som fortsatt er virksomt, men det er økende resistens også mot dette legemiddelet. Regjeringen har lagt fram en nasjonal strategi for å møte utfordringen med antibiotikaresistens.

En person på vellykket hivbehandling har ikke sporbare virus i blodet og utgjør i praksis ingen smittefare. Internasjonalt promoteres derfor «Treatment as prevention» som en viktig supplerende strategi for å forebygge hivsmitte. Ved å komme tidlig i gang med behandling ved nysmitte og mistanke om konkret smitte kan man sørge for helt minimal smittsomhet og effektivt redusere den totale smitterisikoen i befolkningen generelt, og i særlig utsatte grupper spesielt.

Fallende hivtall over flere år kan tyde på at man i Norge lykkes med behandling som forebyggingsstrategi for hiv. Samtidig er tilbakemelding fra brukerorganisasjonene som jobber med mennesker med hiv, at det fortsatt mangler kunnskap og oppmerksomhet om forebyggende behandling (posteksponeringsprofylakse, PEP) ved konkret mistanke om smitte. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at om lag 30 prosent av personer bosatt i Norge som får påvist hivinfeksjon, har relativt langtkommen hivinfeksjon på diagnosetidspunktet. I mange tilfeller er dette mennesker som på grunn av atferd eller seksualvaner har høyere risiko for hivsmitte og seksuelt overførbart smitte, men som av ulike grunner ikke tester seg. Tiltak for å nå denne gruppen vil være særlig viktig.

Preeksponeringsprofylakse (PrEP) innebærer at personer som ikke er smittet med hiv, får hivmedisin for å forebygge smitte av hivvirus. PrEP som metode er mest aktuelt for personer som har spesielt høy risiko for å bli smittet. Den aktuelle personen får en ekstra mulighet til å beskytte seg ved enten å ta en pille daglig eller ved å bruke PrEP før og etter seksuelle situasjoner hvor smitterisikoen er høy. Helsedirektoratet har i samarbeid med Folkehelseinstituttet, andre fagmiljøer og det sivile samfunnet, utredet spørsmålet om innføring av PrEP i Norge.

På bakgrunn av anbefalingen har Helse- og omsorgsdepartementet bestemt at det offentlige vil dekke legemiddelkostnadene til behandling med PrEP gjennom anvendelse av blåreseptforskriften §4 om forebyggende behandling. PrEP vil i hovedsak tilbys enkelte undergrupper blant menn som har sex med menn, som har spesielt høy risiko for å bli smittet med hiv.

Tiltak

- I samarbeid med bruker- og interesseorganisasjoner sikre god tilgjengelighet til kondomer generelt og på arenaer med høy smitterisiko spesielt
- I samarbeid med bruker- og interesseorganisasjoner gjennomføre kondomkampanjer målrettet mot befolkningsgrupper med særlig høy smitterisiko
- Sikre høy vaksinasjonsdekning av HPV-vaksinen gjennom det planlagte opphenningsprogrammet, samt gjennom å tilby vaksinen til grupper med høyt smittepress.
- Sikre tilgjengelighet til et mangfoldig testtilbud i samarbeid med frivillige aktører
- Sikre at offentlige tjenester og lavterskeltilbud tilbyr veiledning ved påvist positiv test, for eksempel ved bruk av motiverende intervju
- Vurdere et pilotprosjekt for hjemmetest for seksuelt overførbare infeksjoner, og mulighet for digital kontaktsporing og e-konsultasjoner ved positiv hjemmetest
- Innføre PrEP som et tiltak for å redusere nysmitte av hiv



Seksuell helse ved sykdom og funksjonshemming

Mange mennesker kan oppleve god livskvalitet til tross for kronisk sykdom eller funksjonshemming. Det er helse- og omsorgstjenestens ansvar å bidra til dette. Mens et velfungerende seksualliv bidrar til helse og trivsel, er seksuelle problemer en vanlig årsak til stress, redusert livsglede, nedsatt mestringsfølelse og eventuelt også samlivsbrudd hos kronisk syke. Det er derfor viktig å utvikle en god forståelse i helse- og omsorgstjenesten om koblingen mellom seksuell helse og helse generelt.

Til tross for den betydningen seksualiteten har for de fleste, er ofte seksualitet og seksuell helse temaer som forbigås ved sykdom eller behandling. Dette kan bunne i en tanke om at seksualitet ikke er det viktigste for pasienten akkurat nå, det vil si at seksuell helse blir ansett som et «luksusproblem» som nedprioriteres til fordel for annen informasjon og behandling. Tilbakemeldinger fra brukere viser imidlertid at mange pasienter ønsker at seksualitet skal tematiseres, men foretrekker at det er helsepersonellet som tar det opp.

Når et tema kan oppleves intimt og vanskelig å snakke om, er det desto viktigere at den profesjonelle har nødvendig kunnskap og tillit til egen rolle. I en undersøkelse blant ansatte ved Sykehuset Innlandet HF i 2014 oppgav 90 prosent av de som svarte, at de hadde manglende grunnlag for å snakke om sykdom og seksualitet fra sin grunnutdanning. For å imøtekomme behovet for kunnskap og kompetanse valgte sykehuset å arrangere fagdager for sine ansatte.

