



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2023 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Seksuell helse i Skandinavia

Sexual health in Scandinavia

Juditte Cornelia Juul Diab
Folkehelsevitenskap

FORORD

Det føles en smule surrealistisk å skrive forordet til min egen masteroppgave etter en så lang og intens prosess. Denne masteroppgaven har bragt frem hele følelsesspekteret i meg; fra glede, spenning og lykkerus til tvil, håpløshet, og desperasjon. Prosessen har virkelig gitt meg noe å bryne meg på, men når jeg sitter her på målstreken er det helt klart noe jeg ikke ville vært foruten. Hadde noen fortalt meg at den eneste pensumboken jeg skulle lese fra start til slutt i løpet av min mastergrad var «Dokumentanalyse i praksis» er det høy risiko for at jeg hadde droppet ut. Lite visste jeg at dokumentanalyse skulle bli en metode jeg syns var veldig givende da jeg ble kjent med den.

Det er flere som fortjener en takk for at masteroppgaven har blitt til.

Til Hilde: Takk for god veiledning og oppmuntring gjennom prosessen. Du har gitt meg rom til mye refleksjon og undring underveis, noe som har tent gnist under min egen nysgjerrighet fordi jeg har fått lov å tenke selv. Samtidig har du vært der som en god faglig støtte å lene seg på. Jeg har alltid dratt fra våre veiledningstimer med mindre stress og mer pågangsmot.

Til Lovisa: Alle trenger en medstudentinne som støtte i prosessen og du har vært min. Du har vært et anker som har motivert meg til å møte opp hver eneste dag. Med deg har jeg kunnet dele oppturer og sammenbrudd, og det har vært minst like verdifullt å bruke tiden på å løse hverandres livsproblemer. Alle trenger en som forstår akkurat hva man står i, noen som tvinger deg til å pushe gjennom, og noen som minner deg på at livet handler om mer enn bare teorier og modeller. Takk for din oppmuntring og påminnelse om at det finnes sol, sommer, saltvann og øl i enden av tunnelen.

Takk til mine fine venner og familie som har støttet, heiet og oppmuntret meg hele veien inn i mål. Og en ekstra takk til min uvurderlige stefar Morten som alltid er klar til å lese, redigere, hjelpe, analysere og diskutere hva enn som står på timeplanen.

Til slutt, mitt eget mantra som har holdt meg gående i de mørkeste stunder;

«A good thesis is a done thesis»

Juditte

SAMMENDRAG

Seksuell helse har de siste årene blitt en integrert del av folkehelsearbeidet. Dette har ført til at flere land har publisert offentlige strategier og retningslinjer som fastslår hvordan man skal arbeide med seksuell helse på befolkningsnivå. Både Norge, Danmark og Sverige har offentlige dokumenter som omhandler seksuell helse noe som gjør det interessant å undersøke likheter og ulikheter i hvordan landene jobber med tematikken.

I denne oppgaven undersøkes problemstillingen «*Hvilke likheter og ulikheter finnes i de utvalgte offentlige dokumentene for seksuell helse i Norge, Danmark og Sverige? Hvordan kan disse likhetene og ulikhetene tolkes med bakgrunn i landenes unike kontekst og folkehelsepolitikk?*».

Metoden som har blitt brukt i oppgaven er dokumentanalyse. De tre offentlige dokumentene har blitt analysert ved hjelp av tre analyseverktøy; dokumentstedet, dokumentverktøy og dokumenttekster. I tillegg har diskursanalyse blitt brukt som støtte i metoden.

Resultatene i studien viser at det er flere ulikheter enn likheter i de offentlige dokumentene for seksuell helse i de skandinaviske landene. Likheter mellom dokumentene består av landenes arbeid på områder som seksuelt overførbare infeksjoner, uønskede svangerskap, seksuell orientering og kjønnsidentitet. Ulikhetene består av hva som ansees som god seksuell helse, helsepersonell og helse – og omsorgstjenestens rolle, likhet og likestilling, reproduktiv helse og hvilke diskurser som eksisterer rundt seksualitet. Diskusjonen i studien viser også at landenes individuelle kontekst og folkehelsepolitikk spiller en stor rolle i innholdet i dokumentene og implementering av mål og tiltak.

Avslutningsvis viser studien at seksuell helse er et tema som har en tendens til å bli fremstilt kunnskapsbasert, risikofokusert og helsesrelatert. Det er behov for at seksuell helse løftes frem som fagfelt, og særlig med fokus på flere aspekter av seksualiteten som det lystfulle, spennende og lidenskapelige.

ABSTRACT

In recent years, sexual health has become an integral part of public health work. This has led to several countries publishing public strategies and guidelines that determine how to work with sexual health at population level. Both Norway, Denmark and Sweden have public documents that concern sexual health, which makes it interesting to examine similarities and differences in how the countries work with the subject.

In this thesis, the research question is "Which similarities and differences are there in the selected public documents for sexual health in Norway, Denmark and Sweden?" How can these similarities and differences be interpreted in regard to the countries' unique context and public health policy?'

The method that has been used in the thesis is document analysis. The three public documents have been analyzed using three analytic tools which concern the document site, document tools and document texts. In addition, discourse analysis has been used as a support in the method.

The results of the study show that there are more differences than similarities in the public documents for sexual health in the Scandinavian countries. Similarities between the documents consist of the countries' work in areas such as sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, sexual orientation and gender identity. The differences consist of what is considered good sexual health, the role of healthcare professionals and the healthcare services, equality, reproductive health and what discourses exist around sexuality. The discussion in the study also shows that the countries' individual context and public health policy play a major role in the content of the documents and the implementation of targets and measures.

In conclusion, the study shows that sexual health is a topic that tends to be portrayed as knowledge-based, risk-focused and health-related. There is a need for sexual health to be promoted as a professional field, and in particular with a focus on broader aspects of sexuality such as the lustful, exciting and passionate.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
2. Bakgrunn	7
2.1 Seksuell helse som folkehelse	7
2.2 Seksuell helse og bærekraftsmålene	8
2.3 Hva er seksuell helse?.....	9
2.4 Seksuelle helse og rettigheter	10
2.5 Seksuell helse og rettigheter i Skandinavia	10
2.6 Bakgrunn for valg av oppgave	11
3. Teoretisk rammeverk	12
3.2 Dokumentanalyse	13
3.3 Støtte fra andre analysemetoder	14
4. Problemstilling	15
4.1 Formål med oppgaven	15
4.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	15
5. Metode	16
5.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
5.2 Utvalg av dokumenter	17
5.3 Offentlig strategi versus offentlige retningslinjer	18
5.4 Dokumentanalyse i praksis	19
5.5 Diskursanalyse i praksis	21
5.6 Avgrensinger i metoden.....	22
5.7 Etikk og forskerrollen	23
6. Resultater	23
6.1 Dokumentstedet	24
6.2 Sammenlikning av dokumentstedet	27
6.3 Dokumentverktøy	28
6.4 Sammenlikning av dokumentverktøy	42
6.5 Dokumenttekster	42
6.6 Sammenlikning dokumenttekster	57
6.7 Oppsummering likheter og ulikheter	57
7. Diskusjon	58
7.1 Oppbygning og struktur	59
7.2 Forholdet mellom avsender og mottaker	60
7.3 Målgrupper	62

7.4 Seksuelt overførbare infeksjoner	63
7.5 Uønskede svangerskap og abort	65
7.6 Veien til god seksuell helse	66
7.7 Uønskede seksuelle opplevelser	69
7.8 Seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten	71
7.9 Helsepersonells rolle	72
7.10 Likhet og likestilling	74
7.11 Seksuell orientering og kjønnsidentitet personer	76
7.12 Sammenhengen mellom reproduktiv og seksuell helse	76
7.13 Helsediskursen	77
7.14 Skal alle med?	78
7.15 Grenser og frihet	79
7.16 Hvilke ord blir brukt?	80
7.17 Ansvar for gjennomføring	81
8. Metodekritikk	83
8.1 Pålitelighet	83
8.2 Gyldighet	84
8.3 Overførbarhet	86
9. Konklusjon	86
Litteraturliste	88

1. Innledning

Seksuell helse har de siste årene blitt en integrert del av folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2020b). Da FNs bærekraftsmål ble til i 2015 ble seksuell helse løftet som et sentralt tema, noe som er bakgrunnen for at dette har blitt et fokusområde i flere land de siste årene (United Nations, 2015). Dette har ført til publisering av offentlige strategier og retningslinjer som fastslår hvordan man skal arbeide med seksuell helse på befolkningsnivå. Det er interessant å undersøke hva de offentlige dokumentene inneholder for å få et innblikk i hvordan ulike land arbeider med seksuell helse, som er en relativt ny tematikk i det offentlige. Ettersom denne oppgaven tilhører studieprogrammet «*Master i Folkehelsevitenskap*» ønsker jeg med bakgrunnsdelen å gi en introduksjon i hvordan seksuell helse forankres i en folkehelsekontekst. Deretter vil jeg trekke frem hvordan seksuell helse er forankret i internasjonale mål og handlingsplaner. Til sist vil jeg gi en beskrivelse av hva seksuell helse er og hvordan dette arbeides med i Skandinavia i dag.

2. Bakgrunn

2.1 Seksuell helse som folkehelse

«Helse» er et begrep som har sterke kulturelle røtter og har forskjellig betydning basert på hvor i verden man befinner seg (Nielsen-Bohlman L et al., 2004). Hva som ansees som god og dårlig helse påvirkes i stor grad av kultur, normer og trossystemer vel så mye som medisinsk forståelse og vitenskap (Nielsen-Bohlman L et al., 2004). Historisk sett har ordet helse vært sterkt knyttet til det fysiske som har med kroppen å gjøre (somatikk) og arbeidet man har gjort innenfor folkehelse har i hovedsak vært å sikre fravær av sykdom og lidelse i befolkningen gjennom epidemiologi (Institute of Medicine (US), 1988). I 1948 definerte Verdens helseorganisasjon (WHO) helse som fullstendig fysisk, mental og sosialt velbefinnende og ikke kun fravær av sykdom og lidelser (WHO, 2023a). Dette markerte et skille som ble av betydning fordi det åpnet opp for en bredere forståelse av hva helse var, og denne definisjonen av helse står fortsatt i dag (dog endel utvidet) (WHO, 2023a). Utover kun det somatiske har man i dag identifisert flere ulike områder som viktige for helsen og som man ønsker å arbeide med innenfor folkehelse. Regjeringen (2023) definerer folkehelsearbeidet som:

«Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som

beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen».

De faktorene som direkte eller indirekte fremmer eller hemmer befolkningens helse og trivsel kan være mange. Blant annet kan man se til Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell om helsedeterminantene som illustrerer hvor bredt og sammensatt faktorer som påvirker helse og trivsel er. Det er i dag flere aspekter innenfor helse som blir anerkjent, deriblant psykisk helse, sosial helse og seksuell helse (Helsedirektoratet, 2022a). Alle disse elementene ansees som viktige å arbeide med på befolkningsnivå for å oppnå god helse, noe som også gjenspeiles internasjonalt i bærekraftsmålene og i WHO sine mål (United Nations, 2015; WHO, 2023a).

2.2 Seksuell helse og bærekraftsmålene

Arbeidet for god seksuell helse på befolkningsnivå er internasjonalt forankret I FNs bærekraftsmål (United Nations, 2015). Tematikken finner man igjen i «Bærekraftsmål 3 – God Helse» som har som formål å «sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (United Nations, 2015). Der finner man delmål 3.7. som handler spesifikt om seksuell - og reproduktiv helse:

«3.7) Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, herunder familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer.»

I tillegg til dette har delmål 3.3 som mål å stanse epidemier av smittsomme sykdommer, noe som inkluderer seksuelt overførbare infeksjoner (SOI):

«3.3) Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer samt bekjempe hepatitt, vannbårne og andre smittsomme sykdommer.»

Bærekraftsmål 3 løfter viktigheten av å jobbe med seksuell - og reproduktiv helse på befolkningsnivå og fremmer at det bør være en del av myndigheters nasjonale strategier og programmer (United Nations, 2015). I bærekraftsmål 5 «Likestilling mellom kjønnene» er flere delmål knyttet til seksuell helse med særlig fokus på å beskytte jenter og kvinner sin trygghet og rettigheter i samfunnet (United Nations, 2015). Disse delmålene inkluderer

avskaffing av vold og skadelig praksiser samt sikre tilgang og rettigheter til god seksuell og reproduktiv helse for alle:

«5.2) Avskaffe alle former for vold mot alle jenter og kvinner både i offentlig og privat sfære, inkludert menneskehandel, seksuell utnyttning og andre former for utnyttning.»

