

Bergen kommune

Plan for bedre seksuell helse  
2011-2014

- Forebygging av klamydia, uønskete svangerskap og abort blant unge i Bergen

## Innholdsfortegnelse:

1	Bakgrunn for plan.....	3
2	Sammendrag av plan .....	3
3	Planer og andre styringsdokumenter.....	4
	3.1 Lovgrunnlag .....	4
	3.2 Kommunale planer .....	4
	3.3 Byråd- og Bystyresaker.....	4
	3.4 Styringskort .....	4
	3.5 Nasjonale planer og veiledere.....	4
4	Status.....	5
	4.1 Helsestasjon og skolehelsetjeneste.....	5
	4.1.1 utfordringer.....	6
	4.2 Skole.....	7
	4.2.1 utfordringer.....	7
	4.3 Fastleger.....	8
	4.3.1 utfordringer.....	8
	4.4 Spesialisthelsetjenesten.....	8
	4.5 Andre aktører.....	8
5	Faglig grunnlag.....	9
	5.1 Abort.....	9
	5.1.1 Prevensjon.....	10
	5.1.2 utfordringer.....	11
	5.2 Klamydia.....	11
	5.2.1 Modell for forebygging av klamydia.....	12
	5.2.2 Kondombruk.....	13
	5.2.3 Varighet av smittsom periode.....	14
	5.2.4 Lett tilgjengelig testing.....	14
	5.2.5 Smitteoppsporing.....	15
	5.2.6 Partnerrate.....	15
	5.2.7 utfordringer.....	15
	5.3 Arenaer.....	16
	5.3.1 Helsestasjon og skolehelsetjenesten.....	16
	5.3.2 Skole.....	16
	5.3.3 Fastlege.....	18
	5.3.4 utfordringer.....	18
6	Tiltak .....	19
7	Administrative og økonomiske konsekvenser.....	24
8	Vedlegg.....	25
9	Kilder.....	28

## **1 Bakgrunn for plan**

I Bergen ble det i 2009 registrert 1207 tilfeller av genital klamydia. Dette tilsvarer en økning på ca 3,8 % fra 2008. På landsbasis har antall diagnostiserte tilfeller steget hvert år fra 1999-2008, men fra 2008 til 2009 har det vært en svak nedgang. I 2009 ble det diagnostisert i overkant av 22 700 tilfeller av genital klamydia i Norge.<sup>1</sup>

I Norge har kvinner i alderen 20-24 år den høyeste abortforekomsten av alle aldersgrupper. Fra 2001-2008 har det vært en økning i abortraten fra 26,3-30,6 per 1000 kvinner i alderstrinnet 20-24 år. Aldersgruppen 20-24 år har i 2008 hatt den høyeste aborthyppigheten sett over en 20-årsperiode.<sup>2</sup> I Hordaland ble det utført 26 svangerskapsavbrudd pr 1000 kvinner i aldersgruppen 20-24 år.<sup>3</sup>

Abortraten har gått ned i aldersgruppen 15-19 år, fra 20,1 pr 1000 kvinner i 1990 til 15,4 i 2005- som var den laveste abortrate blant tenåringer i Norge noensinne. Fra 2006 har abortraten blant tenåringer i Norge økt. I 2008 lå den på 18 pr 1000.<sup>4</sup> I Hordaland ble det utført 17,3 avbrudd per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-19 år.<sup>5</sup>

Byrådet ønsker å redusere antall nye tilfeller av genital klamydia og antall provoserte svangerskapsavbrudd. På bakgrunn av dette ble Helsevernetaten gitt i oppdrag å utarbeide en plan for å redusere forekomst av antall nysmittede med genital klamydia, samt abortraten i aldersgruppen 15-19 og 20-24 år.

Nasjonale mål for seksuell helse er gitt i følgende handlingsplan fra Helsedirektoratet: Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015- strategier for seksuell helse. I plan for bedre seksuell helse vil Helsedirektoratets handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort bli referert til som Handlingsplanen.

Perspektivet for plan for bedre seksuell helse er fra 2011 og frem til 2014. I arbeidet med planen har Helsevernetaten søkt samarbeid med flere instanser. For en oversikt over medlemmene i arbeidsgruppen, se vedlegg 1.

## **2 Sammendrag av plan:**

Byrådet ønsker å redusere antall nye tilfeller av klamydia og antall provoserte svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 15-24 år.

Denne aldersgruppen møter flere helsetjenester og andre instanser i søken etter informasjon, veiledning og oppfølging i forhold til deres seksuelle helse. I plan for bedre seksuell helse gjennomgås status på sentrale aktører på feltet og utfordringer som finnes innen disse tjenestene.

Innen feltet seksuell helse eksisterer det feiloppfatninger vedrørende blant annet seksualundervisning, prevensjon og abort. På bakgrunn av dette prioriteres det i planen å trekke frem studier som kan belyse kunnskapen på områder innen seksuell helse.

Basert på utfordringer som finnes innen tjenestene, er det satt opp et bredt forslag med tiltak. Det er blant annet et ønske om å styrke helsetilbudet til unge mellom 15-24 år, styrke seksualundervisningen og øke samarbeidet med frivillige organisasjoner.

### **3 Planer og andre styringsdokumenter**

#### **3.1 Lovgrunnlag**

Lov om svangerskapsavbrudd, av 13.juni 1975

Forskrift om svangerskapsavbrudd, av 15.juni 2001

Lov om vern mot smittsomme sykdommer, av 5. august 1994

Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, av 1.januar 1995

Lov om helsetjenesten i kommunene, av 19. november 1982.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten av 3.april 2003

Forskrift om fastlegeordning i kommunen, av 14.april 2000

Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa, av 17.juli 1998

#### **3.2 Kommunale planer**

Budsjett 2011 og økonomiplan 2011-214

Handlingsplan for integrering og mangfold 2007-2010

Handlingsplan mot diskriminering av homofile, lesbiske og bifile 2008-2011

Plan for psykisk helsearbeid i Bergen kommune 2007-2010

#### **3.3 Byråd - og Bystyresaker**

Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen (Bystyresak 72/09)

Melding om skolehelsetjenesten (Bystyresak 71/06)

Helsestasjon for ungdom i Bergen - status og videreutvikling av tilbudet (saksnr. 200003083/15)

#### **3.4 Styringskort**

Styringskort for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 2011

#### **3.5 Nasjonale planer og veiledere**

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse. Helsedirektoratet 2010.

Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet: Veileder til forskrift av 3. april 2003

## 4 Status

### 4.1 Helsestasjon- og skolehelsetjeneste

Helsestasjon for ungdom er et lavterskeltilbud til ungdom mellom 13 og 20 år. Tjenesten er gratis, nær sine brukere og har i sitt regelverk oppgaver som dekker flere områder innen seksuell helse.

Det er bygget ut 7 helsestasjoner for ungdom i Bergen kommune. En helsestasjon for ungdom er lokalisert på Engen helsestasjon som et samarbeid mellom Bergenhus og Årstad bydel. Fra 2006 har tilbudet blitt utvidet til også å gjelde studenter. Samarbeid med Studentsamskipnaden i Bergen og prosjektmidler fra Sosial og helsedirektoratet har gjort denne utvidelsen mulig.

Videre er det en helsestasjon for ungdom i hver av bydelene Fana, Fyllingsdalen, Laksevåg, Åsane, Ytrebygda og Arna. De fleste helsestasjonene for ungdom har åpningstid fra 2-4 timer per uke, unntaket er Engen helsestasjon som har åpningstid 7,5 timer i løpet av en uke. Dette utgjør en samlet åpningstid på 24 timer totalt pr. uke. Helsestasjon for ungdom er stengt i perioden 01.07.- ca 09.08. hvert år.

Årsrapporter fra helsestasjon for ungdom i Bergen kommune gir oversikt over drift. Helsestasjon for ungdom i Arna bydel åpnet i nov.2009 og er ikke medregnet her. I 2009 hadde helsepersonell ved helsestasjon for ungdom 8742 konsultasjoner. 5009 av disse konsultasjonene var ved Engen Helsestasjon, hvorav 57 % av pasientene var over 20 år.

Ved helsestasjonene ble det i 2009 totalt tatt 3406 klamydiaprøver, hvorav ca 446 var positive prøver. Oversikt over antall konsultasjoner vedrørende abort er ufullstendig.

Skolehelsetjenesten er en del av en samordnet og helhetlig tjeneste for barn og ungdom under 20 år. Tjenesten tilbys ved 126 skoler.

I skolehelsetjenesten i grunnskolen ble det utført 36,3 helsesøsterårsverk og 4,7 legeårsverk pr oktober 2009. <sup>6</sup> I skolehelsetjenesten ved videregående skoler i Bergen er det utført 7,3 helsesøsterårsverk, 0,7 legeårsverk og ca 0,9 psykologårsverk 2009/2010 ved 26 vdg. skoler.<sup>7</sup>

Konsultasjoner om prevensjon og seksuelt overførbare sykdommer er en hyppig kontaktårsak i skolehelsetjenesten, basert på årsrapport fra Laksevåg videregående skole og videregående skoler i Bergenhus bydel. Fra årsrapport fra skolehelsetjenesten i videregående skoler Bergenhus bydel 2008/2009 var prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner samt spørsmål vedrørende graviditet/abort angitt som kontaktårsak 1257 ganger. På grunn av at en konsultasjon kan inneholde flere kontaktårsaker representerer ikke dette antall konsultasjoner. Kontakt med skolehelsetjenesten vedrørende seksuell helse er også i årsrapport fra Laksevåg videregående skole 2009 den hyppigste kontaktårsaken.