Seksuell dysfunksjon som potensproblemer eller endret lyst, orgasme- og ereksjonsproblemer eller smerter ved samleie kan virke belastende på samliv og livskvalitet. Det finnes ikke norske tall som kan si noe om omfanget av seksuell dysfunksjon på befolkningsnivå. En dansk undersøkelse viste at 11 prosent av respondentene hadde opplevd seksuell dysfunksjon de siste 12 månedene.

Seksuell dysfunksjon er en vanlig følgetilstand ved flere sykdommer og tilstander. Både fysiske og psykiske lidelser, og legemidler som brukes til å behandle dem, kan direkte eller indirekte føre til seksuell uhelse. Det samme gjelder levevaner som røyking, rusmisbruk og inaktivitet. Likevel er tilbakemeldingen fra bruker- og interesseorganisasjoner at dette sjelden tematiseres i oppfølgingen av pasienten. At vektreduksjon og fysisk aktivitet kan ha positiv effekt på lyst og seksuell funksjon, brukes sjelden som argument eller motivasjonsfaktor for livsstilsendringer. Selv om seksuell dysfunksjon kan oppleves like problematisk uavhengig av kjønn, er forekomst av seksuelle problemer bedre kartlagt blant menn enn blant kvinner.

Seksuell helse er en integrert del av menneskets helse og skal også ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemelding fra brukere og undersøkelser blant brukere og helsepersonell tyder på at det både mangler bevissthet og kunnskap om seksuell helse som helsefremmende ressurs. Dette er utfordringer som krever en felles innsats. Seksuell helse bør vektlegges i relevante profesjonsutdanninger som en del av en helhetlig helseforståelse, og inkluderes i faglige retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten. Tjenestene må sikre seg at de har personell med nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta alle pasientens helseproblemer, også problemer relatert til seksuell helse.

Sykehuset Innlandet HF – fagdager om seksuell helse og sykdom

Spørreundersøkelsen fra 2014 synliggjorde et behov for fagfordypning hos de ansatte. Dette førte til flere tiltak rettet mot både pasienter, pårørende og helsearbeidere:

- en temadag om seksualitet ved sykdom og funksjonshemning – hvor brukere og pårørende og helsepersonell ble invitert til å delta
- en fagdag om seksualitet og helse for helsearbeidere, med innlegg fra sexolog
- et tverrfaglig lærings og mestringskurs om seksualitet og kreft for pasienter og pårørende

Mål

- Sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten

8.1 Utømmelse, depresjon og endring i kroppsbildet

Sykdom kan gi symptomer som direkte eller indirekte påvirker lystfølelse, nytelse og seksuell aktivitet. Generell tretthet og utømmelse (fatigue) er et symptom som oppleves av mange pasientgrupper. Slik utømmelse er en svært vanlig senkomplikasjon ved kreft og kreftbehandling, et vanlig symptom blant MS-pasienter og mennesker med nevrologiske sykdommer og blant personer med ulike former for betennelsestilstander i kroppen. Tretthet og utømmelse kan påvirke både lyst og seksuell aktivitet fordi man rett og slett ikke finner overskudd til et seksuelt liv. Kombinasjoner av ulike symptomer, som for eksempel smerter, depresjon eller tretthet, kan også virke begrensende.

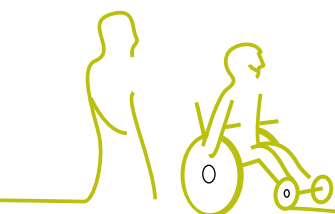
Endringer i kroppen og kroppsbildet kan også påvirke hvordan man forholder seg til egen seksualitet. Operasjoner som endrer utseendet fysisk, for eksempel ved å fjerne fysiske kjønnsmarkører som bryst, eller endrete kroppslige funksjoner, som ved utlagt tarm, kan gi endret selvbilde og selvtillit som også påvirker seksuell helse. En dansk undersøkelse blant pasienter som hadde fått utlagt tarm/urinveier, viste at 98 prosent oppga at informasjon om sexlivet burde være obligatorisk i samtalen med kirurgen før operasjonen, samtidig som bare 42 prosent oppga å ha hatt en slik samtale.

8.2 Bivirkninger av legemidler

Mange vanlige legemidler kan påvirke lyst, seksuell funksjon og gjennomføringsevne hos både menn og kvinner. For eksempel gjelder dette legemidler til behandling av depresjon og psykiske plager, kroniske smerter eller hjerte- og karlidelser. Likevel er dette bivirkninger som sjelden tematiseres når valg av behandling eller plager knyttet til legemiddelbruk diskuteres med pasientene.

Hos kvinner kan enkelte legemidler føre til redusert evne til seksuell opphisselse, inkludert redusert evne til å få orgasme og gi tørre slimhinner. Samme legemiddel kan gi ulike symptomer som til sammen forsterker hverandre. Det kan også være en vekselvirkning der sykdommen som behandles, gir redusert lyst eller tørre slimhinner, og hvor legemidler forsterker eller viderefører de samme seksuelle plagene.

Blant menn er ereksjonssvikt sammen med for sen eller for tidlig utløsning, vanlige symptomer. Ereksjonssvikt er i mange sammenhenger en blanding av sykdom og behandling. For eksempel kan sykdom i hjerte- og karsystemet føre til dårligere blodsirkulasjon som kan påvirke både lyst og evne til ereksjon. Medikamenter som brukes til å behandle de samme plagene, kan forsterke den seksuelle dysfunksjonen.