«5.3) Avskaffe all skadelig praksis, som barneekteskap, tidlig ekteskap og tvangsekteskap, og kjønnslemlestelse.»

«5.6) Sikre tilgang til god seksuell og reproduktiv helse og reproduktive rettigheter for alle, i samsvar med handlingsprogrammet fra den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling, handlingsplanen fra Beijing og sluttdokumentene fra deres respektive tilsynskonferanser.»

2.3 Hva er seksuell helse?

At det offentlige arbeider med det man i dag kaller seksuell helse er ikke nytt, men har blitt gjort gjennom århundrer, dog med et snevrere fokus (Institute of Medicine (US), 1988). I hovedsak sentrerte arbeidet seg i lang tid om å stanse smitten av kjønnsykdommer og drive smittesporing for å beskytte befolkningen mot sykdommer som var potensielt dødelige (Haugstvedt & Lie, 2022; Institute of Medicine (US), 1988). I likhet med helsebegrepet har seksuell helse dermed også en tradisjon for å bli knyttet opp mot det somatiske. Største delen av det offentlige arbeidet som er gjort på seksuell helse gjennom årene har vært risikofokusert og i stor grad omhandlet å begrense det myndighetene anser som negative utfall, deriblant kjønnsykdommer, graviditet utenfor ekteskap og aborter (Mitchell et al., 2021; Nordberg, 2014). I 1975 ga WHO ut rapporten «Education and treatment in human sexuality» som for første gang beskrev seksualitet som et grunnleggende behov, og et aspekt ved det å være menneske som ikke kan skilles fra andre aspekter i livet (WHO, 1975). Denne rapporten anerkjente seksualitet som en viktig del av menneskets helse, noe som besto av mer enn bare sykdom og risiko. Etter 1975 har definisjonen av seksuell helse vært under stadig utvikling og i 2006 ble den igjen oppdatert av WHO. I senere tid har denne definisjonen blitt omtalt som revolusjonær fordi den for første gang anerkjente positiv seksualitet (Mitchell et al., 2021; WHO, 2023b). I samsvar med definisjonen av helse presiseres det i definisjonen at god seksuell helse handler om mer enn fravær av sykdom og risiko. Den løfter frem et holistisk perspektiv der seksuelt velbefinnende er i fokus og poengterer at gjennom individets

rettigheter skal god seksuell helse være en reell mulighet for alle. Per i dag defineres seksuell helse slik (oversatt av Store Norske Leksikon (2021):

«Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet. Det er ikke alene fravær av sykdom, dysfunksjon eller handicap. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, herunder også muligheten til å ha lystfylte og sikre seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.»

2.4 Seksuelle helse og rettigheter

En av grunnsteinene i seksuell helse er det man kaller seksuelle rettigheter. Det foreligger per i dag ingen enighet internasjonalt om definisjonen av seksuelle rettigheter, men det finnes to definisjoner som er mye referert til. Den ene er WHO sin arbeidsdefinisjon og den andre er Guttmacher – Lancet – kommisjonen (Starrs et al., 2018; WHO, 2002). Begge disse poengterer at god seksuell helse ikke kan oppnås eller ivaretas uten beskyttelse av visse menneskerettigheter. Det som utgjør seksuelle rettigheter er altså anvendelsen av menneskerettighetene innenfor det som berører seksualitet, og oppnåelsen av god seksuell helse er helt avhengig av respekt og anerkjennelse av disse rettighetene (Starrs et al., 2018). Dette er viktig å poengtere, for selv om WHO løfter seksuelle rettigheter og seksuell helse som en viktig del av folkehelsearbeidet, er det stadig mange land i verden der seksualitet og seksuell liv er svært tabulagt og regulert av myndigheter, men også like sterkt av moralske normer og prinsipper (Starrs & Anderson, 2016). Det er land som enda ikke anerkjenner seksuell - og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) noe som svært problematisk, i tillegg til å være et brudd på menneskerettighetene (Starrs & Anderson, 2016; United Nations, 1948). Dette er blant annet fordi det omhandler praktisering av kjønnslemlestelse på jenter og kvinner, barne – og tvangsekteskap, kriminalisering og dødsdom ved homofili, lovliggjøring av partnervold og voldtekt, kriminalisering av abort og langt flere lover og praksiser som berører SRHR feltet (United Nations, 1948). Dette skinner lys på hvor kontroversielt dette fagfeltet er internasjonalt, men også i kontrast av hvor viktig det er.

2.5 Seksuell helse og rettigheter i Skandinavia

Det er viktig å påpeke at i Norge, Danmark og Sverige anerkjennes SRHR – feltet som en grunnleggende del av menneskerettighetene (Folkhälsomyndigheten, 2020; Helse - og

omsorgsdepartementet, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018a). Alle de tre landene vektlegger at seksuelle rettigheter må opprettholdes for at god seksuell helse skal være en reell mulighet. Dette er årsaken til at oppgaven i hovedsak omhandler seksuell helse, og ikke har betraktelig fokus på seksuelle rettigheter, nettopp fordi det er konsensus rundt de seksuelle rettighetene i Skandinavia. I både Norge, Danmark og Sverige løftes seksuell helse som en sentral del av folkehelsepolitikken (Folkhälsomyndigheten, 2020; Helse - og omsorgsdepartementet, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018a). Alle de tre landene har offentlige retningslinjer eller strategier som omhandler hvordan man ønsker å arbeide for å oppnå god seksuell helse i befolkningen. Det er også konsensus i Skandinavia rundt WHO sin definisjon av seksuell helse noe som gjør at de tre landene har et likt verdigrunnlag med hensyn til fagfeltet (Folkhälsomyndigheten, 2020; Helse - og omsorgsdepartementet, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018a). Norge, Danmark og Sverige er relativt like land, både basert på hvordan landene styres og hvordan myndighetene er strukturert (Store Norske Leksikon, 2022a). Alle landene ansees som sosialdemokratier og måten det offentlige systemet i landene er bygget opp omtales ofte som «Den skandinaviske velferdsmodellen» noe som viser at modellen til landene bygger på like prinsipper (Store Norske Leksikon, 2022b). Etersom de skandinaviske landene er relativt i verdigrunnlag og struktur gjør at det er interessant å sammenlikne strategier og retningslinjer innenfor seksuell helse og undersøke om det finnes likheter og ulikheter mellom landene.

2.6 Bakgrunn for valg av oppgave

De siste årene har det vært et økt fokus på kvinnehelse noe som har interessert meg. Ved å studere «*Master i Folkehelsevitenskap*» har jeg blitt mer bevisst over hvilke politiske insentiver som ligger til grunn for diskusjonen rundt kvinnehelse og hvordan offentlig politikk direkte kan påvirke kvinner i samfunnet. Mange utfordringer innen kvinnehelse omhandler kvinners seksuelle liv og reproduktivitet. Basert på dette har seksuell helse vært et felt jeg lenge har syntes var interessant og ønsket å jobbe med, men jeg var ikke klar over at det fantes egne offentlige strategier eller retningslinjer for dette i Norge. Det var ved en tilfeldighet at jeg kom over den norske strategien for seksuell helse da jeg søkte etter litteratur om kvinnehelse. At seksuell helse var en del av folkehelsearbeidet i Norge hadde jeg kun reflektert over i kontekst av kvinnehelse, og det gjorde meg nysgjerrig på hva strategien inneholdt. Etter å ha skimmet gjennom var det umiddelbare inntrykket at strategien var relativt fremoverlent og det gjorde at jeg fikk lyst å undersøke om andre land hadde liknende dokumenter. Etter å ha søkt rundt oppdaget jeg at seksuell helse var en del av

folkehelsearbeidet i alle landene i Norden. Jeg ble nysgjerrig på om dokumentene var like, og det gjorde at jeg fikk lyst til å sammenlikne strategier eller andre offentlige dokumenter som omhandlet seksuell helse for å se på likheter og ulikheter mellom landene. Noe av bakgrunnen for at jeg ønsket å sammenlikne dokumentene i de skandinaviske landene var at familien min er dansk, men jeg er født i Norge. Dette gjorde det ekstra interessant ettersom jeg har vokst opp med å være tett på to av landene. Det betyr også at jeg har vokst opp med en omfattende grad av språkforvirring, noe som ikke har blitt bedre av å sammenlikne skandinaviske strategier. Det er derfor verdt å beklage til leser på forhånd for at det muligens er norsk/danske vendinger underveis.

3. Teoretisk rammeverk

3.1 Offentlige dokumenter som datakilde

Å bruke offentlige dokumenter som datakilde er både interessant og utfordrende. Først og fremst finnes det utallige offentlige dokumenter i forskjellig format og det kan være utfordrende å skille på hvilke dokumenter som er relevante datakilder i forbindelse med hva man søker å finne data om (Yang, 2014). Offentlige dokumenter har ulik juridisk binding og dermed ulike formål (Regjeringen, 2020). I tillegg er offentlige dokumenter i stor grad politiske og reflekterer politikken som er gjeldene for hvor de kommer fra (Yang, 2014). Offentlige dokumenter kan være alt fra retningslinjer, anbefalinger, handlingsstrategier, forskrifter, anvisninger, rapporter, høringsdokumenter, stortingsmeldinger, vedtak, referater og mange fler (Yang, 2014). I følge Yang (2014) er offentlige dokumenter i høyeste grad kontekstualisert basert på opprinnelsessted, men samtidig kan politikken som står i dem ha påvirkning på områder langt utenfor hvor de oppsto. I tillegg vil menneskene som kommer i kontakt med offentlige dokumenter ha ulike oppfatninger av dem basert på egne forståelser av politikk, maktstrukturer i samfunnet og deres forhold til myndighetene, noe som igjen vil påvirke hvordan det som står i dokumentene blir implementert (Fowler, 2009).

Når man bruker offentlige dokumenter som datakilde er det viktig å være bevisst på at disse er produsert i en bestemt kontekst til en bestemt tid (Bacchi, 2009). Det er lett å ta for gitt at offentlige dokumenter er fastsatte sannheter og fakta, basert på vitenskap og kunnskap (Bacchi, 2009). Selv om dette til dels kan være riktig gir det samtidig et ufullstendig bilde av hvordan dokumentene blir til og hva de inneholder. Det kan fort gå glemte at det som presenteres i slike dokumenter er et produkt av politiske og økonomiske prioriteringer (Asdal

& Reinertsen, 2021). Offentlige dokumenter skapes ofte gjennom en slagmark av visjoner, forhandlinger og konflikter mellom ulike partier og er en dragkamp mellom satsningsområder (Asdal & Reinertsen, 2021). De kan også bli preget av hva som rører seg i naboland av politiske strømninger, konflikter eller populærvitenskapelige trender som pågår nasjonalt eller internasjonalt (Asdal & Reinertsen, 2021). Denne dimensjon av dokumentene er ytterst viktig å ta stilling til for å klare og se dokumentet i sin helhet. Dette kan være utfordrende når dokumentene publiseres fordi de oppleves faglige og objektive (Bacchi, 2009). Det benyttes fagterminologi, tall og statistikk for å underbygge hva som står i teksten og det henvises til handlingsplaner, lovgivning eller strategier som kan gjøre at de oppleves komplekse og uoversiktlige. I tillegg er offentlige dokumenter såkalt «ansiktsløse», det vil si at de ikke er personifisert, men har myndighetene som avsender (Bacchi, 2009). Dette gjør at de får en tyngde over seg som gir en naturlig antagelse om at det som står er riktig, særlig i land der tilliten til myndighetene er høy, noe som er tilfellet i Skandinavia (SSB, 2016). Det er interessant å kritisk analysere offentlige dokumenter ved hjelp av metodiske verktøy for å bryte gjennom overflaten og se de elementene som ved første øyekast ligger gjemt.