#### 4.1.1 utfordringer:

- Helsestasjon for ungdom (Hfu) brukes i liten grad til seksuelle helsekonsultasjoner for menn. Det arbeides med å øke andel unge menn ved helsestasjon for ungdom. Helsestasjon for ungdom og studenter ved Engen helsestasjon har opplevd en økende andel menn, 17 % av alle kontakter i 2009 var menn. Fra november 2009 har Engen helsestasjon knyttet til seg en mannlig sykepleier med videreutdanning i psykiatri og seksologisk rådgivning for å styrke tilbudet rettet mot unge menn. I april 2010 var 25 % av alle kontakter ved Engen helsestasjon unge menn.
- Ventetiden ved Engen helsestasjon er en utfordring som blir nevnt i årsrapport fra 2009. ”Det bekymrer oss at ventetiden kan være opp til 3 timer, og vi ser at ungdom og studenter velger å snu i døren fordi ventetiden er så lang.” Vi har ikke kunnskap om hvilke pasientgrupper som oppsøker tjenesten, for så å dra derfra med uforrettet sak. Det kan være de ressurssterke som ved lang ventetid velger å oppsøke en annen tjeneste. Andre alternativer er at de mest impulsive eller unge pasienter med psykiske vansker ikke håndterer lang ventetid og drar med uforrettet sak.
- Kriteriemodellen utløser midler til Hfu basert på antall ungdommer 16-19 år som bor i den enkelte bydel. Dette oppleves som en lite egnet modell til å dimensjonere personell og tilgjengelighet i tilbudet. Små helsestasjoner blir sårbare og lite tilgjengelig i forhold til antall ansatte og åpningstid. Rekruttering til Engen helsestasjon fra andre bydeler nevnes som en utfordring fra helsesøstre ved Hfu. Forklaringsmodeller som blir brukt er redusert åpningstid og dårlig beliggenhet ved lokal Hfu. Andre forklaringsmodeller er at mange i aldersgruppen går på skole i sentrum og bruker Hfu i tilknytning til dette. I tillegg kan et ønske om anonymitet bidra til at unge ikke ønsker å benytte seg av lokal helsestasjon for ungdom. Det er kommet forslag om å samle ressurser og lage noen større helsestasjoner for ungdom som kan bemannes flere dager i uken av personell fra flere bydeler.
- I årsrapport fra Helsestasjon for ungdom ønsker to helsestasjoner (Laksevåg og Ytrebygda) annen beliggenhet.
- Utekontakten har som hovedmål å oppsøke ungdom som trenger støtte eller hjelp, men som ikke i tilstrekkelig grad nås av andre deler av hjelpeapparatet. Utekontakten gir tilbakemelding om at målgruppen deres oppfattes til å ha ekstra behov for informasjon og oppfølging fra Helsestasjon for ungdom. Utekontakten opplever at målgruppen deres kan ha problemer med lang ventetid ved helsestasjon for ungdom, og at et tilbud til denne gruppen må tilpasses dette.
- Ifølge Handlingsplanen har minoritetsgrupper ofte mindre handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og muligheter for å hevde sin autonomi, og det er betydelig større skjevfordeling i seksuell helse i minoritets- enn majoritetsbefolkningen. Det dreier seg bl.a. om utsatte etniske og seksuelle minoritetsgrupper og enkelte sårbare grupper med psykiske problemer og høyt forbruk av rusmidler. Det er en utfordring å nå fram til disse gruppene.
- Skolehelsetjenesten i videregående skoler er en vesentlig aktør i disse spørsmålene, og det er viktig å styrke denne tjenesten.

- Det gies tilbakemelding om manglende tilgjengelighet på kondomer på videregående skole og ulik praksis blant videregående skoler. Å balansere tilgjengelighet av kondomer, mot risiko for forsøpling av skolens arena, er en utfordring.
- Utfordringer vedrørende journalsystem nevnes både i skolehelsetjenesten og Hfu. Ved Hfu gir dette manglende statistikk på enkelte områder (for eksempel antall positive klamydiainfeksjoner). Det må derfor føres manuell statistikk i tillegg til statistikk fra journalsystem.
- I Handlingsplanen er det et ønske om lett tilgjengelig testing for klamydia. Klamydiatesting ved skolehelsetjenesten er per dags dato ikke et offisielt tilbud. Det er usikkert om skolehelsetjenesten kan tilby slik testing. Det er derfor ønskelig å kartlegge mulighetene for å kunne tilby klamydiaprøver via skolehelsetjenesten.

## 4.2 Skole

Det finnes 100 grunnskoler og 26 videregående skoler i Bergen kommune.

Jfr.skolens læreplanverk skal kompetansemål innen kropp og helse nåes innen 7. og 10. årstrinn. I majoriteten av landets kommuner deltar skolehelsetjenesten i skolens prevensjons- og samlivsundervisning på ungdomstrinnet.

Ifølge Handlingsplanen er det utviklet materiell som kan brukes i skolens seksualundervisning. Helsedirektoratet har imidlertid liten oversikt over i hvilken utstrekning skolene bruker det som ledd i helhetlige undervisningsprogrammer og deres behov for nye opplæringsverktøy for å styrke barn og ungdoms konkrete handlingsferdigheter.

Seksualundervisning i skolen skal være et planlagt samarbeid mellom skolehelsetjenesten og skolen. I program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen er det utviklet forslag til undervisningsopplegg om pubertet, seksualitet og prevensjon. Det anbefales at undervisningen om seksualitet og prevensjon som blir gitt på ungdomstrinnet utgjør minimum tre timer.

### 4.2.1 Utfordringer:

- Ifølge handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort mener ungdom og unge voksne at de har fått for lite seksualundervisning i skolen og at de mangler handlingskompetanse på sentrale områder knyttet til seksualitet. De ønsker bl.a. mer konkret kompetanse i å forebygge og handle i seksuelle risikosituasjoner. I tillegg fremheves det at skoleundervisningen er lite ferdighetsorientert og at opplæringen om viktige tema skjer for sent.
- Ifølge Handlingsplanen viser undersøkelser at undervisningen i skolen fortsatt ikke er tilstrekkelig innrettet på å inkludere kjønns- og minoritetsperspektivet, slik at den kan nå frem til de gruppene der innsats vil kunne gi størst uttelling i å utjevne seksuelle helseforskjeller.
- I læreplanen for videregående skole nevnes ikke spesifikke kunnskapsmål innen seksuell helse, og dette medfører redusert seksualundervisning i den videregående skolen.

### **4.3 Fastleger**

Det er per 31.12.2010 204 fastleger i Bergen Kommune. Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunen har enhver som er bosatt i en norsk kommune, rett til å stå på liste hos fastlege. En studie viser at blant norske ungdommer og unge voksne, oppsøker aldersgruppen 15-19 år sin fastlege 1,4 ganger årlig. De mellom 20-24 år oppsøker sin fastlege gjennomsnittlig 2,2 ganger årlig.<sup>8</sup>

#### **4.3.1 utfordringer:**

- Ifølge Handlingsplanen viser undersøkelser at fastleger ikke oppleves som et lavterskeltilbud av unge, både fordi man må betale egenandel og på grunn av timebestilling og ventetid. Andre undersøkelser viser at mange unge kvinner over 20 år ønsker prevensjonskonsultasjon hos helsesøster og jordmor fordi de har bedre tid og er mer tilgjengelig enn fastlegen.
- Unge voksne, særlig kvinner i alderen 20-30 år, har høyest geografisk mobilitet av alle voksne i Norge og en høy andel er under høyere utdanning - ofte langt fra sin hjemkommune. Mange må derfor bytte fastlege, eller bruke andre tjenester.
- LLH har utført en spørreundersøkelse blant sine medlemmer vedrørende utfordringer i helsetjenesten. Følgende resultater blir trukket frem: "De fleste har et godt forhold til sin fastlege. Mange pasienter forteller ikke om sin legning til fastlegen av ulike årsaker. Flere gir tilbakemelding om at de skulle ønske legene hadde mer kunnskap om LHBT-personer (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner) og ønske om mer tilgjengelig informasjon på legekantorene."

### **4.4 Spesialisthelsetjenesten:**

Ved poliklinikk for seksuelt overførbare sykdommer ved Hudavdelingen på Haukeland sykehus gies det tilbud om diagnostisering og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner. Dette er et lavterskeltilbud, som innebærer at man ikke behøver henvisning fra lege. Ved mistanke om seksuelt overførbare sykdom eller ved påvist allmennfarlig sykdom er konsultasjonen gratis.

### **4.5 Andre aktører:**

Amathea

Amathea er en privat stiftelse som tilbyr profesjonell rådgivning ved valg knyttet til svangerskap og abort. Amathea er et landsdekkende lavterskeltilbud.

LLH:

LLH arbeider for likestilling og mot alle former for diskriminering av homofile, lesbiske, bifile og transpersoner (lhbt-personer). Skeiv Ungdom er ungdomsorganisasjonen til Landsforening for lesbisk og homofil frigjøring (LLH).

Medisinernes seksual opplysning:

Medisinernes seksualopplysning (MSO) er en idealistisk organisasjon bestående av leger og legestudenter som siden 1974 har drevet seksual- og samlivsundervisning for ungdom.