Det finnes flere legemidler på det norske markedet som kan brukes til å behandle erektil dysfunksjon. Disse legemidlene har i mange år vært unntatt fra folketrygdens stønadsordninger, og pasienten har selv måttet dekke alle utgifter. I oppfølgingen av Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014–2015)) er legemiddelforskriften endret, slik at også legemidler til behandling av ereksjonssvikt kan vurderes for refusjon på blå resept.

8.3 Endringer som følge av operasjon og behandling

Operasjoner for ulike sykdommer i tarm, buk og bekken samt kirurgi for kreft i tarm, urinveier og kjønnsorganer er blant operasjoner som direkte kan påvirke nervevev som er viktig for seksualfunksjon. Problemer med ereksjon og nedsatt følelse i nervevev i erogene soner er dessverre vanlige ved enkelte sykdommer.

Kreftforeningen gjorde i 2014 en brukerundersøkelse om mestring og rehabilitering blant mennesker som har gjennomgått kreftbehandling. Undersøkelsen viser tydelig at kreft også rammer seksuallivet. Mange rapporterer likevel at de ikke har fått informasjon om hvordan kreftbehandling eller senvirkning vil kunne påvirke seksualitet eller seksualliv. To tredjedeler rapporterte om seksuelle problemer i en eller annen form, og hele 23 prosent oppgav seksuelle problemer i stor grad. Undersøkelsen viste også store forskjeller i behov for seksualrådgivning og tilbud om dette blant ulike kreftgrupper. Mange oppgir å ha hatt behov for rådgivning uten å ha fått tilbud om dette (17 prosent). Færre har fått tilbud om informasjon de ikke hadde



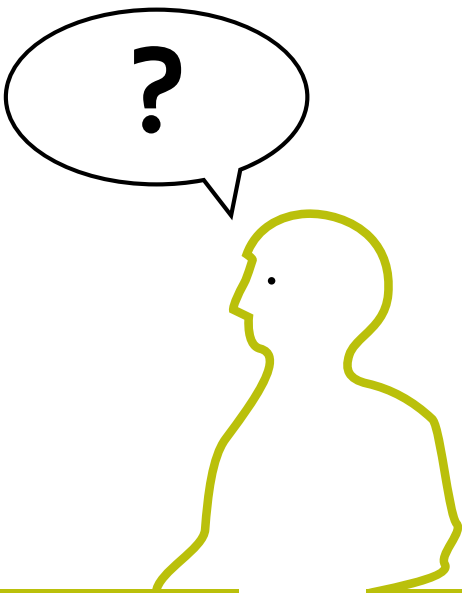
behov for eller ønsket (8 prosent). Flere menn enn kvinner etterspurte informasjon om seksuell funksjon. Det var til dels store forskjeller mellom grupper med ulike kreftdiagnoser. Undersøkelsen understøtter tilbakemeldinger fra flere pasientgrupper om at seksualitet og seksuell helse er et tema som, til tross for at det oppleves svært viktig for pasienten, er underkommunisert i behandling og rehabilitering.

Kunnskap om hvordan behandling eller inngrep kan påvirke seksualitet og seksuell helse er i noen tilfeller mangelfullt undersøkt i studier av konsekvenser av ulike inngrep og komplikasjonsbilde. Spørsmålene «hvilket inngrep gir minst blødning og smerter de første ukene etter inngrepet» og «hvilket inngrep gir minst inngripen eller endring av seksuell funksjon» kan ha to ulike svar. Det er behov for at seksuell helse tematiseres, både i tjenestene, i samtale og oppfølging av pasientene og når ulike behandlinger skal vurderes, evalueres og forskes på.

8.4 Seksuell helse ved funksjonshemning

Mens mange brukere opplever at seksualitet tematiseres i et mindre omfang enn det som etterspørres, opplever andre at de behandles som om de ikke har en seksualitet. Ungdom med funksjonshemninger har et like stort behov som andre ungdommer for å snakke om og få veiledning knyttet til temaer som følelser og tanker rundt kropp og seksualitet.

Unge med funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom kan ha behov for tilrettelagt informasjon og oppfølging i tillegg til ordinær seksualitetsundervisning.



Når en person med revmatisk sykdom eller medfødt eller ervervet ryggmargsskade ønsker å utforske sin seksualitet, kan det være behov for råd av praktisk art for at intim kontakt skal kunne være mulig. Å kjenne sin egen kropp, reaksjonsmønstre og behov for praktisk tilrettelegging vil være viktig for å tørre å innlede seksuelle relasjoner til andre mennesker. Å bli kjent med seg selv og utforske egen seksualitet er noe personen selv må gjøre, men å kunne diskutere intimitet og samliv fordomsfritt med en fagperson kan være god hjelp for å forstå og mestre. I noen tilfeller vil det også være behov for tilpasning av og opplæring i bruk av seksualtekniske hjelpemidler. I habiliterings- og rehabiliteringstjenesten vil det i mange tilfeller være behov for personell med sexologisk kompetanse som kan gi informasjon og veilede funksjonshemmede om valg av og bruk av seksuelle hjelpemidler.

[Unge funksjonshemmede](#) har flere pågående prosjekter som kan bidra til kunnskap rundt funksjonshemming og seksuell helse.

«*Sex som funker*» er et tre-årig prosjekt som vil innhente og formidle kunnskap om problemstillinger knyttet til seksuell helse for unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom. Prosjektet skal bidra til å bedre informasjonstilbudene og utvikle kompetansen hos tjenestetilbydere. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

Prosjektet «*Sex, samliv og funksjonshemming*» undersøker holdninger og tabuer knyttet til seksualitet og funksjonshemming. Prosjektet er finansiert av ExtraStiftelsen.