3.2 Dokumentanalyse

Metoden som er brukt for å analysere de offentlige dokumentene i denne oppgaven er dokumentanalyse. Utgangspunktet er Asdal og Reinertsen (2021) sin bok, en praksisorienterte metode for hvordan gjøre dokumentanalyse. Den tar for seg analytiske og metodiske grep for å gå i dybden på dokumenter og undersøke hva som står i dem (Asdal & Reinertsen, 2021). Metoden er bygget opp som en håndbok og består av seks ulike metodiske verktøy. Disse kan anvendes på flere ulike type tekster, men er særlig nyttige når man analyserer dokumenter innenfor politikk eller forvaltning slik som i denne oppgaven (Asdal & Reinertsen, 2021). Verktøyene kan ansees som innfallsvinkler til å forstå de ulike elementene et dokument er bygget opp av. Asdal og Reinertsen (2021) metode er gunstig fordi den gir friheten til å velge de metodiske verktøyene som er hensiktsmessige basert på dokumentets form og basert på oppgavens dimensjoner og ambisjoner. Metoden gir også muligheten til å avgrense eller velge bort verktøy basert på relevans, tidsbruk eller omfang (Asdal & Reinertsen, 2021). Det er likevel viktig å påpeke at boken bygger på systematisk gjennomgang av dokumentene med hensikt om å analysere forskjellige dimensjoner. Verktøyene som presenteres i metoden er dokumentsteder, dokumentverktøy, dokumenttekster, dokumentarbeid, dokument saker og dokumentbevegelse (Asdal & Reinertsen, 2021). Disse brukes til å analysere blant annet oppbygning, innhold, målgruppe,

tema, formål, kontekst, tekst og ord. Nærmere beskrivelse av analyseverktøyene og hvilke som er valgt for denne oppgaven presenteres i metodekapittelet.

Asdal og Reinertsen (2021) sin metode ble valgt fordi den er hensiktsmessig når man ønsker å analysere mer enn kun teksten i et dokument. Metoden fokuserer på å sette dokumenter i en kontekst og oppfordrer til å se dem i sin helhet. Den gir rom for å undersøke aspekter som på hvilken måte dokumentet skaper endring, stedet det kommer fra eller hvilke saker som legger føringer for utviklingen eller utlevelsen av det som står. Dette var grunnlaget for at dokumentanalyse ble valgt og brukt i analysen av de offentlige dokumentene. Men det finnes også andre gode metoder, særlig når det kommer til å tolke tekst, som har blitt brukt som støtte i denne oppgaven.

3.3 Støtte fra andre analysemetoder

Diskursanalyse kan brukes alene eller som del av en dokumentanalyse fordi en diskurs tar for seg hva som skrives, sies og omtales innenfor et spesifikt tema, og dermed setter rammene for det (Jørgensen & Phillips, 2000). Diskurser styrer vår virkelighetsoppfatning og innenfor folkehelse finnes det eksempelvis en folkehelsediskurs. Michel Foucault forbindes med utformingen av diskursanalyse som metode (Jørgensen & Phillips, 2000). Diskursanalyse dykker dypere inn i ord og setninger og undersøker hvordan det som sies og formuleres påvirker vårt bilde av hvordan noe *er* (Jørgensen & Phillips, 2000). Innenfor en spesifikk diskurs er det lett å ta for gitt at det som presenteres som «sannheter» faktisk er sant (Bacchi, 2009). Metoden gir muligheten til å sette spørsmålstegn ved disse og kritisk undersøke om det som blir sakt stemmer overens med virkeligheten (Bacchi, 2009). Et eksempel på dette er det økte fokuset på folkehelse etter Covid-19 pandemien. Dette har resultert i at nyhetskanaler, medier og offentlige personer har omtalt flere problematikker innenfor samfunnet og helsesektoren som «folkehelseproblemer». Det er lett å godta en slik diskurs om at noe er et folkehelseproblem, uten å stille spørsmålstegn ved det eller reflektere over hva det vil si. En måte å bryte diskursen på er å stille spørsmål som eksempelvis; hva er et folkehelseproblem, hvor mange i en befolkning må påvirkes før noe kan klassifiseres slik eller hvem bestemmer hva som er et folkehelseproblem. Om man ikke gjør dette kan en diskurs lett bli tatt for gitt og få lov til å styre vår oppfatning uten at det blir undersøkt om den reflekterer virkeligheten (Bacchi, 2009).

Carol Bacchi har utviklet en diskursanalytisk tilnærming kalt «What's the problem represented to be (WPR)?» (Bacchi, 2009). Denne metoden har som hensikt å kritisk undersøke policy-er basert på hva som foreslås i dem. Det gjøres ved å granske hva som fremheves at *burde* gjøres i form av mål, anbefalinger eller løsninger. WPR – metoden fokuserer på at disse oppfatningene om hva som *burde* gjøres baseres på det som underliggende ansees å være problematisk (Bacchi, 2009). Implisitt gir de en representasjon av hva myndighetene mener er problemet. Slike representasjoner tas ofte for gitt fordi de bygger på en ubevisst antagelse om at myndighetenes logikk stemmer. Derfor oppfordrer Bacchi (2009) til at man leser strategiene med hensikt om å lete etter hvordan problemet representeres og dekonstruere logikken som ligger bak. En slik tilnærming utfordrer den klassiske oppbygningen av «problem» og «løsning» som ofte kommer hånd i hånd (Beltsas & Beasley, 2012). Ved analyse av retningslinjer har man en tendens til å kritisk gjennomgå løsninger som har blitt presentert, om disse var effektive og foreslå nye løsninger til et problem (Beltsas & Beasley, 2012). Man glemmer at «problemer» ikke nødvendigvis er objektive sannheter, men kan være kontroversielle og ladet med mening (Bacchi, 2009). WPR – metoden oppfordrer til å snu blikket og se på hvordan policy-er aktivt former problemer og at en slik forming legger grunnlaget for videre utvikling av strategier og løsninger.

4. Problemstilling

4.1 Formål med oppgaven

Formålet med masteroppgaven er å analysere de tre skandinaviske landene sine offentlige dokumenter for seksuell helse og undersøke hva de har som sentrale fokusområder.

Hensikten er å trekke frem likheter og ulikheter mellom landene, og deretter gjøre en sammenlikning av fokusområdene. Videre er målet å diskutere likheter og ulikheter i lys av landenes unike kontekst og folkehelsepolitikk for å få en økt forståelse av hvorfor hvert land fokuserer som de gjør. En slik komparativ dokumentanalyse kan bidra til økt kunnskap om hvordan de tre skandinaviske landene jobber med seksuell helse på befolkningsnivå.

4.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstillingen for oppgaven er som følger: Hvilke likheter og ulikheter finnes i de utvalgte offentlige dokumentene for seksuell helse i Norge, Danmark og Sverige? Hvordan

kan disse likhetene og ulikhetene tolkes med bakgrunn i landenes unike kontekst og folkehelsepolitikk?

For å besvare problemstillingen er det spesifisert noen forskningsspørsmål som driver oppgaven. Disse er 1) Hva løftes som «løsninger», altså viktige mål og delmål for seksuell helse? 2) Hvordan sier disse «løsningene» implisitt noe om hva avsender anser som problematisk? 3) Styres avsender av visse diskurser, og eventuelt hvilke?

5. Metode

Som vist i den teoretiske forankringen bygger metoden i oppgaven på Asdal og Reinertsen (2021) sin metode «*Hvordan gjøre dokumentanalyse*». I tillegg har oppgaven diskursanalyse og Carol Bacchi (2009) som støtte i metoden for å gi best mulig grunnlag for å besvare problemstillingen. Metod delen av oppgaven presenterer grunnlaget for hvilke dokumenter som ble valgt. Videre gir den en grundig beskrivelse av hvordan analysen ble gjort, hvilke avgrensninger som var nødvendige og hvilke etiske hensyn som må vurderes i forbindelse med forskerrollen.

5.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å gjøre en avgrensning over hvilke dokumenter som skulle med oppgaven ble det bestemt noen inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier;

- Offentlige dokumenter som omhandlet seksuell helse
- Dokumenter fra Skandinavia
- Samme format som det norske dokumentet
- Utgitt av tilsvarende instanser som det norske dokumentet
- Måtte inneholde mål og tiltak for seksuell helse i befolkningen
- Måtte være tilgjengelige for offentligheten
- Nyeste publiserte dokumenter for seksuell helse

Disse inklusjonskriteriene ble satt for å finne dokumenter som liknet mest mulig på den norske strategien for seksuell helse. Bakgrunnen for at Skandinavia ble et inklusjonskriterie var at Norge, Danmark og Sverige er relativt like land basert på hvordan myndighetene er strukturert og hvordan de arbeider noe som gir godt sammenlikningsgrunnlag (Store Norske

Leksikon, 2022a; Yang, 2014). Et viktig punkt når man analyserer offentlige dokumenter er å forsikre seg om at dokumentene tilsvare hverandre i form, og er utgitt av tilsvarende instanser (Yang, 2014). Den norske strategien er utgitt av Helse - og omsorgsdepartementet (2016) som er en instans på makronivå, i tillegg til at det er en nasjonal strategi. Et inklusjonskriterie ble derfor at dokumentene fra Sverige og Danmark måtte tilsvare dette strukturelle nivået og være utgitt av en offentlig instans med samme myndighet som Helse – og omsorgsdepartementet.

Eksklusjonskriterier;

- Dokumenter med annet format

Ved annet format menes tekster som faktablad, rapporter og dokumenter med hensikt om informasjon eller opplysning. Avgrensing av tekstmateriale som skulle brukes i oppgaven ble gjort basert på disse inklusjons – og eksklusjonskriteriene og var relativt enkelt fordi jeg i praksis kun var på jakt etter to dokumenter, nemlig de tilsvarende dokumentene til den norske strategien for seksuell helse.

5.2 Utvalg av dokumenter

Jeg fant dokumentene gjennom å søke på myndighetens nettsider. For Norge var det Helse - og omsorgsdepartementet (2016) som sto oppgitt som forfatter i den norske strategien. For Danmark lette jeg meg først frem til Innenrigs- og Sundhedsministeriet sine nettsider. De danske ministeriene tilsvare de norske departementene og er på samme myndighetsnivå. Der var seksuell helse nevnt svært kort, og nettsiden henviste videre til Sundhedsstyrelsen hvor jeg fant retningslinjene for seksuell helse i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Sundhedsstyrelsen tilsvare det norske Helsedirektoratet og de danske retningslinjene var dermed publisert på ett myndighetsnivå lavere enn den norske strategien ettersom Helsedirektoratet er underlagt Helse – og omsorgsdepartementet og tilsvarende for Sundhedsstyrelsen og Innenrigs – og Sundhedsministeriet (Sundhedsstyrelsen, 2023). For Sverige fant jeg ingenting om seksuell helse på Socialdepartementet sine sider som var det departementet med ansvar for sosial omsorg og helsevesen (Regeringen, 2023). Dermed googlet jeg seksuell helse i Sverige og fant den svenske strategien på Folkhälsomyndigheten sine nettsider (Folkhälsomyndigheten, 2023b). Dette er en statlig myndighet under Socialdepartementet og tilsvare det norske Folkehelseinstituttet (Folkhälsomyndigheten,

2023a). Dette var også en instans som var et myndighetsnivå lavere og dermed var det kun den norske strategien som hadde et departement som avsender. De andre to dokumentene til Danmark og Sverige tilsvarte hverandre i myndighetsnivå og var begge publisert av en instans som var underlagt departementet med offentlig ansvar for helse. Det svenske dokumentet tilsvarte det norske i form (strategi), men ikke i avsenders myndighetsnivå. Det danske dokumentet tilsvarte verken på form (retningslinjer) eller myndighetsnivå, men var det som var tilgjengelig innenfor temaet seksuell helse. Dermed endte jeg opp med å bryte med ett av mine inklusjonskriterier. Likevel omhandlet alle de tre dokumentene om hvordan man skulle arbeide for å oppnå god seksuell helse på befolkningsnivå. Alle dokumentene hadde definert fire eller fem delmål for hvordan dette skulle gjøres, samt handlingsområder og tiltak. De var alle utgitt av offentlige instanser på det høyest myndighetsnivået som var tilgjengelig og basert på dette anså jeg dem som like nok til at de kunne sammenliknes i oppgaven.