Røde Kors:

Røde Kors Ungdom er ungdomsorganisasjonen til Røde Kors. Røde Kors Ungdom formidler gratis kondomer og underviser om seksuelt overførbare infeksjoner.



## 5 Faglig grunnlag

### 5.1 Abort:

Abortraten blant 15-19 åringer gikk ned fra 20,1 per 1000 kvinner i 1990 til 15,4 i 2005- som var den laveste abortraten blant tenåringer i Norge noensinne. Fra 2006 har abortraten blant tenåringer i Norge økt. I Norge har kvinner i alderen 20-24 år den høyeste abortforekomsten av alle aldersgrupper. Fra 2001-2008 har det vært en økning i abortraten fra 26,3-30,6 per 1000 kvinner i alderstrinnet 20-24 år.

Det er flere faktorer som påvirker abortraten, blant annet fødselsrate, seksuell aktivitet og bruk av prevensjonsmidler. Unge voksne i aldersgruppe 20-24 år har gjennom de siste 20 årene hatt den høyeste abortraten. Dette henger sammen med flere forhold. Blant annet velger kvinner å få barn på et langt senere tidspunkt i livet nå enn for bare 10 år siden. I 2007 var gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende kvinner i Norge 28,1 år. Det representerer en økning i alderen på førstegangsfødende på nærmere 3 år fra 1990.

Blant kvinner mellom 15-19 år har det vært en jevn tilbakegang i tenåringsfødsler gjennom de siste 15 årene. I 2008 ble det i Norge født 8 barn per 1000 kvinner i alderen 15-19 år. Det er mer enn en halvering siden 1990 der fødselsraten var 18.<sup>9</sup>

Personlige grunner for å velge abort forteller noe om under hvilke forutsetninger norske kvinner ønsker å føde barn. I en studie vises det at over 70 % av alle påbegynte svangerskap blant enslige kvinner under 24 avsluttes. Ung alder, utdanning og manglende etablert fast forhold oppgis oftest som grunn for ønske om abort.<sup>10</sup>

Ved et uplanlagt svangerskap står kvinner ovenfor valget om hun skal gjennomføre svangerskapet eller avbryte svangerskapet. En del kvinner vil velge å gjennomføre svangerskapet i en slik situasjon. En reduksjon i antall uplanlagte svangerskap vil derfor både kunne redusere antall aborter og antall fødsler i aldersgruppen.

I Handlingsplanen trekkes det frem at ungdoms seksuelle liv har forandret seg ganske radikalt på få år. Ungdom debutterer tidligere, har mer sex og sex med flere partnere. Debutalder angis i 2003 til å være ca 16-17 år hos kvinner og 17-18 år blant menn.<sup>11 12</sup> Samtidig med lavere samleiedebutalder og mer seksuell aktivitet har bruken av prevensjon økt blant ungdom. Bruk av prevensjonsmidler er ingen garanti mot graviditet. Uriktig bruk av prevensjonsmidler og metodesvikt ved prevensjonsmiddelet kan føre til uplanlagte graviditeter. Hvis 500 kvinner benytter p-piller i ett år vil ca 1-2 kvinner bli gravid på grunn av uriktig bruk og metodesvikt.<sup>13</sup>

Fra 2007 har det vært en økning i aborttallene i alle aldersgrupper nasjonalt. I Handlingsplanen trekkes frem at økningen faller til dels sammen med endringer i tilbudet om hormonell prevensjon til kvinner og fokus på alvorlige bivirkninger ved bruk av p-piller.

Flere studier har vurdert psykiske ettervirkninger av å gjennomgå et svangerskapsavbrudd. En norsk kunnskapsoppsummering konkluderer med at det ikke er holdepunkter for at svangerskapsavbrudd innen de første 12 ukene av svangerskapet gir senere psykiske helseplager.<sup>14</sup>

Den viser blant annet at det å være uønsket gravid i seg selv medfører blandede positive og negative følelser både blant dem som senere velger abort og dem som velger å gjennomføre svangerskapet. Før svangerskapsavbruddet dominerer som oftest de negative følelsene tristhet, nedstemthet, skuffelse, skyld og sinne, mens etter inngrepet er som oftest lettelse, glede, tilfredshet sterkere enn sorg, tap, skuffelse, skyld og sinne.

Forskningen tyder imidlertid også på at psykiske helseplager kan forsterkes gjennom en uplanlagt graviditet som ender i svangerskapsavbrudd.<sup>15</sup>

Det er flere studier som har vurdert fysiske komplikasjoner etter kirurgisk og medikamentell abort. Kirurgisk abort blir i en gjennomgang av tilgjengelige studier beskrevet som en trygg prosedyre. I 0,5 % av tilfellene oppstår det komplikasjoner ved kirurgisk abort som gjennomføres i de første 3 månedene av graviditeten. Komplikasjoner som nevnes er blant annet blødning og infeksjon. Sjeldne bivirkninger er at svangerskapet ikke blir avbrutt og at inngrepet fører til hull på livmorveggen.<sup>16</sup>

Medikamentell abort er en metode der svangerskapet avbrytes ved hjelp av medikamenter. I en norsk studie fra 2003 ble bivirkninger og måten behandlingsregimet ble mottatt på av norske kvinner vurdert. 95% av behandlingene var ukompliserte. Bivirkningene var få og tolerable og kvinnene fant behandlingsregimet akseptabelt, og kunne anbefale det til andre.<sup>17</sup>

### **5.1.1 Prevensjon:**

For å redusere antall uønskede svangerskap og aborter, vil riktig bruk av prevensjon være en sentral bidragsyter.

I en nylig publisert studie er det gjennomført et forsøksprosjekt med gratis prevensjon til kvinner i alderen 20 -24 år. Hensikten var å belyse om gratis og lett tilgjengelig til hormonell prevensjon kunne bidra til bedre kontinuitet i prevensjonsbruk og redusere aborttallene blant unge voksne kvinner.<sup>18</sup>

Noen resultater som fremheves i rapporten:

- det er signifikant oppgang i kontinuitet i bruk av hormonell prevensjon blant kvinner som fikk tilbud om gratis hormonell prevensjon i forsøkskommunene.
- det er størst endring i bruk av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene – spiral, hormonspiral og p-stav, der bruken er økt med mer enn 100%
- det er signifikant nedgang i abortforekomst blant 20 – 24 åringene i forsøkskommunene og ingen endring i kontrollkommunene
- kvinnene i forsøket vurderte at gratis prevensjon var en av de viktigste faktorene for bruk og kontinuitet i bruk av hormonell prevensjon

I studien forklarte 60 % av nåværende brukere at de tidligere hadde sluttet/tatt pauser fra å bruke hormonell prevensjon. De oppga følgende årsaker:

- Hadde ikke lenger bruk for hormonell prevensjon.
- Bekymret for eller fikk bivirkninger

- Glemte det, resepten tok slutt eller fikk ikke tak i ny
- Det var for dyrt, hadde forbigående dårlig råd.

I en kunnskapsoppsummering kunne man ikke konkludere hvor vidt lett tilgjengelig hormonell prevensjon fører til økt forekomst av kjønnsykdommer eller blodpropp hos kvinner mellom 20-24 år. Man hadde heller ikke nok kunnskapsgrunnlag til å vurdere om lett tilgjengelig hormonell prevensjon førte til riktig bruk av prevensjonsmiddel.<sup>19</sup>

I en studie som omtaler holdninger til p-piller blant kvinner ble det vist at i de fleste studiene hadde kvinner misoppfatninger vedrørende risiko ved bruk av p-piller. Helseisiko ble overdimensjonert og fordeler ved bruk av p-piller ble underestimert eller neglisjert. Myter om helseisiko og bivirkninger uten holdepunkt i forskning var også utbredt. En utbredt misoppfatning er blant annet at man må ha pauser i bruk av p-piller, noe som fører til en inkonsekvent bruk av prevensjonsmiddel. Negative holdninger påvirker bruk av p-piller. I en studie ble det vist at 27 % av de som ikke hadde prøvd p-piller oppga frykt for bivirkninger som årsak. I to studier fra Asia fant man at dess mer kunnskap kvinner hadde om p-piller, dess mer positiv var kvinnene til bruk av p-piller.<sup>20</sup>

Handlinsplanen poengterer at valgmulighet er en av de viktigste faktorer for at prevensjonsmetoden brukes riktig, for mer tilfredshet med prevensjonen og bedre kontinuitet i bruk av prevensjon.

### **5.1.2 utfordringer**

Det har skjedd flere endringer i seksuelle handlingsmønstre i deler av den yngre befolkningen. Kvinner mellom 15-24 år velger å få barn på et langt senere tidspunkt enn tidligere. Samtidig debuterer ungdom tidligere og er mer seksuell aktiv. De siste årene har det vært en økning i aborttallene i alle aldersgrupper nasjonalt. Økningen faller til dels sammen med endringer i tilbudet om hormonell prevensjon til kvinner og fokus på alvorlige bivirkninger ved bruk av p-piller. Det eksisterer mange misoppfatninger vedrørende bruk av for eksempel p-piller som kan være til hinder for bruk. Unge kvinner bør derfor sikres riktig informasjon om risiko og bivirkninger. Flere faktorer kan påvirke om kvinner velger å bruke prevensjonsmidler. Det at kvinnen får velge den type prevensjon som man føler seg vel med er viktig for riktig bruk og bedre kontinuitet.