«*Ung, skeiv og funksjonshemma*» handler om hvordan det er å være skeiv og kronisk syk og/eller funksjonshemmet. Prosjektet undersøker hvordan ulike organisasjoner for sex og samliv, og somatisk sykdom jobber med tematikk om å være skeiv og funksjonshemma. Prosjektet er finansiert av ExtraStiftelsen.

Brosjyren [Seksualitet og ryggmargsbrokk](#), utgitt av NFSS, henvender seg til pasienter og pårørende og omhandler temaer som barndom, puberteten, identitet, erotikk og seksuell praksis.

8.5 Seksuell helse ved psykisk utviklingshemning

Psykisk utviklingshemmede er blant de grupper som i særlig grad opplever at deres seksualitet er tabubelagt. Dette er en uensartet gruppe med stor variasjon i funksjon og behov for bistand eller tilrettelegging. Selv om kognitive evner og funksjon kan utvikle seg annerledes enn hos annen ungdom, vil kroppen fortsatt gjennomgå pubertet og seksuell modning. Når mental alder og fysisk alder ikke samsvarer, kan det skape særskilte utfordringer som ikke alltid oppfattes eller ivaretas av omsorgspersoner og nettverk. Manglende forståelse av sosiale koder og grenser kan medføre at seksualiteten uttrykkes på måter som oppleves problematisk, og kan utløse sosiale sanksjoner. I tillegg viser forskning og erfaringsbasert kunnskap at mennesker med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for seksuelle overgrep og vold enn resten av befolkningen.

Informasjon og seksualitetsundervisning som er tilpasset målgruppens kognitive funksjon og informasjonsbehov, vil være vesentlig for å ivareta autonomi, selvforståelse og forståelse av egne og andres grenser. Kunnskap om brukerens seksualitet, behov for privatliv og forebygging av trakassering og overgrep vil være sentrale temaer for dem som er nære omsorgspersoner og skal ivareta brukeren i det daglige. Habiliteringstjenestene i Nettverk: Funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS) har flere eksempler på tilrettelagt undervisningsmaterieell som kan fungere som ressurser for foreldre og lærere på sine nettsider.

Kognitiv alder og funksjonsnivå kan skape særskilte utfordringer knyttet til seksuell helse og seksuell aktivitet. Valg av riktig type prevensjonsmetode og hvordan individet involveres i beslutninger om egen seksuelle helse, er blant problemstillingene som både stiller krav til kompetanse, rutiner og tematisering av seksualitet i møtet med helse- og omsorgstjenestene.

8.6 Seksuell helse når partneren er syk

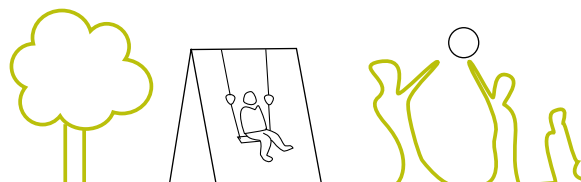
Når sykdom påvirker seksualitet og seksuell helse, vil det også påvirke den sykes partner. Seksuelt samliv handler om mer enn seksuell funksjon eller dysfunksjon og samleie. Råd og veiledning for å ivareta nærhet og intimitet når de fysiske forutsetningene er endret, vil være viktig for å ivareta parforholdet, og det bør legges opp til at også partner kan få råd og oppfølging. Særlig utfordrende kan dette være når endringen omfatter kognitive funksjoner.

Mange pårørende til personer som utvikler demens, gir uttrykk for at de opplever situasjonen som en stor belastning, både på grunn av symptomene som kan være vanskelige å takle, men også fordi man kan oppleve å miste sine kjære mens de ennå lever. Demens påvirker kognitive funksjoner, og kan påvirke impuls kontrollen. Det kan være utfordrende for partner og

pårørende hvis den som har demens, har en upassende seksuell atferd, men også for helse- og omsorgspersonell og andre beboere på institusjonen. Det er viktig at både ansatte og pårørende har kunnskap og kompetanse om demens og hvordan demenssykdommer kan påvirke sosial atferd og virke inn på samlivet mellom mennesker.

Tiltak

- Synliggjøre behovet for å tematisere seksuell helse i oppfølgingen av brukere, pasienter og pårørende i helse- og omsorgstjenestene
- Inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten
- Stimulere til fagnettverk/faggrupper for seksuell helse på tvers av tjenestnivåer etter modell av Nettverk: Funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS)
- Sikre at relevant helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse via grunnutdanningen





Seksuell helse etter overgrep eller andre krenkelser

Frihet til å elske den du vil, til å bestemme over egen kropp og frihet til å ta selvstendige valg er sentrale menneskerettigheter og verdier i vårt samfunn. Dessverre opplever mennesker å bli utsatt for overgrep og skader som kan gi vansker med seksuell funksjon og opplevelse av egen identitet og integritet. Vold og overgrep har like store konsekvenser for folkehelsen som tobakk og skadelig rusmiddelbruk, og prioriteres derfor høyt.