Basert på kriteriene endte jeg opp med disse tre dokumenter som tar for seg en strategi eller retningslinjer for seksuell helse. Disse var 1) «*Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*» av Helse – og omsorgsdepartementet (2016), Norge. 2) «*Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*» av Folkhälsomyndigheten (2020), Sverige og 3) «*Forebyggelsespakke Seksuel Sundhed*» av Sundhedsstyrelsen (2018a), Danmark. For enkelhetens skyld har jeg i oppgaven valgt å omtale disse som «de tre dokumentene» når jeg skriver om dem i fellesskap. Alle dokumentene er på originalspråket og er for øyeblikket de strategiene eller retningslinjene som er i kraft. To av dokumentene er kategorisert som nasjonale strategier og har dette i tittelen på dokumentet. Danmark sitt dokument sier ikke noe om sjanger eller form av dokumentet, hverken i tittel eller i selve teksten. Likevel ligger dokumentet på Sundhedsstyrelsen sine nettsider kategorisert under «anbefalinger/retningslinjer» for seksuell helse og dermed følte jeg meg trygg på at dette var det riktige dokumentet (Sundhedsstyrelsen, 2020).

5.3 Offentlig strategi versus offentlige retningslinjer

Basert på dokumentene som ble valgt i oppgaven er det relevant å kort gjøre rede for forskjellen på en offentlig strategi og en offentlig retningslinje. Norge og Sverige har begge valgt å gi ut nasjonale strategier for seksuell helse (Folkhälsomyndigheten, 2020; Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Ifølge regjeringens nettside er strategier noe som lages og

utgis av departementene eller statsministerens kontor (Regjeringen, 2020). Det står ingen informasjon om i hvilken grad disse dokumentene skal etterfølges eller om en strategi har noen form for juridisk binding. Det er heller ikke tydelig, verken på de norske eller svenske myndighetenes nettside, hva en strategi inneholder eller hvordan den skal brukes. Til sammenlikning er Danmark sitt dokument utgitt under kategorien «anbefalinger/retningslinjer» (Sundhedsstyrelsen, 2020). Ifølge norske myndigheter er nasjonale retningslinjer dokumenter med systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2020a). Disse dokumentene er ikke rettslig bindende, men de er faglig normerende for valg som man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenestene. Det var utfordrende å finne tilsvarende definisjon på de danske myndigheters nettside, men ettersom de danske retningslinjer for seksuell helse er del av et større prosjekt kalt «Forebyggelsespakkerne» var det informasjon om disse. Ifølge danske myndigheter er forebyggelsespakkerne et vitenskapsbasert verktøy til kommunene med faglige anbefalinger som kan bidra til å prioritere og kvalitetsutvikle det kommunale forebyggelsesarbeidet (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Det fremstår ikke som om noen av dokumentene er juridisk bindende, men at retningslinjene har noe større faglig tyngde og prioritering enn strategiene.

5.4 Dokumentanalyse i praksis

Det første jeg gjorde var å skimme igjennom hvert dokument for å få et helhetlig inntrykk over oppbygningen. Deretter opprettet jeg et Excel-dokument hvor jeg satte de tre landene opp ved siden av hverandre. Før jeg startet på metoden til Asdal og Reinertsen (2021) noterte jeg ned overordnede ting som overskrifter, antall kapitler, tittel o.l. Jeg brukte deretter et stykke tid på å sette meg inn i de ulike analyseverktøyene som Asdal og Reinertsen (2021) presenterer. Ettersom jeg hadde valgt tre dokumenter som alle hadde en lengde på mellom 30-65 sider ble det tydelig at jeg ikke ville få muligheten til å analysere alle dimensjoner av dokumentene basert på omfanget av tekst. Selv om alle de seks metodeverktøyene kunne vært interessante å bruke i oppgaven valgte jeg ut de som virket mest hensiktsmessige basert på min problemstilling og dokumentenes form. De tre jeg valgte var; dokumentsteder, dokumentverktøy og dokumenttekster. Disse anså jeg relevante fordi de analyserte dokumentene i en kontekst basert på hvor de kom fra, hvilke mål de hadde satt for befolkningen og hva som står i teksten. Under sees en beskrivelse av de ulike verktøyene og hvordan de ble brukt. For å avgrense oppgaven valgte jeg å utelate tre av punktene i metoden

til Asdal og Reinertsen (2021) og disse vil bli beskrevet lenger nede i oppgaven. Følgende verktøy er hentet fra Asdal og Reinertsen (2021) sin bok «Hvordan gjøre dokumentanalyse»:

Dokumentsteder

Under punktet *dokumentsteder* undersøkte jeg stedet dokumentene kom fra. Hovedfokuset her var avsenderen og hvilken myndighet avsenderen har. Det inkluderte avsenderen som organisasjonen, i tillegg til andre enkeltpersoner eller arbeidsgrupper som sto oppgitt i forbindelse med skapelsen av dokumentet. I tillegg omhandlet det hvem målgruppen var og hvem dokumentet henvendte seg til. Her analyserte jeg hvordan avsenderen henvendte seg til mottaker og hvilket forhold som ble skapt mellom de to. Jeg undersøkte om dokumentet sto alene som tekst eller om det var del av større prosjekter eller insentiver innenfor fagfeltet. I tillegg undersøkte jeg om det sto noe i dokumentene om grunnlaget for skapelsen av det eller konteksten rundt som politiske insentiver eller trender i samfunnet som var årsak til dets eksistens.

Dokumentverktøy

Dokumentverktøy handler om hvordan et dokument er et verktøy for å skape forandring gjennom å sette en sak i bevegelse. Under dette punktet undersøkte jeg hvilke endringer dokumentene foreslo med mål om å skape forandring. I analysen undersøkte jeg konkret hvilke mål, delmål og tiltak som var definert og hvordan disse fungerte som verktøy til å skape endring.

Dokumenttekster

Punktet *dokumenttekster* tar for seg det som foregår i teksten. Basert på dette forsøkte jeg å analysere hva som sto i selve brødteksten og på hvilken måte det som sto var bygget opp. Om det var ord, fraser eller formuleringer som ble gjentatt eller lagt ekstra vekt på og om språket opplevdes forståelig eller komplisert. Deretter undersøkte jeg dokumentets oppbygning, komposisjon og elementer som var gitt en sentral plass i teksten, samt elementer som var gitt mindre plass. Jeg undersøkte også om noe ble gjemt bort eller ikke nevnt i teksten, men som kanskje burde bli det. Særlig fokuserte jeg i dette punktet på om det var spesifikke diskurser som rådet og prøvde å finne ut hvordan disse var bygget opp eller anvendt gjennom teksten. Til sist

undersøkte jeg om det var spesifikke grupper som ble nevnt gjentagende ganger eller direkte eller indirekte ansvarliggjort i teksten.

Da jeg anvendte de tre analyseverktøyene på mine dokumenter brukte jeg et Excel – ark til å notere i. Jeg startet med det første verktøyet og analyserte de tre dokumentene ved hjelp av dette. Å ha kolonner med landene ved siden av hverandre gjorde at likheter og ulikheter kom tydeligere frem som gav meg muligheten til å analysere dette underveis. Dermed la jeg til to kolonner hvor jeg noterte likheter og ulikheter mens jeg analyserte. Deretter gjorde jeg det samme for de to neste analyseverktøyene. Da satt jeg igjen med en oversikt over innholdet i de tre dokumentene og hvilke likheter og ulikheter som eksisterte. Selv om jeg hadde mange konkrete temaer i min oversikt satt jeg likevel med følelsen av at jeg ikke hadde kommet dypt nok ned i selve teksten. Dermed tok jeg i bruk diskursanalyse som metode og gjennomgikk teksten igjen med denne tilnærmingen.

5.5 Diskursanalyse i praksis

En diskursanalytisk tilnærming inspirerte meg veldig i forbindelse med at jeg leste andres masteroppgaver og lærte mer om metodene. Jeg synes ikke det var gunstig å ha verken diskursanalyse eller WPR som metode i oppgaven fordi disse i hovedsak tar for seg tekstanalyse, og jeg ønsket å analysere mine dokumenter i en større helhet og kontekst. Likevel ønsket jeg å bruke diskursanalyse som støtte-metode fordi den gir muligheten til å dypdykke i teksten og se hva som står skrevet fra ulike perspektiver. Dette resulterte i at jeg tok metoden med som et punkt i analysen og i Excel-arket. Jeg la til en kolonne hvor jeg noterte hva som ble presentert som «løsningen» i dokumentene og hva dette implisitt fortalte om problemet. I tillegg la jeg til en kolonne hvor jeg noterte om det var visse diskurser eller narrativ som var fremtredende og på hvilken måte de formet dokumentene eller styrte leseren i sin oppfattelse av temaet. Min metode for oppgaven var da fortsatt dokumentanalyse som helhet, men er sterkt preget av diskursanalyse og Carol Bacchi (2009).

Gjennomgående i analysen prøvde jeg å balansere mengden tekst jeg skrev om hvert land. Likevel ble det tydelig at ettersom det norske dokumentet var dobbelt så langt som de to andre var det mer å analysere og flere resultater. Derfor er oppgaven noe preget av en overvekt av resultater og diskusjon om den norske strategien selv om jeg prøvde å begrense dette så mye som virket hensiktsmessig uten å miste viktig innhold. Etter å ha gjennomgått

dokumentverktøyene i tillegg til diskursanalytiske spørsmål var neste steg å skrive resultater, for så å undersøke årsaken til likhetene og ulikhetene i strategi, prioriteringer og diskurser.

5.6 Avgrensinger i metoden

Som nevnt ble oppgaven avgrenset ved at jeg valgte å utelate tre av punktene i metoden til Asdal og Reinertsen (2021). Disse blir kort beskrevet under og hvorfor jeg ikke anså dem som like relevante;

Dokumentarbeid

Dokumentarbeid omhandler bearbeiding av dokumentet, det vil si redigering, kvalitetssikring, bearbeidelse o.l. Ettersom helsemyndighetene var avsender anså jeg det ikke som hensiktsmessig å undersøke dette fordi det ville vært tidskrevende å kontakte institusjonene for å få innblikk i prosessen. Av tidsmessige hensyn valgte jeg å utelate dette fra oppgaven.

Dokumentsaker

Dokumentsaker handler om å se dokumentet som et saksdokument, det vil si hva saken dreier seg om, lovgitte føringer, hvilke hensyn som må tas for å muliggjøre handling o.l. Dette punktet er særlig relevant for byggeplaner, budsjetter, nye lovgivninger etc. Likevel kan alle dokumenter ansees som saksdokumenter og dokumentene i denne oppgaven omhandler flere saker gjennom tiltakene som presenteres. Tidsmessig og basert på oppgavens omfang ble det for stort å undersøke alle sakene i dokumentene fordi jeg måtte ha analysert alle tiltakene som presenteres.

Dokumentbevegelser

Dokumentbevegelser tar for seg hvordan dokumentet beveger seg etter det har blitt publisert, det vil si om dokumentet treffer målgruppen og hvordan det blir brukt videre. Dette er et svært interessant punkt, men omhandler at man må undersøke om anbefalingene blir implementert i praksis og i hvilken grad landene har etterfulgt det som står i dokumentene. Dette virket omfattende å få oversikt over på kort tid, i tillegg til at punktet strakk seg utover analyse av selve dokumentet noe som gjorde at jeg valgte å utelate det fra oppgaven.

5.7 Etikk og forskerrollen

I denne masteroppgaven er det ikke innhentet ny kunnskap eller data. Det er ingen enkeltpersoner eller grupper involvert, og det fremkommer ikke ny informasjon om sykdom eller helse. Dermed har det ikke vært nødvendig med vurderinger fra Norsk Senter for forskningsdata (SIKT) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det er viktig å reflektere over forskerrollen og hvordan oppgaven kan bli påvirket av forskerens egne forutsetninger. I en oppgave som omhandler dokumentanalyse og diskurser er det viktig å anerkjenne at min analyse av diskursene er en diskurs i seg selv, og er konstruert ut fra min forforståelse av temaet og kunnskapen jeg sitter med (Bacchi, 2009). I tillegg bør forskeren være bevisst over skjevheter eller bias som er til stede eller oppstår underveis i arbeidet (Galdas, 2017).

Jeg har gjennomgående i oppgaven prøvd å være så systematisk og gjennomslutning som mulig for å styrke min egen reliabilitet som forsker. Man har et ansvar når man velger å skrive om noe som andre har produsert, særlig med tanke på referering og kildehenvisning (Asdal & Reinertsen, 2021). I tillegg kommer det et ansvar når man kritisk analyserer andres verk med å være bevisst på at det ikke er hensiktsmessige og «henge ut» eller å analysere i verste mening (Bacchi, 2009). Målet er å være objektiv i min analyse og at det kritiske blikket er basert på kunnskap og ikke mine subjektive meninger eller holdepunkt. Bacchi (2009) løfter at man kan gå kritisk til verks uten å forsøke og «fange» forfatterne i feil og mangler, men heller løfte frem et underliggende nivå av mening i det som skrives. Dette har jeg gjennomgående prøvd å gjøre. Avslutningsvis i oppgaven kommer et avsnitt om metodekritikk og hvilke utfordringer som oppsto underveis.

6. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene av analysen. Dette gjøres basert på de tre overnevnte analysepunktene; dokumentstedet, dokumentverktøy og dokumenttekster. Det er først beskrevet resultater av fokusområdene til hvert land og deretter gjort en sammenlikning for å løfte frem likheter og ulikheter mellom dokumentene. Tabell 1 er en samling av alle resultatene for å gi leseren et overblikk over hele resultatdelen. I tillegg er det laget en tabell for hvert analyseverktøy. Alt som står i resultatdelen er hentet fra de tre dokumentene. For å

unngå uhensiktsmessig mye referering, refereres det til hvilket dokument resultatene er hentet fra i overskriften for hvert analysepunkt.

Tabell 1 – Oversikt over alle resultater

	Dokumentstedet	Dokumentverktøy	Dokumenttekster
Tema	<ul style="list-style-type: none"> - Avsender - Presentasjon av avsender - Målgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> -Seksuelt overførbare infeksjoner -Uønskede svangerskap og abort -Veien til god seksuell helse - Uønskede seksuelle opplevelser - Seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten - Helsepersonells rolle - Likheter og likestilling - Seksuell orientering og kjønnsidentitet - Reproduktiv helse 	<ul style="list-style-type: none"> - Oppbygning - Hovedtemaer i teksten - Ord og formuleringer - Ansvarsfordeling

6.1 Dokumentstedet

Tabell 2 gir en oversikt over resultatene basert på analyse av *dokumentstedet* for de tre landene.

Tabell 2 – Resultater dokumentstedet

Dokumentstedet	Land		
	Norge	Danmark	Sverige
Avsender	- Avsender er helse og omsorgsdepartementet, underlagt regjeringen	- Avsender er Sundhedsstyrelsen, underlagt Indenrigs – og sundhedsministeriet	- Avsender er Folkhälsomyndigheten, underlagt Socialdepartementet
Presentasjon fra avsender	- Mellomstor logo plassert øverst på forsiden - Tekst og bilde av Bent Høie	- Liten logo plassert nederst på forsiden - Ingen informasjon om personer eller avdelinger	- Mellomstor logo plassert øverst midt på forsiden - Tekst fra Johan Carlson

	- Ingen informasjon om hvilke avdelingen som har skrevet strategien	som har utgitt retningslinjen	- Ansvarlig avdeling for strategien er smittevern og helsevern
Målgruppe	- Målgruppen er befolkningen generelt og alle som jobber i helse – og omsorgstjenesten, i bruker – og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning	- Målgruppen er kommunene	- Målgruppen er myndigheter, kommuner og regioner, og andre berørte aktører i arbeidet med SRHR

Norge – Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022) av Helse - og omsorgsdepartementet (2016).

Avsender

Dokumentet er en strategi utgitt av Helse - og omsorgsdepartementet (2016) og publisert i 2017. Utgiveren er øverste offentlige myndighet for helse i Norge og er underlagt regjeringen. Deres logo er plassert øverst til venstre i dokumentet med mellomstor tekst. Tittelen på strategien er en oppfordring til leseren «Snakk om det!» og står skrevet i svart med større skrift midt på forsiden. I mindre skrift står resten av tittelen «strategi for seksuell helse (2017-2022)». Det står ikke hvilke(n) avdelinger hos Helse – og omsorgsdepartementet som har skrevet strategien. Største delen av siden er en illustrasjon i duse farger som viser personer i forskjellige livssituasjoner og aldre.

På side to av dokumentet kommer en tekst med tittel «Snakk om kraft» og et bilde og signatur av Bent Høie, daværende Helse – og omsorgsminister. Teksten er skrevet i jeg-form og veksler mellom ulike personlig pronomen som jeg, du og vi. I teksten skriver Bent Høie om kraften som er seksualitet og hvordan vi kjenner denne kraften gjennom livet. Det er beskrivelser av å rødme, fantasier om å stryke hånden over nakken til en på skolen, tegne forbudte tegninger, ligge hud mot hud og pust mot pust. Han trekker frem at noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina, men at den sitter like mye mellom ørene. Seksualitet blir satt i kontekst av helse og at god eller dårlig seksuell helse kan ha en påvirkning på hvordan vi har det. Til sist forteller han om den begrensede seksualundervisning han selv fikk i skolen og om at det ikke ble snakket om lengsel, lyst,

nærhet og kjærlighet. At vi snakker for lite og sjeldent om seksualiteten vår og at det er nettopp dette strategien skal handle om. Teksten avsluttes med oppfordringen at vi må snakke mer om seksualiteten vår.

Målgruppe

Målgruppen til strategien er *«befolkningen generelt og alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, i bruker- og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning»*.

Dokumentet samler for første gang arbeidet for seksuell helse i Norge i en felles strategi. Tidligere har det vært to dokumenter som har tatt for seg de viktigste problemstillingene, én nasjonal hivstrategi og én handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Disse er nå samlet i en felles strategi som *«gir muligheten for å tydeliggjøre betydningen av seksuell helse i bredt, samt en helhetlig innsats for å styrke hele befolkningens seksuelle helse»*. Strategien skulle i utgangspunktet gjelde til 2022, men ettersom det per dags dato ikke har kommet ny strategi er det lovpålagt at den gamle fortsatt gjelder.

Danmark – Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed av Sundhedsstyrelsen (2018a)

Innledning

Dokumentet er en retningslinje utgitt av Sundhedsstyrelsen og publisert i 2018.

Sundhedsstyrelsens logo er plassert i liten skrift nederst i venstre hjørne. «Seksuel sundhed» er skrevet i stor rosa skrift midt på forsiden på en mørkelilla bakgrunn. Over står tittelen «forebyggelsespakke» i mindre hvit skrift. Største delen av forsiden er en illustrasjon og to sirkler som går inn i hverandre, en rosa og en hvit. Nederst til høyre står slagordet «Sundhed for alle» i rosa skrift som er felles visjonen for et bæredyktig sunnhetsvesen skapt av danske regioner (Danske regioner, 2017). Danmark har ikke noe forord fra ledere eller andre personer som jobber for den offentlige myndigheten, men starter rett på innholdsfortegnelse og fakta.

Målgruppe

Målgruppen til retningslinjen er kommunene. «Forebyggelsespakkerne» er et større prosjekt utviklet av danske myndigheter for å understøtte kommunenes arbeid med sunnhetsfremming og forebygging (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Retningslinjen er del av en samling anbefalinger innenfor ulike helserelevante områder som alkohol, fysisk aktivitet og tobakk o.l. Dette er bakgrunnen for navnet «forebyggelsespakke». Formålet med retningslinjen er å understøtte kommunens arbeid med å øke den seksuelle sunnhet og trivsel blant alle borgere.

Sverige - Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) av Folkhälsomyndigheten (2020)

Innledning og målgruppe

Dokumentet er en strategi utgitt av Folkhälsomyndigheten og publisert i 2020.

Folkhälsomyndighetenes logo er plassert øverst midt på dokumentet og er i farge. «Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)» er skrevet i stor svart skrift på hvit bakgrunn. Under står det overordnede målet til strategien som er «en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen». I høyre hjørne er en blå og grønn illustrasjon som ser ut til å være et forstørret utklipp av Folkhälsomyndigheten sin logo. På side tre i dokumentet står en tekst «om publikasjonen» skrevet av generaldirektør for Folkhälsomyndigheten, Johan Carlson. Det er ingen bilde eller signatur. Teksten opplyser om Folkhälsomyndigheten sine ansvarsområder som inkluderer nasjonal koordinering, kunnskapsbygging og å følge utviklingen innenfor SRHR i Sverige. Deretter står det om det overordnede målet og at utgangspunktet for strategien er at seksuell og reproduktiv helse er en grunnleggende del av den allmenne helsen og velbefinnende. Det står at seksuelle rettigheter er grunnleggende for god seksuell helse og en selvsagt del av folkehelsearbeidet. Til sist trekkes målgruppen for strategien frem og ansvarlig enhetssjef Louise Mannheimer fra avdelingen for smittevern og helsevern. Målgruppen for strategien er «*myndigheter, kommuner og regioner, og andre berørte aktører i arbeidet med SRHR.*

6.2 Sammenlikning av dokumentstedet

De tre dokumentene har både likheter og ulikheter basert på analysepunktet dokumentstedet.

Alle dokumentene er utgitt av en offentlig instans, men med ulikt myndighetsnivå.

Avsenderne presenteres med logo på første siden av dokumentet, men med ulik størrelse og «blikkfang» basert på hvor den er plassert. Den norske og svenske strategien har en tekst fra minister/direktør fra gjeldene instans dog tekstene har svært ulikt innhold. Det danske dokumentet har ingen tekst som dette. Alle dokumentene har oppgitt en målgruppe. Denne har likheter fordi alle har direkte eller indirekte nevnt kommuner som målgruppe. Den norske strategien har bredest fokus som inkluderer befolkningen og dem som jobber i ulike tjenester, mens den svenske strategien er mer rettet mot det offentlige rom og andre aktører.

6.3 Dokumentverktøy

Tabell 3 gir en oversikt over resultatene basert på *dokumentverktøy* for de tre landene.

Dokumentverktøy består av en analyse av dokumentenes mål, delmål og tiltak.

Tabell 3 – Resultater dokumentverktøy

Delmål om	Hva er lagt mest vekt på/underkategorier		
	Norge	Danmark	Sverige
Seksuelt overførbare infeksjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere smitte av SOI - Fokus på HIV - Stimulere til økt kondombruk - Økt testtilbud og smittesporing - Tidlig og riktig behandling 	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere forekomst og spredning av seksykdommer - Samfunnskostnader knyttet til usikker sex - Undervisning om prevensjon, testtilbud, smittesporing og behandling 	<ul style="list-style-type: none"> - Fjerne risiko for SOI - Sikre tilgang til rådgivning, støtte, testing, behandling, vaksinasjon og screening
Uønskede graviditeter (og abort)	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere uønskede svangerskap - Redusere abort - Tilgang til rådgivning og prevensjon - Subsidiert prevensjon og forskrivningsrett til helsesøstre 	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere uønskede graviditeter - Redusere kostnader i helsevesenet - Tilgang til rådgivning og prevensjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Fjerne risiko for uønskede graviditeter - Tilgang til prevensjon - Tilgang til trygg abort - Kunnskap, rådgivning om reproduktive spørsmål som forebygging
Veien til god seksuell helse	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap og kompetanse er veien til god seksuell helse - Ivaretagelse av seksuell helse er eget ansvar - Ingen info om hva som hindrer dette i dag 	<ul style="list-style-type: none"> - Borgerne skal støttes av myndighetene på veien til god seksuell helse - Ønske om en positiv seksuell utvikling - Nåværende faktorer er barrierer for dette i dag 	<ul style="list-style-type: none"> - Frihet og valg over egen seksualitet er veien til god seksuell helse - Likhet og samtykke i seksuelle relasjoner - Overordnet info om hva som hindrer dette i dag
Uønskede seksuelle opplevelser	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Lite info om uønskede seksuelle opplevelser i strategien - Eget kapittel i strategien om seksuell helse <u>etter</u> overgrep 	<ul style="list-style-type: none"> - Redusere uønskede seksuelle opplevelser - En betydelig andel av befolkningen opplever dette - Ny trussel: digitale krenkelser 	<ul style="list-style-type: none"> - Frihet fra diskriminering, seksuell trakassering, vold og undertrykkelse. - Innsatser må være generelle og målgruppe-spesifikke. - Ingen spesifiserte tiltak