### **5.2 Klamydia.**

Klamydia er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge. På landsbasis har antall diagnostiserte tilfeller steget hvert år fra 1999-2008 men fra 2008 til 2009 har det vært en svak nedgang på 3,1 %. Nedgangen i antall tilfeller fra fjoråret tilsvarer nedgangen i antall undersøkte. Folkehelseinstituttet konkluderer derfor med at det foreløpig ikke er grunnlag for å konkludere med at trenden er i ferd med å snu. I Bergen kommune ble det diagnostisert 1207 tilfeller av klamydia i 2009. Dette tilsvarer en økning på ca 3,8 % fra 2008.<sup>21</sup>

Genital infeksjon er uten symptomer i 60-80% av tilfellene og ubehandlet klamydiainfeksjon kan forårsake komplikasjoner. Hos kvinner kan infeksjon gi komplikasjoner som infertilitet, kroniske underlivssmerter og økt risiko for graviditet utenfor livmor. Oppadstigende infeksjon

under graviditet kan forårsake abort og for tidlig fødsel. Komplikasjoner hos menn er betennelse i bitestikkel, infertilitet og Reiters syndrom (symptomkopleks med bl.a. øyebetennelse og leddsmerter). Helsedirektoratet vurderer at klamydiainfeksjon antagelig er en vanlig årsak til sterilitet og barnløshet<sup>22</sup>

Det er usikkert forbundet med hyppighet av komplikasjoner etter klamydiainfeksjon. Dette er en utfordring med tanke på prioritering av tiltak.

Klamydia er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, smitteoppsporing, antibiotikabehandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs. at pasienten ikke skal betale egenandel.

I regelverket står det at folketrygden ikke yter full godtgjørelse av utgifter ved rutinemessig testing av klamydia. Det er den enkelte lege i allmennpraksis som avgjør om denne bestemmelsen skal anvendes i den konkrete situasjonen. Dette kan gi rom for ulik tolkning av regelverket i allmennpraksis, og det er et ønske om å bidra til en felles tolkning av disse bestemmelsene.

### 5.2.1 Modell for forebygging av klamydia

En modell for forebygging av seksuelt overførbare sykdommer kan tydelig vise hvilke tiltak som kan redusere forekomst av klamydia.

Reproduksjonsraten (R) for en seksuelt overførbart sykdom forteller hvor mange nye personer en pasient med en seksuelt overførbart sykdom klarer å smitte. Dersom reproduksjonsraten er mer enn 1, øker utbredelsen av sykdommen og er den under 1, vil sykdommen etter hvert bli utryddet. Jo lavere tallet er, jo raskere forsvinner sykdommen. (Dette er nokså parallelt til fødselsraten, som må være over 2 for at befolkningen skal øke.)

Reproduksjonsraten bestemmes av følgende faktorer:

- 1) Smittsomheten. Dette er smitterisikoen per samleie. Ved et samleie med en person med klamydia er risiko for å bli smittet ca 20 %.
- 2) Varighet av den smittsomme perioden. Dette angir hvor lenge en pasient er smitteførende før helbredende behandling eller kroppen selv fjerner infeksjonen. En person som ikke får behandling for sin klamydia før etter et år, har hatt et potensiale for å smitte flere partnere. I motsatt tilfelle vil en person som får behandling raskt etter smitte, ha redusert tid til å smitte aktuelle partnere.
- 3) Partnerbytteraten, er hvor mange partnere per år en gjennomsnittspasient har. For eksempel 3 seksualpartner per år.

Reproduksjonsraten finner man ved følgende formel:

Reproduksjonsraten = Smittsomhet \* varighet av smittsom periode \* antall partnere per år.<sup>23</sup>

Formelen for reproduksjonsraten viser hvordan klamydia kan forebygges.

- Smittsomhet kan reduseres ved bruk av kondom.
- Varigheten av smittsom periode kan reduseres ved tidlig diagnostikk og behandling
- Partnerbytteraten kan reduseres ved endring av seksualvaner.

## 5.2.2 Kondombruk

Kondom er det eneste prevensjonsmiddelet som beskytter mot seksuelt overførbare infeksjoner og det er ønskelig med en økt bruk av kondomer. Helsedirektoratet har prøvd å kartlegge hva som skal til for å øke kondombruk blant gutter og unge menn. Hovedkonklusjonen er at kunnskapsgrunnet er for spinkelt til å si noe entydig om effekt av enkelttiltak.<sup>24</sup>

Manglende kunnskap blant ungdommer og begrenset tilgang til prevensjonsmidler angis ofte som forklaring når forebyggende tiltak innenfor seksuell helse ikke lykkes. Dette kan være en forenkling, og ved iverksetting av tiltak bør man ta hensyn til underliggende holdninger og andre faktorer som påvirker seksuell helse blant unge.

I en studie har man sett på hvilke faktorer som kan påvirke seksualadferd blant ungdom. Artikkelforfatterne identifiserte syv temaer som påvirker seksualadferd. Temaene så ut til å gå igjen uavhengig av hvilket land eller hvilken kulturell setting som ble studert.<sup>25</sup>

Flere av disse punktene er relevant for bruk av kondom.

- Unge vurderer risiko for seksuelt overførbare infeksjoner basert på upålitelig informasjon, for eksempel basert på hvor godt de kjenner partneren og utseendet til partner.
- Kondombruk kan oppleves stigmatiserende og assosieres med liten tillit. F.eks. bekymrer unge seg for å foreslå kondombruk da dette kan indikere at partner eller de selv kan ha en seksuelt overførbart sykdom.
- Kjønnssrolle. I studien trekkes det fram tradisjonelle kjønnsroller bidrar til en forventning om at kvinner skal være tilbakeholden seksuelt. Hvis kvinner har kondom tilgjengelig kan det oppleves stigmatiserende, på tross av at både kvinner og menn forventer at kvinner er ansvarlig for prevensjonsbruk.
- Sosiale forventninger forhindrer kommunikasjon om sex. Unge kan være motvillig til å diskutere bruk av kondom, i tilfelle dette blir oppfattet som en invitasjon til seksuelt samvær eller forslag om seksuelt samvær.

Helsedirektoratet formidlet i 2008 ca 2,5 millioner gratis kondomer gjennom bl.a. helsestasjon, skolehelsetjeneste, skoler og utdanningsinstitusjoner.

Ordningen med gratis kondomer fra Helsedirektoratet ble evaluert i 2009. I en målgruppeundersøkelse, mente halvparten av respondentene at gratiskondomene var vanskelig å få tak i. Unge voksne i aldersgruppen 20-25 år var gruppen som opplevde best tilgjengelighet, de yngste dårligst.<sup>26</sup>

I samme undersøkelse, mener over 80 % av 259 respondenter at det er viktig at kondomer er tilgjengelig på ungdomshelsestasjonen og skolehelsetjenesten. 72 % mener at tilgang til gratiskondomer via dispensere på skolen er viktig. 192 svarte at det å være anonym er viktig når man skaffer kondomer - spesielt de under 15 trekker dette frem. 70 av 248 respondenter synes det er så ubehagelig å oppsøke skolehelsetjenesten/ungdomshelsetjenesten eller studenthelsetjenesten for å skaffe seg kondomer, at de ikke oppsøker tjenestene. En ulempe som nevnes blant representanter fra helsestasjon er at anonym formidling kan gå på bekostning av informasjon om riktig bruk av kondomer.

Handlingsplanen trekker fram at konkret ferdighetstrening i kondombruk er en nødvendig forutsetning for at kondomer kommer til anvendelse. I tillegg er det avgjørende å ha kommunikasjons- og forhandlingsferdigheter om sikker sex og positive opplevelser med kondombruk.

### **5.2.3 Varighet av smittsom periode.**

Klamydia er vanskelig å oppdage og håndtere fordi infeksjonen ofte er uten symptomer. Klamydia er heller ikke avgrenset til befolkningsgrupper med seksuell høyrisikoadferd, noe som gjør det vanskelig å målrette intervensjonen.

Et effektivt handlingsprogram for å redusere varighet av smittsom periode bør bl.a. bygge på:

- lett tilgjengelig testing
- systemer for effektiv smitteoppsporing

### **5.2.4 Lett tilgjengelig testing:**

Lett tilgjengelig testing kan oppnåes ved å tilby klamydiatest til større deler av befolkningen, f.eks. ved hjemsending av klamydiaprøver til alle unge på fastlegelisten/unge i en kommune. Det viser seg dog at det mangler konsekvent gjennomførte screeningprogrammer for klamydia i de fleste europeiske land og før en vurderer å innføre screeningprogram anbefales det at flere studier må utføres for å vurdere kostnadseffektivitet.<sup>27</sup>

Organisert tilbud om test og behandling utenom helsetjenesten - for eksempel ved utdanningsinstitusjoner, arbeidsplasser og treningsstudioer er i Handlingsplanen vurdert som særlig nyttig i rekrutteringen av unge menn. Problemstillinger i forbindelse med slike prosjekter, vil være at det er organisert utenom vanlig helsetjeneste, redusert mulighet for rådgiving av pasienter og problemstillinger vedrørende krav til journalføring og finansiering.