Krenkelser av menneskerettigheter og seksuelle rettigheter kan også komme i andre former enn rene voldssituasjoner. Innsatsen fra myndigheter og frivillige organisasjoner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse over flere år har gitt resultater. Unge som trenger hjelp, kontakter hjelpeapparatet i større grad enn tidligere, og innsatsen har ført til økt bevissthet om fenomenene og til økt kunnskap i hjelpeapparatet. Medienes søkelys på jomfruhinner og enkeltlegers tilbud om jomfrusjekk har tydeliggjort at norske barn, ungdommer og unge voksne likevel fortsatt kan oppleve sosial kontroll og begrensninger av sin frihet til selv å velge om og når man ønsker å inngå i seksuelle relasjoner. Når en jente føler seg presset til å gjennomføre undersøkelser for å bekrefte at hun fortsatt er jomfru, innebærer dette en alvorlig begrensning av unges frihet og en uakseptabel form for sosial kontroll. En praksis hvor leger eller annet helsepersonell foretar underlivsundersøkelser i den hensikt å undersøke om den det gjelder er seksuelt aktiv, er uakseptabelt og i strid med helsepersonellovens krav til faglig forsvarlige tjenester.

9.1 Reetablering av seksuell helse etter seksuelle overgrep

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført en undersøkelse av forekomsten av vold og seksuelle overgrep

i Norge. 9,4 prosent av kvinnene og 1,1 prosent av mennene oppgav å ha vært utsatt for voldtekt i løpet av livet. Halvparten av kvinnene oppgav at voldtekten hadde skjedd før fylte 18 år. Kun én av ti kvinner hadde oppsøkt medisinsk behandling den første tiden etter voldtekten. 10,2 prosent av kvinnene og 3,5 prosent av mennene fortalte om seksuell kontakt med noen som er fem år eldre enn dem, før de fylte 13 år. En egen rapport om vold og voldtekt i oppveksten viser at voldsutsatte barn ofte opplever flere typer overgrep. Jenter og kvinner er mer utsatt for seksuelle overgrep enn menn.

Kunnskap og holdninger knyttet til autonomi, kropp, grenser og samtykke er viktige faktorer for å forebygge overgrepssituasjoner. Gjennom tidlig avdekking og oppfølging av den som har vært utsatt for overgrep og den som har begått overgrep, vil ytterligere overgrep kunne forebygges.

Når de seksuelle grensene har vært krenket, kan mange oppleve vansker med nærhet, intimitet og seksualitet. Bruker- og interesseorganisasjoner i feltet etterlyser reetablering av seksualitet som del av oppfølgingen som tilbys. I tillegg til å dekke behov for psykososial oppfølging og eventuell traumebehandling, er det et ønske om sexologisk rådgivning når den utsatte selv er klar for det.

NKVTS har nylig gjennomført en kartlegging av behandlingstilbudet til barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, inkludert tvangsekteskap, æresrelatert vold og kjønnslemlestelse, barn og unge som utøver vold, barn og unge som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd. Kartleggingen viser at det finnes behandlingstilbud til alle målgruppene i undersøkelsen, men at andelen spesialiserte tilbud er lav.

Kommunen er ansvarlig for helsetjenestetilbud til personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, for eksempel via legevaktjenesten. De regionale helseforetakene har fra 2016 ansvar for helsetjenestetilbud til personer som har vært utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep, og for tilbud til voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep. I tillegg er Statens barnehus opprettet for å gi et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse. Tilbudet omfatter også voksne med psykisk utviklingshemning.

Regjeringen fremmet i oktober 2016 en opptrappingsplan mot vold og overgrep. Vold og overgrep dekker både fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Planen gir en oversikt over hovedutfordringene på dette feltet og forslag til kortsiktige og langsiktige strategier for å møte dem. Planen omhandler blant annet innsatser for å bedre tilbudet både til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og voldsutøvere og overgripere.

9.2 Seksuell funksjon etter kjønnslemlestelse

Kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer inngrep på jenters eller kvinners kjønnsorganer, som foretas av andre årsaker enn rent medisinske. Kjønnslemlestelse er ulovlig i Norge.

Det finnes ikke nøyaktige tall for hvor mange kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse i Norge, og det føres ikke statistikk over påviste tilfeller. En beregning basert på kulturell bakgrunn og alder ved migrasjon gjort av NKVTS, viser at mer enn 17 000 kvinner innvandret til Norge kan ha vært utsatt for kjønnslemlestelse før migrasjon.

Kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, vil kunne oppleve seksuelle problemer av ulik art, fra smerter ved samleie til cyster, infeksjoner, skader på tarm og urinrør og ufrivillig barnløshet. Kjønnslemlestelse medfører også økt risiko for komplikasjoner under fødsel. Gravide skal henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering og planlegging av fødsel.

Kjønnslemlestelse er en praksis som har sterke sosiale og kulturelle røtter. Samarbeid med likepersonorganisasjoner og andre brobyggere kan være nyttig for å senke terskelen for å oppsøke helsehjelp og psykososial eller sexologisk rådgivning knyttet til skader i underlivet som følge av kjønnslemlestelse. Dersom kvinnen ønsker det, bør det tilbys kirurgisk hjelp for å rette opp skader og rekonstruere så langt mulig.

Barn født i Norge av foreldre fra land hvor kjønnslemlestelse er vanlig, er i risikogruppen for å bli kjønnslemlestet. Tilrettelagt informasjon og veiledning av kvinner som er kjønnslemlestet for å forebygge at deres døtre gjennomgår samme type inngrep er derfor også viktig. Helsedirektoratet har laget en egen veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten om samtaler med foreldre og barn fra land og regioner med høy forekomst, for å forebygge kjønnslemlestelse. I tillegg finnes det informasjonsmateriell på flere språk.