		<ul style="list-style-type: none"> - Forebygging, oppsporing og håndtering av mistanke om overgrep 	
Seksualitet i helse og omsorgstjenesten	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten - Offentlige tjenester imøtekommer ikke dette i dag - Behov for tematisering, kompetanse og rutiner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Skape muligheter til utlevelse av tilfredsstillende seksualliv - Pleieboliger må utvikle retningslinjer for seksuell trivsel på bolig - Konkrete anbefalinger om privatliv for pleieboliger 	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomi og rett til privatliv - Retten til privatliv må styrkes, særlig hos sårbare grupper - Ingen spesifiserte tiltak
Helsepersonells rolle	<ul style="list-style-type: none"> - Eget delmål for Norge - Står ikke oppgitt barrierer for respekt og forståelse i dag - Helsepersonell mangler kompetanse - Kompetanseheving foreslås som generelt tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Sunnhetspleierske blir nevnt ifbm. kompetanse - Bør være muligheter for etterutdanning i seksualitet 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Helsepersonell er ikke nevnt i strategien - Ingen tiltak
Likhet og likestilling	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Svært lite nevnt i strategien 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Ikke nevnt i retningslinjen 	<ul style="list-style-type: none"> - Eget delmål for Sverige - Hovedfokus i strategien - Flere handlingsområder fokuserer på utjevning av sosial ulikhet - Overordnede forslag om hvordan bekjempe dette, men ingen konkrete tiltak
Seksuell orientering og kjønnsidentitet	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Nevnt flere ganger f.eks. v/ barns utvikling av (seksuell) identitet - Ønske om å styrke barns egenverd og respekt for forskjellige identiteter 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke eget delmål - Statistikk på stigmatisering, diskriminering, mistrivsel og selvmord hos LGBT-personer - Egen handlingsplan for forebygging av 	<ul style="list-style-type: none"> - Eget delmål for Sverige - Problematiseres at HBTQI-personer har dårligere seksuell helse og risiko for diskriminering - Handlingsområder fremmer rådgivning, undervisning, trygge

	- Egen handlingsplan for forebygging av diskriminering av LHBTI-personer	diskriminering av LGBT-personer	samtaler og synliggjøring av disse gruppene - Egen strategi for dette
Reproduktiv helse	- Ikke eget delmål - Et underkapittel om dette - Vektlegger konsekvenser av usikker sex som påvirker reproduktiv helse - Problematiserer heteronormative forventinger - Ingen tiltak	- Ikke eget delmål - Kun nevnt at helsepersonell bør ha kompetanse om reproduksjon	- Eget delmål for Sverige - Eneste med reproduktiv helse som hovedfokus - Alle skal ha mulighet og rett til kunnskap, rådgivning, støtte og behandling i forbindelse med reproduktiv helse - Skal være en tydelig omsorgskjede før, under og etter fødsel - Ingen konkrete tiltak

Norge – Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022) av Helse - og omsorgsdepartementet (2016).

Den norske strategien er et verktøy til forandring gjennom at den har definert flere mål og delmål med tilhørende tiltak som har hensikt om å skape endring eller drive saker fremover. Det er først definert et overordnet mål for strategien. Dette målet er «ny samlet strategi for seksuell helse skal bidra til å sikre god seksuell helse i befolkningen». Deretter er det spesifisert fem viktige delmål som skal hjelpe til å nå den overordnede ambisjonen. Disse er opplistet under i lik rekkefølge som de er oppgitt i strategien:

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

Det står ikke spesifisert om disse fem delmålene er de viktigste delmålene eller om de er hovedprioriteter i strategien, men at de er viktige. Det står heller ikke om de er i prioritert

rekkefølge. I tillegg til disse fem delmålene er det definert andre mål i strategien, men det ser ikke ut til å være et mønster i hvor de er plassert. Noen kapitler har mål definert innad i kapitlet mens andre har ikke. Blar man gjennom kapitlene finner man noen av delmålene som vanlige mål, men ikke alle. Det er utfordrende å skille hva som er delmål eller mål, og det kan se ut til at det er glidende overgang mellom de to. Delmålene og målene gjenspeiles ikke i innholdsfortegnelsen og det er utfordrende å forstå hvor man skal bla opp om man ønsker å lese mer om disse.

Delmål 1: «Å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse».

Saken delmål 1 ønsker å sette i bevegelse er kunnskap og kompetanse. I kapittel 3 skrives det at tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning er grunnleggende for å gi mennesker mestringskompetanse og kontroll over egen seksuelle helse. Delmålet vektlegger at kunnskap skal sikres slik at mennesker kan ivareta egen seksuell helse og at dette er et individuelt ansvar, men at offentligheten må sikre at kunnskapen er tilgjengelig. Delmålet er opplistet i innledningen, men det følges ikke opp i innholdsfortegnelsen eller med spesifikke tiltak, og det står ikke beskrevet hvordan sikringen av kunnskap skal foregå. Det er likevel mange av kapitlene som omhandler tematikken kunnskap og kompetanse i alle aldre uten at det blir knyttet direkte opp mot delmålet, blant annet kapittel 4, 6 og 9. Ettersom delmål 1 ikke følges opp er det utfordrende å vite hvilke tiltak i strategien som konkret understøtter dette, men under er noen eksempler på tiltak som omhandler dette målet:

- «Videreføre støtte til læringsmateriell og undervisningsopplegg til støtte for skolens seksualitetsundervisning over tilskuddsregelverk knyttet til seksuell helse» (s.21).
- «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» (s.21)
- «Videreutvikle og samordne digitale informasjonstjenester til ungdom knyttet til kropp og helse» (s. 24)

Delmål 2: «Fortsatt reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter».

Saken delmål 2 ønsker å sette i bevegelse er å redusere uønskede svangerskap og aborter. Dette samsvarer med overskriften i kapittel 6 om «Uønskede svangerskap og abort». I kapittelet er det derimot definert et mål som er formulert annerledes enn delmålet. Der står det at målet er:

«forebygge uønskede svangerskap blant kvinner i alle aldersgrupper» (s.32).

I dette målet er abort ikke nevnt. Kapittelet tar for seg nedgangen i abort siden 2008 og abortraten for ulike aldersgrupper. Det opplyses ikke om bakgrunnen for hvorfor man ønsker å redusere aborttallene i Norge, men at fall i abortraten er en «gledelig utvikling». Det gis ingen tall på antall uønskede svangerskap eller hvordan dette måles i dag. Det vektlegges at tilgjengelighet til prevensjon, god veiledning og tilgang til sikre prevensjonsmetoder er viktig i forebygging og det presenteres to tiltak som skal bidra til målet i kapittelet:

- *«Styrke helsesøster og jordmors rolle i prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon til kvinner» (s. 35)*
- *«Videreføre ordningen med subsidiert hormonell prevensjon til kvinner mellom 16 og 19 år» (s. 35)*

Delmål 3: «Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), inkludert hiv».

Saken delmål 3 ønsker å sette i gang er en reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), inkludert hiv. Dette samsvarer med overskriften i kapittel 7 «Seksuelt overførbare infeksjoner». I kapittelet står det at forekomsten av SOI har økt de siste 10-15 årene, med unntak av hiv. Det står oppgitt at HPV, klamydia, gonore, syfilis og hepatitt B og C er de vanligste SOI i Norge i dag. Det er foreslått en strategi for å forebygge SOI som består av tre løsninger. Den første er økt kondombruk gjennom holdningsendringer, kondomkampanjer og lett tilgang til kondomer. Andre løsning er test og smittesporing. Det påpekes at det er store geografiske forskjeller i utbredelse av SOI noe som kan skyldes at kommuner har forskjellig testtilbud som gjør det vanskeligere å oppsøke test. Siste løsning som blir presentert er tidlig og riktig behandling. Det er til sammen presentert syv ulike tiltak for kapittelet. Under vises et utdrag:

- *«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 tilgjengelighet til et mangfoldig testtilbud i samarbeid med frivillige aktører*
- *«Vurdere et pilotprosjekt for hjemmetest for seksuelt overførbare infeksjoner, og mulighet for digital kontaktsporing og e-konsultasjoner ved positiv hjemmetest».*

Delmål 4: *«Sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten».*

Saken delmål 4 ønsker å sette i bevegelse er kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten. Delmålet er opplistet i innledningen, men gjenspeiles ikke i innholdsfortegnelsen og det kommer ikke klart frem hvor dette følges opp. Det påpekes at tjenester i varierende grad har fokus på seksuell helse og ivaretar denne. Bruker- og interesseorganisasjoner løfter at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i behandling og rehabilitering, og at det sjeldent tematiseres. Det er mangelfull informasjon om seksuelle problemer og dysfunksjon som følge av sykdom, funksjonssvikt eller behandling. I kapittel 8 «Seksuell helse ved sykdom og funksjonshemming» dukker delmålet opp som mål for kapittelet. Der påpekes det at seksualitet ofte forbigås ved sykdom og behandling fordi det ansees som et «luksusproblem» og dermed nedprioriteres som fordel for annen informasjon og behandling. Det er ikke kartlagt hvor mange som opplever seksuell dysfunksjon på landsbasis, men at det er en vanlig følgetilstand ved flere sykdommer, legemidler eller levevaner. Det påpekes at slike problemstillinger stiller krav til kompetanse, rutiner og tematisering av seksualitet i helse – og omsorgstjenesten. Tiltakene som er listet opp under kapittelet er:

- *«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 tjeneste- nivåer etter modell av Nettverk: Funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS)».*
- *«Sikre at relevant helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse via grunnutdanningen».*

Delmål 5: «Sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov».

Saken delmål 5 ønsker å sette i bevegelse er respekt og forståelse fra helsepersonell av brukere og pasienter sine seksuelle behov. Delmålet er listet opp i innledningen, men gjenspeiles ikke i innholdsfortegnelsen og det er ikke klart hvor dette følges opp. Det står ikke nevnt i strategien på hvilken måte mangel på respekt og forståelse er et problem i helsetjenesten i Norge i dag annet enn at seksualitet ofte forbigås. Kapittelet fremhever at intimitet kan være vanskelig å snakke om og at det er desto viktigere at helsepersonell har kunnskap og tillit til egen rolle. Det trekkes frem grupper som kan ha behov for ekstra veiledning blant annet fysisk – og psykisk utviklingshemmede og demenspasienter. Ettersom delmålet ikke følges opp er det heller ingen fastsatte tiltak til dette. Tiltakene består av dem som er nevnt i forrige delmål (4), særlig siste tiltak som omhandler helsepersonell.

Danmark – Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed av Sundhedsstyrelsen (2018a)

Det danske dokumentet er et verktøy til forandring gjennom anbefalingene den gir og hvordan disse kan bidra til å skape endring av nåværende situasjon. Det er først definert et formål med forebyggelsespakken som er «at understøtte kommunenes arbeid med at øke den seksuelle sundhet og trivsel blandt alle borgere». Herunder er det definert fem punkter som faller under dette:

- 1) At borgerne støttes i en positiv seksuel utvikling fra tidlig barndom til sen alderdom
- 2) At borgerne har mulighed til at udleve et tilfredsstillende seksualliv under gitte livsomstændigheder
- 3) At reducere forekomsten og spredningen af sexsygdomme
- 4) At redusere uønskede seksuelle oplevelser
- 5) At reducere antallet af uønskede graviditeter

Disse fem punkter blir ikke definert som mål eller delmål, men står formulert mer som en utdypning av formålet. Om punktene er i prioritert rekkefølge står ikke oppgitt. Punktene gjenspeiles ikke i innholdsfortegnelsen og det står ikke informasjon om hvor disse følges opp. Under kapittelet «anbefalinger» står det oppført en prioriteringsrekkefølge. Denne omhandler ikke de fem punktene fra innledningen, men mer konkret rekkefølgen av hvilke anbefalinger som bør legges vekt på dersom man av ressursmessige hensyn blir nødt til å prioritere.

Punkt 1: «At borgerne støttes i en positiv seksuel utvikling fra tidlig barndom til sen alderdom».

Saken punkt 1 ønsker å sette i bevegelse er en positivt seksuell utvikling. Under avsnittet «seksualitet i et livsperspektiv» beskrives det faktorer som per i dag leder til negativ seksuell utvikling basert på resultater fra den danske befolkningsundersøkelsen. Blant annet står det at dagens retningslinjer i barnehager problematiserer barns naturlige forhold til kropp. Foreldre opplever usikkerhet i forhold til barns naturlige seksuelle utvikling noe som kan føre til at barnet ikke støttes i sin utvikling, og blir påført uhensiktsmessige restriksjoner, unødvendig bekymring og skam. Barn og unge er utilfredse med egen kropp, særlig unge jenter noe som ansees som et negativt utgangspunkt for seksuell utvikling. Seksuell orientering og kjønnsidentitet har stor innvirkning på livskvalitet og undersøkelsen viser at LGBT-personer har høyere risiko for selvmordstanker og høyere andel som har forsøkt å begå selvmord. Punkt 1 følges ikke konkret opp gjennom dokumentet og det er ikke tydelig hvilke anbefalinger som er ment til å støtte dette punktet, men det er flere anbefalinger som samsvarer med det. Under er et utdrag av noen av disse:

- *«Handleplaner for støtte til barnets naturlige seksuelle utvikling» (s.16)*
- *«Udarbejdelse af handleplaner og udpegning af nøglepersoner for implementering og kvalitetssikring af sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab» (s.16)*

Punkt 2: «At borgerne har mulighed til at udleve et tilfredsstillende seksualliv under givne livsomstændigheder».