Andre tiltak kan være å tilby nettbasert tilbud, der klamydiaprøver bestilles og sendes hjem til pasienten. I Handlingsplanen vurderes dette til å være hensiktsmessig å implementere på landsbasis. Dette tilbudet ser ut til å nå en noe eldre gruppe enn målgruppen for plan for bedre seksuell helse.<sup>28</sup>

I 2009 var det mer enn fire ganger så mange jenter i alderen 15-19 år som ble undersøkt for klamydia enn gutter og tre ganger så mange kvinner i alderen 20-24 år enn menn i samme aldersgruppe. Informasjonen om de undersøkte viser at kjønnsfordelingen i stor grad gjenspeiler hvem som tester seg, og ikke nødvendigvis den reelle fordelingen i befolkningen.<sup>29</sup>

### **5.2.5 Smitteoppsporing**

Smitteoppsporing er tiltak for å finne mulige smittekontakter til en pasient som har fått påvist en seksuelt overførbare infeksjon, gjøre vedkommende oppmerksom på at de kan være smittet og tilby undersøkelse og behandling.

Klamydia er en allmennfarlig smittsom sykdom og smitteoppsporing er pålagt ifølge smittevernloven ”..dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krevet det”.

Ifølge Folkehelseinstituttet tilsier et begrenset kunnskapsgrunnlag at helsearbeiderformidlet smitteoppsporing er det mest effektive, mens pasientformidlet smitteoppsporing er ressursbesparende og ofte foretrukket av indekspasienten.<sup>30</sup>

Flere studier og Handlingsplanen konkluderer blant annet med at rutinene for smitteoppsporing og kontrollprøve må forbedres.<sup>31</sup>

### **5.2.6 Partnerrate**

En reduksjon i partnerrate vil kunne hindre spredning av seksuelt overførbare sykdommer. Studier har vist at seksualundervisning som fremmer avholdenhet ikke har hatt ønsket effekt (målt ved å utsette samleiedebut med 6 mnd.)<sup>32</sup>

I en artikkel om seksualundervisning, trekkes det frem at mer relevante målsetninger for seksualundervisningen i Norge er de som fokuserer på å lære ungdom viktigheten av å kunne stå på egne bein før de blir seksuelt aktive, lære ungdom til å avvise seksuelle tilnærmelser, og hvordan alkohol øker sårbarheten for slike.<sup>33</sup>

I Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen er det gitt forslag til temaer ved seksualundervisning på ungdomsskolen. Her nevnes aktuelle temaer som seksualitet, seksuell lavalder, seksuell debut og sexpress.

### **5.2.7 utfordringer**

Klamydia er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge, og Helsedirektoratet vurderer at klamydiainfeksjon antagelig er en vanlig årsak til sterilitet og barnløshet, men det er usikkert hvor ofte slike komplikasjoner forekommer.

For å få en reduksjon i antall tilfeller med klamydia kan man iverksette flere tiltak.

Klamydiaforekomsten vil reduseres ved bruk av kondom, tidlig diagnostikk og behandling og ved å redusere antall seksualpartnere.

Komdomer bør være lett tilgjengelig på målgruppens arena, men økt tilgjengelighet er ikke tilstrekkelig for å sikre bruk av kondom. Underliggende faktorer som uriktig vurdering av risiko for kjønnssykdommer, kjønnsroller og dårlig evne til å kommunisere om prevensjon kan bidra til redusert bruk.

Det er klare anbefalinger fra Folkehelseinstituttet at unge under 25 år bør teste seg ved symptomer og etter hvert partnerskifte. Det er en utfordring å få spesielt unge menn til å teste seg for klamydia. Når en klamydiainfeksjon er påvist, er smitteoppsporing pålagt etter loven. Det er et behov for å bedre smitteoppsporing ved påvist klamydiainfeksjon.

## **5.3 Arenaer**

### **5.3.1 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Ifølge Handlingsplanen er lett tilgjengelighet til lavterskeltilbud en essensiell forutsetning for at ungdom og unge voksne skal ha mulighet til å ta vare på sin seksuelle helse, og helsesøster er en av de helsehjelperne ungdom av begge kjønn helst ønsker å benytte seg av på seksualitetens områder.

Fra 2002 har unge kvinner i aldersgruppen 16-19 år kunnet få resept på hormonell prevensjon fra helsesøster eller jordmor i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tall fra reseptregisteret viser at det har vært en økning i andel kvinner mellom 16-19 år som benytter seg av denne ordningen fra 30 % i 2003 til ca 56 % i 2008.

Ifølge Handlingsplanen viser en foreløpig beregning at tilbudene ved studiestedene ble brukt av ca 10 % av studentene i 2007. Resultatet av Sintefs forsøksprosjekt med lett tilgjengelig prevensjon til unge kvinner viser blant annet at de unge kvinnene i forsøket var mest fornøyd med studenthelsetjenesten der tilbudet er godt utbygd.

I en studie fra 2001 hvor skoleelever i Oslo bl.a. besøkte helsestasjon for ungdom, viste at det å ta med skoleklasser til helsestasjon for ungdom førte til at ungdommene ble bedre kjent med tilbudet og at besøket økte ved helsestasjon for ungdom.<sup>34</sup>

I Handlingsplanen fremgår det at undervisningsbesøk på ungdomshelsestasjonene er et viktig supplement til skoleundervisningen og en innfallsport til senere bruk av tjenesten for veiledning om seksuell helse.

### **5.3.2 Skole**

Ifølge program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen, skal pubertetsundervisning være et planlagt samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten. Pubertetsundervisningen skal bidra til at skolens kompetansemål innen kropp og helse etter 7. årstrinn oppfylles. Læreplanverket for kunnskapsløftet fra 2006 har bl.a. følgende kompetansemål etter 7.årstrinn:

- Beskrive de viktigste organene i menneskekroppen og deres funksjoner.
- Forklare hva som skjer under puberteten og samtale om ulik kjønnsidentitet og variasjon i seksuell orientering.

Lærerplanverket for kunnskapsløftet 2006 har følgende kompetansemål etter 10. årstrinn.

- Drøfte problemstillinger knyttet til seksualitet, ulik seksuell orientering, prevensjon, abort og seksuelt overførbare infeksjoner.
- Beskrive hvordan hormoner er med å styre ulike prosesser i kroppen.
- Beskrive fosterutvikling og hvordan en fødsel foregår.

I denne undervisningen er det aktuelt å også ta med kompetansemål fra kristendom, livssyn og religionsfaget der et av kompetansemålene er:

- Reflektere over etiske spørsmål knyttet til mellommenneskelige relasjoner, familie og venner, samliv, heterofili og homofili, ungdomskulturer og kroppskultur.

I læreplanen for videregående skole nevnes ikke spesifikke kunnskapsmål innen seksuell helse.



Det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom kunnskap og handling. I Handlingsplanen poengteres det at majoriteten av ungdom og unge voksne har et høyt kunnskapsnivå om tema knyttet til seksualitet, men at kunnskapen ikke blir fulgt opp i handling.

Seksualundervisningen har som regel som mål å påvirke adferd. Det vil si at man ønsker at ungdommer skal bruke prevensjon slik at de ikke blir gravide eller smittet med en seksuelt overførbart infeksjon. I en oversikt over 83 studier med det mål å påvirke adferd ved seksualundervisning viste 65 % av undervisningsprogrammene å ha effekt på ett eller flere resultatmål. Forfatterne i studien har funnet fellestrekk ved den seksualundervisningen som hadde effekt, både ved utvikling av materialet, innholdet i seksualundervisningen og implementering av opplegget. Se vedlegg 3

De undervisningsprogrammene som hadde effekt i mer enn to år var program som oftest var implementert i skolen, hadde 12 eller flere undervisningsøkter og var gjennomført over flere år. Bare et fåtall av programmene hadde effekt på adferd når varighet på programmet var fra 1-5 timer.

I en større gjennomgang av tiltak som kan ha effekt på reduksjon av aborter (for det meste seksualundervisning) kunne kombinasjon av undervisning, ferdighetstrening og fremming av prevensjon føre til reduserte aborttall. De fleste av studiene var fra industrialiserte land og blant den lavere sosioøkonomiske klassen, slik at overførbareheten til norske forhold er usikker.<sup>35</sup>

Ingelina Lundin Kvalem påstår i sin artikkel at forskningsresultatene er entydige nok til å kunne avvise følgende myter om ungdom, seksualitet og seksualundervisning:

- Hvis man snakker om sex, blir ungdom nysgjerrige og debuterer tidligere eller har mer sex.
- Gratis prevensjon fører til mer sex.
- Man må vente til ungdom er modne nok (eventuelt har debutert seksuelt) før man har undervisning.
- Hvis man bare fokuserer på å styrke ungdommers selvfølelse/evne til å motstå press eller bedrer deres kommunikasjons- eller relasjonsferdigheter/bygger opp positive holdninger og verdier i forhold til seksualitet, så vil dette ha en effekt på deres seksualatferd.<sup>36</sup>

I Handlingsplanen trekkes Finland fram- blant annet fordi seksualundervisning er gjort til en obligatorisk del av lærerutdanningen, og ved at majoriteten av seksualundervisningen er flyttet fra tiende til syvende og åttende klassetrinn med utvidet timetall. Det er også utviklet helhetlige undervisningsprogrammer med materiell fra første klasse. En finsk undersøkelse viser at både lærere og unge i 17-19 års alder er fornøyde med skoleundervisningens omfang, innhold og dens anvendbarhet i praksis.