Nåværende handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger i unges frihet blir erstattet tidlig i 2017 med en ny fireårig handlingsplan på området. Denne vil også omhandle tiltak mot kjønnslemlestelse.

Tiltak:

- Ny opptrappingsplan mot vold og overgrep i nære relasjoner
- Ny handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet



Kunnskapsgrunnlag og helsedata om seksuell helse

Gode nasjonale overvåkingsdata er avgjørende for å skaffe oversikt over trender og utviklingstrekk lokalt, regionalt og nasjonalt. Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for å sikre at virkemidler og tiltak er målrettede, og en forutsetning for evaluering av tiltakenes effekt.

Kunnskapsutvikling og oversikt over helsetilstanden lokalt kan gjøre det enklere for kommuner å jobbe målrettet helsefremmende for seksuell helse, og for det offentlige å bygge strukturer som fremmer seksuell helse. Lov om folkehelsearbeid gir kommuner og fylkeskommuner plikt til å ha oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker befolkningens helsetilstand. Folkehelseprofilene og kommunehelse statistikkbank er utviklet for å hjelpe kommunene til å identifisere de lokale folkehelseutfordringene og er et nyttig verktøy når kommunene skal planlegge sine lokale tjenester. Per 2016 inngår ikke data knyttet til seksuell helse i statistikkbanken eller i profilene, dels fordi det er utfordringer knyttet til anonymisering av data i små befolkninger. Folkehelseinstituttet arbeider med å videreutvikle statistikkbanken og profilene for å imøtekomme kommunenes behov for slike helsedata.

Ungdata-undersøkelsen gjennomføres årlig blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring, i regi av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Målet med undersøkelsen er å få kunnskap og oversikt over levevaner og helsetilstanden til ungdommer lokalt og nasjonalt. Per 2016 inngår indikatorer på seksuell helse i en tilleggsmodul som er valgfri for de ulike kommunene å gjennomføre. Kommunene kan velge å samle inn slike data for sin befolkning, men dette gjøres per i dag ikke systematisk nok til at man kan oppsummere data for hele den norske ungdomsbefolkningen. Å få kunnskap om ungdommers egen kunnskap og erfaringer om seksualitet er nødvendig for å utvikle gode tiltak, men også

for å måle utviklingen på feltet. Ungdatas grunnmodul har blitt gjennomgått i 2016, og seksuell helse vil bli innarbeidet som en del av Ungdatas grunnmodul for ungdom i videregående skole.

I dag oppsummerer Folkehelseinstituttet data om smittetall for ulike seksuelle infeksjoner og abortstatistikk i ulike rapporter. Folkehelseinstituttet må i samarbeid med Helsedirektoratet vurdere behovet for en eventuell sammenstilling av disse rapportene i en felles årlig rapport for seksuell helse.

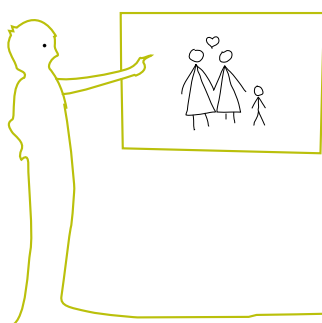
Folkehelseinstituttet har gjennomført en evaluering av hivovervåkingssystemet i Norge og anbefaler at det innføres personidentifiserbar meldingsplikt for hivinfeksjon til MSIS. Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om meldingsplikten for seksuelt overførbare sykdommer skal endres. Det skjer i forbindelse med gjennomgangen av forskriftene knyttet til ny helseregisterlov av 1. januar 2015.

Mål

- Sikre gode data og nødvendig kunnskapsgrunnlag for en målrettet innsats for god seksuell helse i befolkningen

Tiltak

- Inkludere indikatorer på seksuell helse i folkehelseprofilene på en måte som ivaretar kommunens behov for data og individets behov for anonymitet
- I samråd med NOVA inkludere seksuell helse i UngDatas grunnmodul
- Vurdere en eventuell nominativ meldeplikt for hiv, syfilis og gonoré ved en gjennomgang av MSIS/nasjonale helseregistre





Internasjonalt arbeid for seksuell helse

Arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter er et underprioritert område internasjonalt. Temaet er svært politisert og i stor grad forbundet med stigma.

11.1 Europa

WHO Europa fremmer en ny handlingsplan for seksuell og reproduktiv helse for perioden 2017–2021. Dette strategiutkastet harmonerer i stor grad med skissen til WHO Europas handlingsplan, hvor ressurs-, livsløps- og rettighetsperspektivet er sentralt.

Folkehelsearbeidet i Europakommisjonens generaldirektorat for helse og matsikkerhet er relevant for det norske arbeidet for å fremme seksuell helse, både i Norge og i regionen.

11.2 Globalt

Verden har det siste tiåret sett betydelige framskritt når det gjelder seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, til tross for at temaet er svært politisert i FN. Færre kvinner dør i barsel, færre nyfødte dør eller fødes med hivsmitte, flere bruker prevensjonsmidler, færre smittes av hiv og dør av aids, omfanget av kjønnslemlestelse av jenter går ned i flere afrikanske land, og flere får tilgang til trygge aborter.