Saken punkt 2 ønsker å sette i bevegelse er mulighet til utlevelse av et tilfredsstillende seksualliv under givne livsomstendigheter. Det står ikke skrevet under «fakta» kapitlet hvordan borgerne ikke har muligheten til å utleve sitt seksualliv i dag eller spesifisering av hvilke givne livsomstendigheter som begrenser dette. Det blir påpekt at eldre ønsker muligheter til å ha et aktivt og tilfredsstillende sexliv lang opp i alder. I tillegg er ensomhet og mangel på fysisk kontakt (såkalt «hudsult») er et vesentlig problem hos eldre. Danske tall

viser at en tredjedel av nye foreldre opplever problemer med sexlivet etter fødsel. Selv om delmålet ikke følges opp direkte er det flere anbefalinger som understøtter dette punktet:

- *«Fysiske rammer til privatliv i plejeboliger og botilbud» (s.17)*
- *«Politikker for seksuel trivsel i kommunens plejeboliger, botilbud samt samværs- og aktivitetstilbud» (s.17)*

Punkt 3: «At redusere forekomsten og spredningen af seksygdomme».

Saken punkt 3 ønsker å endre er forekomsten og spredningen av seksykdommer. I innledningen står det om de mest utbredte seksykdommer og hvem de rammer. Det redegjøres for tapte leveår som følge av usikker sex, hva det koster helsevesenet og hvilke kommunale utgifter som er relatert til usikker sex. Det påpekes at de tapte leveårene helt overveiende skyldes HPV-assosierte kreftformer og i mindre grad hiv/aids. Det står skrevet om kostnaden dette medfører for helsevesenet, men dette er basert på både SOI og uønskede graviditeter sammenlagt. Det står oppgitt at forebyggelse av seksykdommer bør inngå i kommunenes forebyggingsinnsats og er omfattet av sunnhetsloven paragraf 119. Igjen følges punktet ikke direkte opp, men det er gitt mange anbefalinger som understøtter dette punktet, blant annet:

- *«Prævention til udsatte borgere» (s.18)*
- *«Adgang til rene sprøjter og kanyler» (s.19)*
- *«Kommunen understøtter tilbud om vaccination» (s.19)*
- *«Information om HPV-vaccination» (s.21)*

Punkt 4: «At redusere uønskede seksuelle oplevelser».

Saken punkt 4 ønsker å sette i gang er reduksjon av uønskede seksuelle opplevelser. Det står at uønskede seksuelle opplevelser inkluderer grenseoverskridende atferd, krenkelser og overgrep av varierende karakter og må ikke begrenses til fysisk kontakt, men kan være verbal eller digital. Deretter oppgis statistikk på hvor mange dansker som har blitt tvunget til sex, blitt forsøkt tvunget, blitt berørt på intime steder mot sin vilje og opplevd nedverdiggende seksuelle tilrop på gaten. Noen grupper er mer berørt enn andre deriblant er kvinner er mer

utsatt enn menn og unge er mer utsatt enn eldre. Til sist vektlegges det at sosiale medier er en ny arena for seksuelle krenkelsers gjennom misbruk av intime bilder og videoer som spres digitalt. Punkt 4 knyttes ikke opp mot konkrete anbefalinger, men det er anbefalinger som omhandler dette. Det er verdt å nevne at det påpekes i retningslinjen at planene ikke skal bidra til unødvendig frykt for overgrep som igjen kan lede til uhensiktsmessig pedagogisk praksis (som blir problematisert i delmål 1)

- «Forebyggelse, opsporing og håndtering af mistanke om overgrep» (s.17)
- «Opsporing af seksuelle overgrep» (s.23)

Punkt 5: «At reducere antallet af uønskede graviditeter».

Saken punkt 5 ønsker å sette i gang er reduksjon av uønskede graviditeter. Under kapitlet «forekomst» står det oppført tall på fremprovoserte aborter og for hvilke aldergrupper og samfunnsgrupper dette forekommer mest. Som nevnt står det skrevet om kostnaden dette medfører for helsevesenet, men det er basert på SOI og uønskede graviditeter sammenlagt. Lovgivning på området trekkes frem og at forebyggelse av SOI og uønskede graviditeter bør inngå i kommunenes forebyggelsesinnsats. Det kommer ikke klart frem i dokumentet hvilke anbefalinger som støtter opp under dette målet. Det er likevel flere av anbefalingene som omhandler rådgivning og tilgang til prevensjon for befolkningen generelt og sårbare grupper:

- «Prævention til udsatte borgere» (s.18)
- «Målrettet information om seksualitet og prævention til borgere» (s.22)
med anden etnisk baggrund end dansk
- *Seksualundervisning på ungdomsuddannelse (s.20)*

Sverige - Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) av Folkhälsomyndigheten (2020)

Den svenske strategien er et verktøy til forandring gjennom at den har definert ett overgripende mål og flere delmål. Det overgripende målet er «en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen». Dette målet er nedbrutt i fire delmål.

Disse er:

- 1) **Sexualitet og sexuell hälsa.** Alla har frihet att avgöra om, när og hur de vill vara sexuellt aktive, välja sina seksualpartner i jämlikhet og samtykke, ha njutbara seksuelle opplevelser, utan risk för sexuellt  verf rte infeksjoner og önskade graviditeter.
- 2) **Reproduksjon og reprodutiv hälsa.** Alla har rett till en god reprodutiv hälsa og kan välja om, när, hur många og på vilket sätt de önskar få barn samt har rett till en trygg og s ker vård vid graviditet, förlossning og abort.
- 3) **Egenmakt, integritet og identitet med koppling till hälsa.** Alla respekteras og stärks i sin egenmakt, i sin kroppslige integritet og i sitt privatliv samt i sin seksuelle identitet og könsidentitet, utan begrensninger og stigmatisering. Alla har rett till frihet för diskriminering, inklusive trakasseringer og seksuelle trakasseringer, samt våld eller f rtrykk.
- 4) **J mlike og j mst lde relasjoner med koppling till hälsa.** Alla har rett att fritt välja om, n r og med vem eller vilke de vill ha en relasjon eller leva tillsammans med i jämlikhet. Alla har også rett att fritt välja om, n r og med vem äktenskap ing s eller oppløses.

Disse fire målene gjenspeiles i innholdsfortegnelsen og det står oversiktlig oppført hvor man kan lese mer om dem. De svenske delmålene er mer omfattende enn de andre landene og inneholder flere elementer. Det påpekes i strategien at disse delmålene er av «visjonær karakter» som gjenspeiles i måten de er formulert på. Deretter foreslås syv handlingsområder for å oppfylle samtlige delmål. Disse er formulert generelt og gjennomgående er det ingen konkretisering av hvordan delmålene skal følges opp. Det er ingen eksempler eller konkrete forslag på tiltak til hvordan de kan oppnås.

Delmål 1: *«Sexualitet og sexuell hälsa. Alla har frihet att avgöra om, n r og hur de vill vara sexuellt aktive, välja sina seksualpartner i jämlikhet og samtykke, ha njutbara seksuelle opplevelser, utan risk f r sexuellt  verf rte infeksjoner og  nskade graviditeter».*

Sakene delmål 1 ønsker å sette i bevegelse i hovedsak to ting; a) valgfrihet knyttet til egen seksualitet b) uten risiko for seksuelt overførbare infeksjoner – og uønsket graviditet.

Del a) av delmålet knyttet til frihet finnes igjen flere steder i strategien og forankres i definisjonen av seksuelle rettigheter av Guttmacher-Lancet-kommisjonen. I teksten står det at barn og unge skal utvikle sin identitet fri fra begrensende normer om kjønn og seksualitet.

Det kommer ikke frem på hvilken måte valgfriheten rundt seksuell helse lider, men det trekkes frem temaer som diskriminering, trakassering og vold, men disse dekkes i andre delmål. Handlingsområde 5 samsvarer med delmålet ved et ønske om å «styrke den seksuelle friheten og tryggheten». Der står det at man skal utvikle arbeidet som styrker en positiv, normbevisst og ansvarsfull seksualitet. Handlingsområde 6 løfter at arbeidet mot normer og maktstrukturer må styrkes slik at begrensede stereotyper, kjønns – og seksualitetsroller kan endres, deriblant kjønnsmonstre, uttrykk i populærkultur og pornografisk materiale. Det nevnes ingen konkrete tiltak eller forslag i handlingsområdene til hvordan man kan arbeide mot disse normene, utvikle arbeidet for unge eller styrke den seksuelle friheten.

Del b) av delmålet ønsker at befolkningen skal kunne ha seksuelle opplevelser uten risiko for SOI eller uønskede graviditeter. Det står ikke tallfestet hvor stort problem SOI er, eller hvor mange som opplever uønskede svangerskap. Handlingsområde 7 ønsker å sørge for tilgang til støtte, omsorg og behandling ved SOI. Det påpekes at Sverige har en egen nasjonal strategi som omhandler HIV/AIDS og andre SOI som kobles opp mot SRHR-arbeidet. I handlingsområde 6 står det at tilgjengeliggjøring av kunnskap, rådgivning og støtte skal forebygge uønskede svangerskap. Igjen står det ingen konkretisering av hvordan man skal tilgjengeliggjøre kunnskap eller gi individer mulighet til eksempelvis å velge passende prevensjonsmiddel.

Delmål 2: «Reproduktion och reproduktiv hälsa. Alla har rätt till en god reproduktiv hälsa och kan välja om, när, hur många och på vilket sätt de önskar få barn samt har rätt till en trygg och säker vård vid graviditet, förlossning och abort».

Sakene delmål 2 ønsker å sette i bevegelse er rettigheter, valg og trygg helseomsorg i forbindelse med reproduksjon og reproduktiv helse. I avsnittet «sexuell og reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige» står det at kunnskapen om reproduktiv helse er bygget opp med fokus på blant annet svangerskapsomsorgen noe som gjenspeiles i handlingsområde 6 og 7. Handlingsområde 6 sier at kunnskap, rådgivning og støtte skal være tilgjengelig ved spørsmål om reproduktiv helse og at individer skal ha mulighet til å velge effektive og passende prevensjonsmiddel. Det skal være mulighet til å snakke om menstruell helse, fertilitet, graviditet og ulike muligheter for å bli foreldre. Handlingsområde 7 ønsker å styrke retten til rådgivning, støtte og behandling ved sykdom som påvirker seksuell eller reproduktiv helse. Dette inkluderer at alle gis like forutsetninger for trygg og sikker graviditet og fødsel. En

tydelig omsorgskjede før, under og etter fødsel skal bidra til trygghet og muliggjør at komplikasjoner kan oppdages og behandles. Lik tilgang til trygg og sikker abort og abortomsorg, samt rådgivning og støtte ved ufrivillig barnløshet trekkes frem.

Handlingsområde 6 og 7 identifiserer mange handlingsområder, men konkretiserer ikke hvordan dette skal gjøres.

Delmål 3: «Egenmakt, integritet og identitet med koppling till hälsa. Alla respekteras och stärks i sin egenmakt, i sin kroppsliga integritet och i sitt privatliv samt i sin sexuella identitet och könsidentitet, utan begränsningar och stigmatisering. Alla har rätt till frihet från diskriminering, inklusive trakasserier och sexuella trakasserier, samt våld eller förtryck».