### 5.3.3 Fastlege

Hvor ofte ungdom og unge voksne oppsøker fastlegen sin er undersøkt i en norsk studie fra 2010. Gjennomsnittlig oppsøkte aldersgruppen 15-19 år sin fastlege 1,4 ganger årlig. I den samme studien oppsøkte de mellom 20-24 år sin fastlege gjennomsnittlig 2,2 ganger årlig. Fastleger som har ledig listekapasitet, ved at de tar inn nye pasienter og har mulighet til å ta inn pasienter utenfor listen, ser også mer til "egne" ungdommer. Mens leger med lange lister eller stor andel eldre tar imot færre ungdomspasienter enn andre fastleger.<sup>37</sup>

Ifølge Folkehelseinstituttet anbefales det testing av personer med symptomer forenelig med klamydiainfeksjon, etter hvert partnerskifte hos unge under 25 år samt hos abortsøkere og hos gravide uansett alder.<sup>38</sup> Flere studier har vurdert nytten av å teste for klamydia hos pasienter som kommer for andre problemstillinger til lege (opportunistisk screening).

2 studier med kontrollgruppe viste effekt blant fastleger, enten ved økt testfrekvens eller ved mindre fall i testfrekvens enn kontrollgruppen. Det er dog for få kontrollerte studier til å si noe sikkert om hvordan man kan øke testfrekvens blant fastleger. I studier ble følgende metoder brukt for å øke testfrekvens: øke oppmerksomhet om komplikasjoner etter klamydiainfeksjon, øke kunnskap om retningslinjer for testing av klamydia og mulighet for klamydiaprøver ved urinprøve og styrke fastlegers ferdigheter vedrørende seksualanamnese.<sup>39</sup>

I en studie fra Danmark fikk menn mellom 16-25 år tilbud om klamydiatest når de gikk til fastlege uavhengig av årsak til konsultasjon. Ca 75 % av de registrerte mennene oppsøkte sin fastlege i løpet av ett år. Ca 30 % av alle menn mellom 15-26 på fastlegelistene mottok klamydiatest. 3 av 4 som ble spurt om de ville ha en klamydiatest takket ja. Ca 5 % ble diagnostisert med klamydia- de fleste uten å ha symptomer.<sup>40</sup>

Fordel med økt klamydiatesting hos fastleger innebærer at testing foregår hos en allerede etablert helsetjeneste og det gir rom for samtale rundt praktisering av sikker sex. Kostnadseffektiviteten er vanskelig å vurdere grunnet usikkerhet vedrørende komplikasjonsrate ved klamydiainfeksjon.

### 5.3.4 utfordringer:

Det er flere aktører som bidrar til å fremme bedre seksuell helse blant ungdom og unge voksne. Helsestasjon for ungdom, skolen, fastlegen, spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner er sentrale aktører innen dette feltet. Innen forebyggende arbeid er det ønskelig å koordinere tiltak på flere arenaer samtidig for å kunne oppnå en synergieffekt. For å kunne oppnå dette er det behov for økt samhandling mellom de ulike arenaer og aktører.

## 6 Mål/tiltak

I 2010 tildelte Fylkesmannen i Hordaland 150.000 kroner til gjennomføring av en informasjonskampanje om klamydia. Formålet med kampanjen er å øke ungdoms kunnskap om klamydia og få flere til å teste seg.

Ved studiestart høsten 2010 fikk studenter utdelt informasjonsbrosjyrer om klamydia og kondomer. Våre 2011 gjennomføres en kampanje på Facebook der ungdom i Bergen oppfordres til å ta klamydia-test.

### Helsestasjon for ungdom/studenter

	Mål	Tiltak
1	Kartlegge hvordan det er formålstjenelig å organisere helsestasjon for ungdom.	a) Kartlegge konsekvenser av finansieringsmodellen for helsestasjon for ungdom. b) Kartlegge hvordan det er formålstjenelig å organisere helsestasjon for ungdom.
2	Øke kunnskapsnivå om helsestasjon for ungdom, samt gi informasjon om seksuelt overførbare sykdommer og prevensjon.  Øke andel gutter ved helsestasjon for ungdom.	Forsøksprosjekt med undervisningsbesøk for elever i 13-14 års alder ved helsestasjon for ungdom på Engen helsestasjon. Tilbud om undervisningsbesøk tilbys til skoler i bydelene Årstad og Bergenhus. Tilbudet er rettet mot begge kjønn, men det er spesielt ønskelig på å øke andel unge menn ved helsestasjon for ungdom. Vedlegg 4
3	Øke helsetilbud til ungdom som kommer i kontakt med Utekontakten og har behov for helsetjenester ved Hfu.	Hovedmålet for Utekontaktens arbeid er å oppsøke ungdom som trenger støtte eller hjelp, men som ikke i tilstrekkelig grad nås av andre deler av hjelpeapparatet. Ved et økt samarbeid mellom helsestasjon for ungdom og Utekontakten ønsker helsestasjon for ungdom å kunne gi et økt tilbud til denne gruppen.

### Skolehelsetjenesten

	Mål	Tiltak
1	Heve kompetansen blant helsepersonell som gjennomfører seksualundervisning	a) Tilstrebe at seksualundervisning som blir gitt er basert på tilgjengelig forskning. Skolehelserådet har som målsetning at skolehelsetjenesten skal være faglig oppdatert, at tiltak er kunnskapsbasert og at nye tiltak skal evalueres. b) Tilby kurs for å heve kompetansen innen seksualundervisning. På et slikt kurs vil blant annet seksuell helse blant minoritetsgrupper være et aktuelt tema.
2	Øke tilgjengelighet på kondomer på	Inngå dialog med skoler om utplassering av

skolen.

kondomer på skolens arena. Fremme at kondomer også blir tilgjengelig hos rådgiver, avdelingsleder og på skolens forkontor.

3 Øke tilgjengelighet på klamydiatesting på skoler hvis dette lar seg gjennomføre på forsvarlig vis.

Kartlegge mulighet for å tilby klamydiatest på skoler.

4 Øke samarbeid mellom skolehelsetjenesten og fylkeskommunen for å kunne informere om skolehelsetjenesten.

a) Dialog med fylkeskommunen for å kunne informere mer om skolehelsetjenesten på videregående skolers startside.  
b) Implementere program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i videregående skoler (utarbeidet, men ikke behandlet).

## Skole

	Mål	Tiltak
1	Heve kompetansen blant lærere som gjennomfører seksualundervisning.	a) Tilstrebe at seksualundervisning som blir gitt er basert på tilgjengelig forskning. Skolehelserådet vil arbeide for at seksualundervisningen holdes faglig oppdatert, at tiltak er kunnskapsbasert og at nye tiltak skal evalueres. b) Tilby kurs for å heve kompetansen innen seksualundervisning. På et slikt kurs vil blant annet seksuell helse blant minoritetsgrupper være et aktuelt tema.
2	Øke fokus på seksuell helse i relevante fag på videregående skole.	Dialog med fagutvalg for samfunnsfag på videregående skole for å vurdere om seksuell helse kan inkluderes i undervisningen.
3	Styrke foresattes evne til kommunikasjon om seksualitet og prevensjon.	Dialog med Foreldrearbeidsutvalget (FAU) vedrørende mulighet for å ha foreldresamlinger med tema "ungdom og seksualitet."

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 4 | Innhente informasjon om omfang av seksualundervisning på ungdomsskoletrinnet i Bergen kommune. | Kartlegge omfang av seksualundervisning på ungdomsskoletrinnet i Bergen kommune. |
|---|--|--|

### **Fastleger**

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Tilstrebe lik praksis for prøvetaking og smitteoppsporing av klamydia hos fastleger	Prosedyreutvikling for prøvetaking og smitteoppsporing av klamydia i samarbeid med Hudavdelingen på Haukeland sykehus. Prosedyren vil også ta høyde for riktig prøvetaking av klamydia hos seksuelle minoriteter.
2	Fremme økt testing for klamydia blant aldersgruppen 15-24 som oppsøker fastlege.	Dialog med fastleger med formål å øke testfrekvens blant ungdom og unge voksne.
3	Spre informasjon om klamydia på fastlegers arena	Dialog med fastleger for å øke tilgjengelighet på informasjon om klamydia for pasienter.
4	Øke kompetanse blant fastleger vedrørende seksuelt overførbare infeksjoner, prevensjon, seksuell helse blant etniske og seksuelle minoriteter.	Fremme kurs om seksuell helse for fastleger.

### **Spesialisthelsetjenesten**

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Utvikle prosedyre av for å fremme lik prøvetaking og smitteoppsporing i allmennpraksis.	Inngå samarbeid med Hudavdelingen på Haukeland sykehus for utvikling av prosedyre for prøvetaking/smitteoppsporing i allmennpraksis.

### **Andre aktører**

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Fremme samarbeid mellom organisasjoner som jobber innen seksuell helse.	Kartlegge behov for samarbeid for aktører som jobber innen feltet seksuell helse: MSO, Amatheia, Røde Kors, LLH etc.
2	Øke tilgjengelighet på kondomer	Inngå dialog med andre aktører for å øke tilgjengelighet på kondomer. Følgende arenaer vil kunne være aktuelle: Idrettslag,

asylmottak, treningsstudio, utesteder.

- 3 Øke tilgjengelighet på kondomer for studenter. Dialog med utdanningsinstitusjoner for å diskutere hvordan tilgjengelighet på kondomer kan økes.