Aidsrelaterte sykdommer er den vanligste dødsårsaken blant tenåringer i afrikanske land sør for Sahara. 290 000 kvinner dør fortsatt hvert år av

komplikasjoner knyttet til graviditet og fødsel, og mer enn 200 millioner jenter og kvinner mangler tilgang til sikre prevensjonsmidler. Afrika opplever en sterk befolkningsvekst, noe som fører til økt press på sosial sektor, press i arbeidsmarkedet og økt migrasjon. Kjønnsbasert og seksualisert vold er fortsatt utbredt, lhbti-personer og personer som selger sex utsettes for vold, diskriminering og rettsforfølgelse, og tilgang til seksualitetsundervisning er mangelfull.

11.2.1 Utdanning for helse

Utdanning og helse er to bærebjelker for trygge og gode liv. Jenter og kvinner med utdanning utover ungdomsskolen blir gravide i høyere alder, bruker oftere helsetjenester og føder på institusjon. De bruker også i høyere grad prevensjonsmidler.

Arbeid for å sikre alle rett til skolegang og tilgang til grunnleggende helse-tjenester er viktige tiltak for å bygge bærekraftige samfunn. Arbeid for å fremme seksuell og reprodutiv helse og selvbestemmelse over egen kropp er vesentlig for å nå en rekke av FNs bærekraftsmål, inkludert målet om å fremme likestilling mellom kjønnene. I det internasjonale arbeidet er reprodutiv helse og rettigheter en integrert del av strategien for å fremme seksuell helse. Det er også viktig for å oppnå fattigdomsreduksjon og redusere befolkningsveksten på verdensbasis. Det innebærer informasjon, seksualitetsundervisning og kunnskap, forebygging, tilgang til testing og behandling av infeksjoner og andre sykdommer knyttet til seksualitet. Det omfatter også arbeid for økt tilgang til ulike prevensjonsmetoder og tilgang til trygg abort og god fødselsomsorg.

11.2.2 Hiv

Det er anslått at 36,7 millioner mennesker lever med hiv (juni 2016). Det er fortsatt betydelige utfordringer knyttet til å få epidemien under kontroll. Det er nå 17 millioner hivsmittede som har tilgang til hivbehandling, men med nye retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon, burde 22 millioner flere ha slik tilgang. Forebygging og behandling av hiv har gitt positive resultater. Globalt har antall nysmittede gått ned fra drøyt tre millioner ved årtusenskiftet, til rundt 2,1 millioner årlig. Omkring halvparten av nysmittede bor i Sør- og Øst-Afrika. Samtidig øker antallet smittetilfeller i Øst-Europa og Sentral-Asia, særlig blant unge. I afrikanske land sør for Sahara er hiv den vanligste dødsårsaken blant ungdom i alderen 10–19 år. Unge kvinner og jenter er spesielt utsatt for hivsmitte. I 2015 var det anslått at 1,2 millioner mennesker døde av hivrelaterte årsaker. Dette gjelder i hovedsak fattige mennesker eller mennesker i en særlig utsatt posisjon som har dårligere tilgang på tjenester og legemidler av tilfredsstillende kvalitet, enn folk ellers i verden. Verden står ved et veiskille når det gjelder hiv. Det er mulig, via målrettet og strategisk innsats, å redusere hiv- og aidsproblemene til et nivå hvor det ikke lenger er noen epidemi, eller stor helsetrussel. Dette fordrer at den globale innsatsen økes og målrettes i de kommende årene.

11.2.3 Seksuelle rettigheter

Norge arbeider for internasjonal aksept for seksuelle rettigheter med retten til fritt og selvstendig å velge sin partner som et sentralt element. Det innebærer også at man skal ha rett til å velge partner i henhold til egen seksuell orientering, uten å bli utsatt for diskriminering eller kriminalisering. Diskriminering på grunnlag av seksuell orientering og kjønnsidentitet er utbredt i mange regioner, og de fleste landene som kriminaliserer seksuell kontakt mellom personer av samme kjønn, ligger i Afrika, Midtøsten og Øst-Europa. Mange i denne gruppen lever under trussel av og blir utsatt for, vold, trakassering, utestengelse og diskriminering. Flere land har vedtatt eller styrket eksisterende lover som gjør homoseksualitet straffbart. Samtidig har enkelte land valgt å avkriminalisere likekjønnet seksualitet, slik at bildet er sammensatt. Norge har vært i front internasjonalt for å forsvare og styrke lhbt-personers rett til likebehandling.

11.2.4 Kjønnsløstelse

På verdensbasis har 130–140 millioner jenter og kvinner blitt utsatt for kjønnsløstelse. Omtrent tre millioner jenter kjønnsløstes hvert år. I mange land er det en nedgang i andel jenter og kvinner som er utsatt for kjønnsløstelse, men det er liten nedgang i land hvor kjønnsløstelse er utbredt. Langsiktig arbeid med fokus på endring innenfra i lokalsamfunnene, har vist seg å gi resultater. Til tross for nedgang i andelen som utsettes for kjønnsløstelse i de fleste landene der praksisen er utbredt, har befolkningsveksten medført en økning i antall personer som blir utsatt for kjønnsløstelse. Antall jenter og kvinner som trenger oppfølging gjennom helsetjenesten som følge av kjønnsløstelse, holder seg derfor stabilt.