### **Seksuelle minoriteter LHBT**

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Øke tilgjengelighet på brosjyremateriell om helseutfordringer blant LHBT-personer i allmennpraksis.	Brosjyrer rettet mot LHBT- personer distribueres til fastleger.
2	Øke kunnskapsnivå om LHBT helse blant allmennleger.	a) Brosjyrer om homofil/lesbisk/bifil helse rettet mot helsepersonell distribueres til fastleger. b) Dialog med fastleger vedrørende behov for kurs om seksuell helse, hvor også helseutfordringer blant lesbisk/homofile og bifile vil være et tema.
3	Øke tilgjengelighet på relevant informasjon om helsetilbud for LHBT-personer.	Legge ut informasjon om relevante helsetjenester på Smittevernkontorets nettsider.
4	Fremme dialog mellom seksuelle og etniske minoriteter og helsetjenesten.	Møte med interesseorganisasjoner/ innvandrersorganisasjon og helse og sosialtjenester for å kartlegge utfordringer med tanke på seksuell helse.

### **Etniske minoriteter**

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Øke tilgjengelighet på informasjon om helsetjenester for ungdom og unge voksne vedrørende seksuell helse blant etniske minoriteter.	Dialog med innvandrersorganisasjoner for å fremme informasjon om helsetjenester for ungdom og unge voksne vedrørende seksuell helse.
2	Fremme samarbeid mellom helsestasjon for ungdom og møtesteder for innvandrerungdom.	Empo- tverrkulturelt ressurscenter, har i 2010 startet opp en gruppe for unge kvinner mellom 16-25 år med minoritetsbakgrunn.

Det er ønskelig med et økt samarbeid mellom EMPO og helsestasjon for ungdom med fokus på seksuell helse.

3 Øke tilgjengelighet på kondomer blant etniske minoriteter

Gjøre gratis kondomer tilgjengelig ved helsetjeneste for nyankomne innvandrere. Dialog med andre arenaer for utplassering av kondomer.

## Statistikk

	<b>Mål</b>	<b>Tiltak</b>
1	Innehente tallmateriale for å sikre monitorering av klamydiastatus og abortrate i Bergen kommune.	a) Innehente tallmateriale for å kartlegge utvikling av abortrate i Bergen kommune. b) Innhente tallmateriale for å kartlegge utvikling av klamydia i Bergen kommune. Bedring av kvalitet ved oversikt over befolkningspopulasjon og svakheter ved dagens tallmateriale.

## 7 Administrative og økonomiske konsekvenser

Flere av forslagene i meldingen vil ha administrative og økonomiske konsekvenser. Det søkes om støtte fra eksterne kilder for gjennomføring av deler av programmet.

Det foreslås følgende prioritering:

<b>Prioritering</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Kostnad</b>
1	Kurs for å heve kompetansen blant lærere og helsepersonell som gjennomfører seksualundervisning i skolen. Inkluderer utgift til dekning av lærervikar for lærere som deltar på kurs. Dette for å øke andelen lærere på kurs. Forventet årlige utgifter.	255 000 kr
2	Undervisningsbesøk ved Engen helsestasjon for elever i 13-14 års alder i Årstad og Bergenhus bydel. Prøveprosjekt med påberegnet engangsutgift.	90 000 kr
3	Utgifter ved trykking av prosedyre for prøvetaking og smitteoppsporing av klamydia. Forventet årlige utgifter	3 000 kr
4	Møtevirksomhet mellom innvandrersorganisasjoner, frivillige organisasjoner og helsestasjon for ungdom. Forventet årlige utgifter.	10 000 kr
5	Foredragvirksomhet ved helsesøster ved foreldremøter i ungdomsskolen om ungdom og seksuell helse. Forventet årlige utgifter	45 000 kr
6	Utgifter til foredrag om seksuell helse av helsesøster fra helsestasjon for ungdom/skolehelsetjenesten med fokus på seksuell helse ved EMPO- tverrkulturelt ressurscenter. Møtevirksomhet i forbindelse med samarbeid. Forventet årlige utgifter.	10 000 kr
<b>Sum</b>		<b>413 000 kr</b>



## **Kjennetegn ved seksualprogram med effekt på adferd**

### **Utvikling av materiale/opplegg**

1. Folk med ulik bakgrunn og ekspertise var involvert i utviklingen av materialet som ble brukt (for eksempel både helsepersonell og pedagoger).
2. De gikk igjennom relevante forskningsresultater om ungdommenes seksualatferd, samt forekomst av graviditet og SOS. De intervjuet fokusgrupper eller enkelte ungdommer om hvorfor de har sex, og barrierer for ønsket atferd (for eksempel hvorfor de har samleie når de ikke vil, eller hvorfor de ikke bruker prevensjon).
3. Materialet ble bygget etter en logisk modell som spesifiserte hvordan opplegget kunne påvirke atferd og oppnå målet:
  - a. Spesifisering av målet man ønsker å oppnå (for eksempel unngå uønsket graviditet)
  - b. Identifisering av hva slags atferd som fører til målet (for eksempel å bruke prevensjon, unngå samleie)
  - c. Identifisering av risikofaktorer og beskyttende faktorer som påvirker akkurat denne atferden
  - d. De utviklet aktiviteter som var rettet mot flere av de identifiserte faktorene
4. De designet tiltak og aktiviteter som var i overensstemmelse med lokale verdier og tilgjengelige ressurser (for eksempel tilpasset de som skal utføre det, tidsressurser, lokaler og økonomi).
5. De pilottestet materialet

### **Innhold i effektiv seksualundervisning**

1. Man fokuserte på minst ett av tre mål: forebygging av hiv, andre seksuelt overførbare infeksjoner og/eller uønsket graviditet.
2. Man fokuserte konkret på de spesifikke atferdene som førte til disse målene, og brukte lite tid på generelle temaer om seksualitet, kjærlighet osv. Det var mye repetisjon om den konkrete atferd, i tillegg til at man formidlet klare meldinger og standpunkter. Man tok opp situasjoner som fører til hver atferd, og hvordan man for eksempel kan unngå situasjoner. Innholdet var alders- og kjønnsadekvat, samt tilpasset seksuell erfaring og kultur.
3. Man fokuserte på spesifikke psykososiale (medierende) faktorer som påvirker atferden - og endret noen av disse faktorene. De vanligste faktorene som de effektive undervisningsoppleggene rettet seg mot, var kunnskap (om seksualitet, SOI, graviditet og/eller prevensjon), persepsjon av risiko, personlige verdier og holdninger i forhold til seksualitet og prevensjon, oppfattet atferd og normer hos jevnaldrende, mestringsforventninger til prevensjonsbruk og til å avstå fra eller stoppe samleie, kommunikasjon med foreldre og andre voksne om seksualitet, samt hvordan unngå situasjoner som fører til sex.
4. Man prøvde å lage et trygt miljø for å sikre deltakelse.
5. Man inkluderte mange ulike typer aktiviteter (for eksempel samtale individuelt og i gruppe, kartlegging av egen atferd, brosjyrer, rollespill).
6. Man inkluderte læringsmetoder som aktiviserte informasjonen og gjorde den personlig relevant
7. Aktivitetene var utformet slik at de var adekvate i forhold til alder, kjønn, seksuell erfaring og kultur.
8. Det var en logisk rekkefølge på temaer og aktiviteter i undervisningen: Den begynte med grunnleggende informasjon, deretter diskuterte man hva slags atferd som reduserer risiko, så gikk man over til kunnskap, verdier, holdninger og barrierer (psykologiske, sosiale og situasjonsfaktorer) knyttet til atferd, og til sist trente man på ferdigheter som trengs for å utføre atferden i bestemte situasjoner

### **Implementering av opplegg:**

1. Man hadde sikret et minstemål av støtte fra lokale autoritetspersoner/myndigheter
2. Man valgte å undervise med ønskede karakteristika, trente dem og ga dem veiledning og støtte.
3. Undervisningen ble gjennomført i tråd med planene.

**Kirby D. Laris. B.A. Rolleri L. (2006) Sex and HIV education programs for youth: Their impact and important Characteristics.**

**Sitert ved Kvaalem I.L (2008) Fakta og myter om effekt av seksualundervisningen i skolen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening.**

## Vedlegg 2

### Prosjektplan: "Sexualundervisning till ungdomar på Hfu"

Antalet besök av pojkar på Hfu Engen (Helsestasjon for ungdom) har varit stigande och ligger mellan 15-20%. Det är dock fortfarande flickor som i långt större grad använder sig av mottagningens verksamhet. Ur ett folkhälsoperspektiv är detta otillfredsställande. Det är viktigt att *också* få pojkar att söka till mottagningen. Orsakerna till detta är flera: bl.a. för att minska klamydiasmittan hos gruppen unga, men också för att förhindra oönskade graviditeter. Motsvarande mottagningar har visat att det är möjligt att öka antalet pojkar till nästan 30%. För att få upp besökstalet av pojkar är det viktigt att de har kännedom om att verksamheten finns, samt att detta också en mottagning *för dem*. För att lyckas i detta arbete måste man arbeta i närområdet till Hfu samt att arbeta långsiktigt. Det är viktigt att pojkarna själva får se lokalerna på Hfu för att "få in en fot". Detta ska på sikt minska tröskeln för att söka sig dit när hjälpbehov uppstår. Att välja pojkar som just börjat på ungdomsskolan gör att man satsar på en grupp som under *många* år framöver kan vara i behov av Hfu:s tjänster. Detta är en bra investering ur ett folkhälsoperspektiv.

Rent praktiskt kan undervisningen genomföras genom att Hfu besöks klassvis, och att klassen indelas i en pojk- respektive flickgrupp. Flickornas undervisning bör ledas av helsosyster eftersom det är denna yrkesgrupp som flickorna träffar på Hfu och också är de som skriver ut p-piller. Pojkgruppen ledes av manlig sjuksköterska eftersom det i första hand är honom de får träffa vid eventuellt senare besök.

Mål: Att sprida information om Hfu:s verksamhet, samt att ge information om hur man skyddar sig mot klamydia och oönskade graviditeter.

Målgrupp: Pojkar och flickor 13-14 år (årskurs 1 ungdomskulen), tillhörande skolor i Hfu Engens område.

Genomförande: 45min/grupp. Hfu:s lokaler på Engen. Max. 15 personer/grupp.

Undervisningen ska innehålla:

- Information om Hfu. Vilka yrkesgrupper arbetar där? Vad kan man få hjälp med? Öppettider? O.s.v.
- Information om sti, med vikt på klamydia. Hur smittas det? Symtom? Hur går ett test till? Hur skyddar man sig? Vad händer om man är smittad?
- Information om preventivmedel. Speciellt med tonvikt på kondomer (och till flickgruppen i tillägg: p-piller). Hur använder man en kondom? Vad är det för fördelar med detta preventivmedel? Oönskade graviditeter? "Bådas ansvar". O.s.v.
- Möjligheter att ställa frågor. Kondomer och informationsmaterial finns tillgängligt. Kort rundvisning i lokalerna.

Undervisningen ska vidare ha ett speciellt fokus på könsfrågor och vara öppen för sexuell mångfald, d.v.s. upplevas som inkluderande. Undervisningen skall tillrättaläggas för grupper med speciella behov.

I en senare fas kan man också arbeta ut mot äldre ungdomar i åldersgruppen 17-18. Frågeställningarna blir då något annorlunda. I många fall har redan dessa ungdomar redan kännedom om Hfu. Fokus blir fortsatt på sti och oönskade graviditeter, men då mer ut från de ungas egna erfarenheter. Undervisningen till denna grupp behöver inte ske på Hfu, utan kan genomföras på respektive gymnasieskolor, t.ex. genom besök i klasser samt bokbord med informationsmaterial.

*Andreas Persson*

Specialist i sexologisk rådgivning och psykiatrisk sjuksköterska

[andreas.persson@ymail.com](mailto:andreas.persson@ymail.com) Bergen, 06.05.2010



## BERGEN KOMMUNE



**Engen helsestasjon**  
(tilbud til ungdom og studenter)

**Teatergt. 41**

**tlf.: 55 56 94 20**

mandag, tirsdag og onsdag  
kl. 15:30 – 18.00

**Oasen helsestasjon**  
**Oasen bydelssenter**  
**tlf.: 55 56 54 30**

torsdag  
kl. 16.00 – 18.00

**Loddefjord helsestasjon**  
**Haugatun, Vadmyrveien 77**  
**tlf.: 55 56 29 30**

tirsdag  
kl. 14.00 – 18.00

**Ulset helsestasjon**  
**Åsane senter 38**

**tlf.: 55 56 70 80**

onsdag  
kl. 15:30 - 19:00

**Nestun helsestasjon**  
**Kommunehuset,**  
**Wollert Konows plass 2**

**tlf.: 55 56 13 48**

onsdag  
kl. 16.00 – 19.00

**Sandsli helsestasjon**  
**Fanatorget, Aurdalslia 14.**

**tlf.: 55 56 17 86**

mandag  
kl. 17.00 – 19.00

**Indre Arna helsestasjon**  
**Ådnavegen 63 (Øyrane torg, 3. etasje)**

**5260 Indre Arna**

**tlf.: 55 56 26 35**

mandag kl . 16.00 - 18.00

## 9 Kilder:

---

- <sup>1</sup> MSIS-rapport (2010) 2010:38:10. Folkehelseinstituttet
- <sup>2</sup> Helsedirektoratet (2010) Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 - strategier for bedre seksuell helse.
- <sup>3</sup> Folkehelseinstituttet (2009). Rapport om svangerskapsavbrudd for 2008.
- <sup>4</sup> Helsedirektoratet (2010) Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015- strategier for bedre seksuell helse.
- <sup>5</sup> Folkehelseinstituttet (2009). Rapport om svangerskapsavbrudd for 2008.
- <sup>6</sup> Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS-1798
- <sup>7</sup> Program for et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten i grunnskolen. 2010. (Forslag til program er utarbeidet, men ikke behandlet.)
- <sup>8</sup> Hetlevik Ø, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Fam Pract.* 2010 Feb;27(1):3-8. Epub 2009 Oct 26.
- <sup>9</sup> Helsedirektoratet (2010) Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015- strategier for bedre seksuell helse.
- <sup>10</sup> Skjeldestad FE. Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd. SINTEF Helse 2003. ISBN 82-14-03251-2
- <sup>11</sup> Træen, Stigum, Magnus(2003) Rapport fra seksualvaneundersøkelsen 1987, 1992, 1997 og 2002.
- <sup>12</sup> Pedersen W (2003) Nye mønstre av seksualadferd blant ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforening* nr. 2, 2003
- <sup>13</sup> Bergsjø. P.(2004) *Obstetrik og gynekologi*. Gyldendal forlag
- <sup>14</sup> Skjeldestad F.E, Norderhaug I N (2008): Psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd. Sintef A9287 Rapport. Sintef helse
- <sup>15</sup> Pedersen W (2008): Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian journal of public health*, vol 36.
- <sup>16</sup> Tristan SB, Gilliam M. (2009) First trimester surgical abortion. *Clin Obstet Gynecol.* Jun;52(2):151-9.
- <sup>17</sup> Iversen O. E. Medikamentell abort – de første norske erfaringene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123:2422-4
- <sup>18</sup> Øren, A Leistad L Haugan T (2010): Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20-24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? Sintef A14751. Rapport. Sintef teknologi og samfunn.
- <sup>19</sup> Nasjonalt kunnskapssenter (2008): Lett tilgjengelig prevensjon til kvinner i alderen 20-24 år ved tilbud om gratis prevensjon.
- <sup>20</sup> Lee, Jongwon MS. (2007) Attitudes Toward Oral Contraceptive Use Among Women of Reproductive Age: A Systematic Review. *Advances in Nursing Science*. Volume 30(1), 2007,
- <sup>21</sup> MSIS- statistikk. FHI.no. 04.06.10. MSIS-rapport 2010:38:10.
- <sup>22</sup> Folkehelseinstituttet. (2010) *Smittevern*boka
- <sup>23</sup> Folkehelseinstituttet. (2003) *Seksuelt overførbare sykdommer i Norge ved århundreskiftet*.
- <sup>24</sup> Nasjonalt kunnskapssenter (2008): Tiltak for å øke kondombruken blant unge menn. Rapport nr. 09-2008.

- 
- <sup>25</sup>Marston C, King E. (2006) Factors that shape young peoples sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 2006. Vol 368
- <sup>26</sup>Agenda (2008) Evaluering av nasjonal ordning med utdeling av gratis kondomer. Rapport
- <sup>27</sup> ECDC (2008) Review of chlamydia control activities in EU contries.
- <sup>28</sup> Reinton. N (2007) Nettbasert selvprøvetaking for påvisning av chlamydiainfeksjon. *Tidsskr Norg Lægeforen.* Nr. 16 , 2007; 127:2080-2
- <sup>29</sup> MSIS- rapport 2010;38:10 Folkehelseinstituttet
- <sup>30</sup> Folkehelseinstituttet.(2009) Smittevernboka nr 18
- <sup>31</sup> Bakken IJ, Skjeldestad F.E. (2006): Chlamydia trachomatis blant mannlige studenter i Trondheim og Oslo- forekomst og smitteoppsporing. Sintef Helse. Rapport.
- <sup>32</sup> Kirby D. Laris. B.A. Roller L. (2006) Sex and HIV education programs for youth: Their impact and important Characteristics.
- <sup>33</sup> Kvaem. I L (2008) Fakta og myter om effekt av seksualundervisning i skolen. *Tidsskrift for norsk psykologforening.* Vol 45. nr. 6. 2008.
- <sup>34</sup> Myklestad I. (2003) Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. Folkehelseinstituttet . Rapport 2003:2:81
- <sup>35</sup> Oringanje C, Meremikwu M. M. Eko.H (2010) Interentioions for preventing unintended pregnancies among adolescent (Review). The Cochrane Collaboration.
- <sup>36</sup> Kvaem. I L (2008) Fakta og myter om effekt av seksualundervisning i skolen. *Tidsskrift for norsk psykologforening.* Vol 45. nr. 6. 2008.
- <sup>37</sup> Hetlevik Ø, Haug K, Gjesdal S. Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Fam Pract.* 2010 Feb;27(1):3-8. Epub 2009 Oct 26.
- <sup>38</sup> Folkehelseinstituttet (2009) Smittevernboka nr 18
- <sup>39</sup> Ginige S. (2007) Interventions for increasing chlamydia screening in primary care: a review.
- <sup>40</sup> Andersen B (2005) Opportunistic screening of young men for urogenital Chlamydia trachomatis infection in general practice. *Scandinavian journal of infectious Diseases.* Vol 37. Issue 1. 2005.