11.2.5 Udekket prevensjonsbehov, dødelighet relatert til fødsel og utrygg abort

Kvinnens rett til å ta kontroll over sin seksuelle og reproduktive helse er fortsatt forbundet med store utfordringer i mange land. Seksuell og reproduktiv helse er fortsatt en av de fremste indikatorene på sosial og økonomisk ulikhet. Én av tre jenter i utviklingsland blir gift før de fyller 18 år. Mer enn 200 millioner jenter og kvinner i utviklingsland har et udekket prevensjonsbehov og mangler dermed kontroll over sin egen fertilitet. Fattige kvinner har flere skader i forbindelse med utrygge aborter og hyppige fødsler, og 21 millioner kvinner får ikke hjelp med fødselskomplikasjoner.

Globalt anslås det at utrygg abort står for mellom 8–18 prosent av svangerskapsrelaterte dødsfall. Hvert år dør rundt 47 000 kvinner av abortkomplikasjoner. Det er store regionale forskjeller. Særlig land i Afrika sør for Sahara har høye tall, med antatt store mørketall. Men det er gjort fremskritt i arbeidet med å fremme tilgangen på abort de siste årene. Flere land har liberalisert abortlovgivningen, og noen har innført lovfestet rett til

abort. Som følge av tilgang til abortpiller har medisinsk abort økt i mange land, og opplæring av helsepersonell for å utføre trygge aborter og behandle abortkomplikasjoner har også økt. Bistandsinvesteringer er en viktig årsak til disse framskrittene. Det er imidlertid store sosiale forskjeller innad i land når det gjelder tilgang på trygg abort, og det er fortsatt mange som dør eller får alvorlige og varige komplikasjoner som følge av farlige aborter. Det er fattige jenter og kvinner i fattige land som er mest utsatt for komplikasjoner og dødsfall i forbindelse med farlige aborter.

Mål for Norges arbeid for seksuell helse og rettigheter i internasjonalt samarbeid

- Videreføre et sterkt engasjement for å bekjempe dødelighet og styrke helse-tilbudene og reproduktive rettigheter for kvinner og jenter, herunder tenåringsjenter
- Styrke den internasjonale innsatsen mot kjønnslemlestelse av jenter
- Fortsette arbeidet mot barne- og tvangsekteskap gjennom multilaterale og bilaterale kanaler
- Arbeide for internasjonal aksept for seksuelle rettigheter og rett til abort
- Videreføre Norges mangeårige innsats for å fremme seksuell helse og bekjempe hiv gjennom ulike multilaterale og bilaterale kanaler
- Videreføre Norges aktive pådriverarbeid innen global utdanning og global helse og vektlegge viktigheten av å koble utdanning og helse for oppnåelse av bærekraftsmålene



Referanser

Bakken, A., Frøyland, L.R. og Sletten, M.Aa. (2016). [Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?](#) Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Rapport 3/16

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). [En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom](#) (2014-2017) Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). [Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet \(2013-2016\)](#). Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Barne- og likestillingsdepartementet (2016). [Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunnlag av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk \(2017-2020\)](#) Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

Bendixen, M., Ottesen Kennair, L.E. og Grøntvedt, T.V. (2016). *En oppdatert kunnskapsstatus om seksuell trakassering blant elever i ungdomsskolen og videregående opplæring*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Berg, R.C. (2015). True user involvement by people living with HIV is possible:- Description of a userdriven HIV clinic in Norway. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(6): 732-742.

Dahl, E., Bergsli, H. og van der Wel, K. (2014). [Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt](#). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Departementene (2009). [Aksept og mestring – Nasjonal hivstrategi \(2009-2014\)](#). www.regjeringen.no.

Departementene (2015). [Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens \(2015-2020\)](#). www.regjeringen.no.

Departementene (2016). [#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse \(2016-2021\)](#). www.regjeringen.no.

Folkehelseinstituttet (2016). [Gonoré og syfilis i Norge 2015](#). www.fhi.no.

Folkehelseinstituttet (2016). [Hivsiutasjonen i Norge per 31. desember 2015](#). www.fhi.no.

Folkehelseinstituttet (2016). [Rapport om svangerskapsavbrot for 2015](http://www.fhi.no). www.fhi.no.

Graugaard, C. (2006). *Krop, sygdom og seksualitet*. København: Hans Reitzel forlag.

Grønningssæter, A.B., Mandal, R., Nuland, B.R. og Haug, H. (2009). [Fra holdninger til levekår. Liv med hiv i Norge i 2009](#). Faforrapport 2009:13. Oslo: Fafo.

Helsedirektoratet (2010). [Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse](http://www.helsedirektoratet.no). www.helsedirektoratet.no.

Holt, T., Nilsen, L.G., Moen, L.H. og Askeland, I.R. (2016). [Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonal kartleggingsundersøkelse](#). Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress.

Justad-Berg, R.T., Eskild, A. og Strøm-Roum, E.M. (2015). Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(11): 1175–1180.

Kreftforeningen (2013). [Rehabilitering og mestring blant kreftrammede](#). Oslo: Kreftforeningen.

Lazdane, G. og Avery, L. (2015). SRH and rights, well-being and equity for all. [Entre Nous - The European Magazine for Sexual and Reproductive Health](#), 2015, 83. utg.

Meld. St. 28 (2015–2016). [Fag – fordypning – forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet](#). Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Meld. St. 19 (2015–2016). [Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen](#). Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Sex og samfunn (2016). *E-metodebok for seksuell helse*. www.sexogsamfunn.no

World Health Organization (2006). *Sexual and reproductive health – working definition of sexual rights*.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 222 40 000

Publikasjonskode: I-1175 B
Illustrasjoner: Kord AS
Design og ombrekking: Kord AS
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
11/2016 – opplag 200