Det er flere saker delmål 3 ønsker å sette i bevegelse. I hovedsak ønskes det at alle skal respekteres og styrkes i a) egenmakt, kroppslig integritet og privatliv, b) seksuell identitet og kjønnsidentitet c) frihet fra diskriminering, trakassering, vold og undertrykkelse.

a) Egenmakt og kroppslig integritet knyttes opp mot både de folkehelsepolitiske målene og internasjonale styringsdokument som bærekraftsmålene. Det påpekes at egenmakt og autonomi er sentrale områder for å oppnå likestilt helse. I handlingsområde 5 vektlegges egenmakt som et produkt av økt forståelse om kjønn, seksualitet og identitet. Retten til privatliv samsvarer med definisjonen av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter som er lagt vekt på i strategien. Det trekkes frem i avsnittet at hos personer med funksjonsnedsettelse bør retten til privatliv styrkes.

b) Seksuell identitet og kjønnsidentitet tas opp flere steder i strategien. Det problematiseres at HBTQI – personer ofte har dårligere seksuell og reproduktiv helse og er mer utsatt for diskriminering, trakassering, overgrep og vold enn den øvrige befolkningen. Seksuell identitet er en risikofaktor for uhelse og Sverige har utviklet en egen strategi for å styrke rettigheter til HBTQI – personer. Både handlingsområde 4 og 5 har mål om undervisning og å øke forståelsen for kjønn og seksualitet. Der påpekes det at rådgivning, undervisning, synliggjøring og trygge samtaler rundt seksuell - og kjønnsidentitet er viktig for bedre helse.

c) Siste del legger vekt på grupper som er ekstra utsatt for diskriminering, trakassering, vold og undertrykkelse. Grupper som blir trukket frem er personer med migrasjonserfaring, funksjonsnedsettelse og HBTQI – personer som har økt risiko for de overnevnte faktorene.

Handlingsområde 6 og 7 omhandler forebygging av alle former for diskriminering, trakassering, hatkriminalitet, vold og undertrykkelse, både generelt og til spesifikke målgrupper. Det påpekes at kjønnsrelatert vold med fokus på menns vold mot kvinner, vold i nære relasjoner, seksuell vold, tvang og utnyttelse, seksuell utnyttelse, menneskehandel, æresrelatert vold, kjønnslemlestelse og barne- og tvangsekteskap er problematiske områder som må forebygges, oppdages og sikres tilgang til støtte og behandling. Som ved alle de andre handlingsområdene i strategien står det ikke beskrevet hvordan dette skal gjøres eller hvilke tiltak man kan implementere.

Delmål 4: *«Jämlika och jämställda relationer med koppling till hälsa. Alla har rätt att fritt välja om, när och med vem eller vilka de vill ha en relation eller leva tillsammans med i jämlikhet. Alla har också rätt att fritt välja om, när och med vem äktenskap ingås eller upplöses».*

Saken delmål 4 ønsker å sette i bevegelse er likhet og likestilling i relasjoner knyttet til helse. Den svenske befolkningsundersøkelsen om seksuelle og reproduktiv helse og rettigheter fra 2017 (SRHR2017) viste at den seksuelle og reproduktive helsen i Sverige var relativt god, men ujevnt fordelt mellom grupper. Denne ujevne fordelingen var blant annet basert på kjønn, alder, sosioøkonomisk status og seksuell identitet. Det påpekes at ulikhet i helse skapes av at ulike grupper i samfunnet har systematisk ulike levevilkår og levevaner. God eller dårlig helse fordeler seg i befolkningen basert på strukturelle, individuelle og biologiske forutsetningene. Det løftes at gjennom et bredt helsefremmende og forebyggende arbeid skal alle ha like muligheter til å oppnå god helse. Handlingsområde 1 fokuserer på å skape disse strukturelle forutsetningene for god helse og det står skrevet at den nasjonale handlingsstrategien bør suppleres med regionale og kommunale handlingsplaner som konkretiserer prioriteringer, aktiviteter og handlinger. Dette er det første og eneste delmålet som formulerer et konkret tiltak med informasjon om hvem som skal utføre handlingen. Handlingsområde 5 ønsker å styrke arbeidet for likeverdige og likestilte relasjoner ved å synliggjøre og skape rom for refleksjon omkring begrensende kjønnsmonster og tradisjonelle syn på maskulinitet og femininitet. Handlingsområde 7 fokuserer på å skape lik og tilgjengelig omsorg, støtte og behandling til alle gjennom hele livet. I tillegg nevnes frihet fra tvangsekteskap i dette delmålet.

6.4 Sammenlikning av dokumentverktøy

De tre landene har både likheter og ulikheter i hvordan de bruker dokumentene som verktøy med hensikt om å skape forandring eller sette saker i bevegelse. Likheter er at alle de tre landene har fokus på SOI og uønskede graviditeter. De har alle et delmål om hva som er veien til god seksuell helse, men det er ulikt hva de presenterer at denne veien er. Den svenske og danske strategien har likheter ved at de begge har et delmål om reduksjon i uønskede seksuelle opplevelser eller diskriminering og trakassering, noe Norge ikke har. Alle dokumentene har et delmål om hvordan seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten bør jobbes med, men fokuset innad varierer. Den norske strategien skiller seg ut ved å ha et eget delmål kun om helsepersonell noe de andre landene ikke har. Den svenske strategien skiller seg ut ved å ha flere punkter i sine delmål enn det norske og danske dokumentet har. Dette gjør at de har flere delmål som omhandler likhet og likestilling, seksuell identitet og kjønnsidentitet og reproduktiv helse.

6.5 Dokumenttekster

Tabell 4 gir en oversikt over resultatene basert på analyse av *dokumenttekster* for de tre landene.

Tabell 4 - Dokumenttekster

	Norge	Danmark	Sverige
Oppbygning	<ul style="list-style-type: none">- Ustrukturert- Lang- Mye informasjon og mange tiltak- Mål og delmål er utfordrende å følge	<ul style="list-style-type: none">- Kort og konkret- Faktabasert- Oversiktlig, men følger ikke opp delmål	<ul style="list-style-type: none">- Enkelt strukturert- Stort fokus på mål og delmål
Hovedtemaer i teksten	<ul style="list-style-type: none">- Kunnskapsdiskurs- Hersediskurs- Grensediskurs- Frihetsdiskurs- Alle skal med	<ul style="list-style-type: none">- Fokus på fakta- Fokus på kostnader av usikker sex- Hersediskurs	<ul style="list-style-type: none">- Likhetsdiskurs- Rettighetsdiskurs

Ord og formuleringer	<ul style="list-style-type: none"> - Unngår å « snakke om det» - Ord som beskriver sex blir kun nevnt i negativ kontekst - Enkelt språk, men mye tekst 	<ul style="list-style-type: none"> - Positive og støttende formuleringer - Kortfattet språk og informasjon - Unngår å bruke seksuelle ord 	<ul style="list-style-type: none"> - Idealistiske og visjonære formuleringer - Generelt og overfladisk språk - Unngår å bruke seksuelle ord - Ingen konkrete tiltak - Mye gjentakelser
Ansvarsfordeling	<ul style="list-style-type: none"> - Individet - Helsepersonell - Helse og omsorgstjenesten - Lærere, ansatte, personal - Myndighetene 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunene - Sunnhetspleierske - Skolen - Private aktører 	<ul style="list-style-type: none"> - Regioner og kommuner - Sosialtjenesten - Rektorer - Sivilsamfunnet - Offentlige myndigheter - Arbeidsgivere

Norge – Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022) av Helse - og omsorgsdepartementet (2016).

Oppbygning

Den norske strategien er på 61 sider. Kapitlene har mye bakgrunnsinformasjon og hvert kapittel har et tema som omhandler seksuell helse. Oppbygningen i dokumentet er ustrukturert, blant annet fordi mange av delmålene som presenteres i innledningen ikke gjenspeiles i innholdsfortegnelsen. Det er verdt å nevne at kapitlene er nummerert feil noe som bidrar til at det er utfordrende å få oversikten over hva strategien fokuserer på og hvor dette følges opp. Det er ikke uthevet hvor man finner mål, delmål eller tiltak og det er ulikheter i oppbygning av kapitlene. Eksempelvis inneholder noen tiltak mens andre gjør ikke det. Det er ikke brukt referanser i strategien og dokumentet har ingen litteraturliste. I strategien er det til sammen definert ett overordnet mål, fem delmål, 12 mål og 40 tiltak. Når man leser hvert avsnitt er det mye informasjon som fremkommer om hva som allerede gjøres, hvilke tiltak som bør implementeres og hva man ønsker å jobbe med fremover.

Kunnskapsdiskursen

Den norske strategien har gjennomgående et stort fokus på kunnskap og kompetanse noe som gjenspeiles i delmål 1. Kunnskap, kompetanse, informasjon og undervisning er ord som dukker opp flere steder i strategien som i overskrifter, teksten og som tiltak. Ordet kunnskap står skrevet 74 ganger i strategien, informasjon er skrevet 59 ganger og kompetanse 32 ganger. Det fremkommer en tydelig diskurs om at seksualitet og seksuell helse er tett sammenknyttet med kunnskap og informasjon, og at veien til god seksuell helse oppnås gjennom kunnskapsløft og kompetanseheving for barn og voksne, noe som illustreres i tekstutdragene under:

«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» (s.13).

«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» (s.14).

Helsediskursen

Ofte i sammenheng med kunnskapsdiskursen blir en helsediskurs presentert. Denne fokuserer på hvordan sex og seksualitet er en helsefremmende ressurs som kan lede til god eller dårlig helse. Ordet ressurs er nevnt flere ganger i strategien og har et eget kapittel kalt «Seksualitet som ressurs gjennom hele livsløpet». Flere steder blir seksualitet presentert som et verktøy eller mellomledd som skal brukes for å oppnå et annet mål, for det meste å bedre helsen. Å involvere seg i seksuell aktivitet for nytelse, lyst, kåthet eller nærhet blir ikke nevnt i strategien, men seksualitet som noe man kan bruke for å få bedre fysisk og psykisk helse eller forebygge uhelse blir hyppig nevnt. Både i avsnittet om kunnskap og sitatet under legges det vekt på mestring. Det fremstilles både som at seksualiteten er noe man kan mestre gjennom å tilegne seg kunnskap og at seksuell helse er en ressurs som fremmer mestring.

«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».
(s. 7)

Grensediskursen

En annen diskurs som blir lagt vekt på i den norske strategien er seksualitet som en kraft som må settes grenser for. Ordet grenser er nevnt 24 ganger i strategien både i sammenheng med egne grenser og andres grenser. Særlig er det nevnt i forbindelse med barns seksuelle utvikling og gjenspeiles i kompetansemålene for småbarns-trinnene. For 2. klassinger og 4. klassinger lyder kompetansemålene slik:

«Samtale om grensesetting, forståelse og respekt for egen og andres kropp» (s.17).

«Samtale om tema knyttet til seksualitet, grensesetting, vold og respekt» (s.17).

Det handler i hovedsak om kroppen og hvordan grensesetting, forståelse og respekt er hovedelementer i hvordan forholde seg til denne. Dette gjenspeiles i overskriften til kapitlet «Autonomi, kropp og grenser – et godt grunnlag for god seksuell helse». Det er tydelig at barnets seksuelle utvikling knyttes tett opp mot frykt, både i form av overgrep som blir gjort mot barnet, men og grenseoverskridende adferd fra barnets side noe som påpekes i dette avsnittet:

«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» (s.14).

Barnets seksualitet knyttes aller mest opp mot noe som kan være potensielt problematisk og at barn bør beskyttes både mot andres, men også mot sin egen seksualitet. Dette gjenspeiles i en slik formulering:

«Barn er best rustet til å bestemme over sin egen seksualitet dersom...» (s.19).

Bruk av ordet *rustet* viser hvordan den norske strategien anser seksualitet som en konfliktfylt kraft og at barnet må utstyres med en rekke verktøy for å klare og håndtere denne. Det foreligger en narrativ om at seksualitet er et særdeles komplekst og komplisert tema og at kunnskap om grenser er en måte å forenkle dette på.

Frihetsdiskursen

En mer gjemt diskurs ser ut til å være ønsket om en fri seksualitet gjennom åpenhet, mangfold og positive holdninger. Gjennomgående i strategien ligger det en slags tåke over kapitlene der oppfatningen er at det som begrenser seksualiteten er noe utenfor og at dette må jobbes sterkt imot slik at friheten kan seire. Flere steder i teksten står det at strategien ønsker å bidra til et åpent og inkludere samfunn der mangfoldet anerkjennes og fordommer, skam og tabuer knyttet til seksualitet motvirkes. Likevel består store deler av den norske strategien av en diskurs der seksualitet er en kunnskapsbasert helsedeterminant som må begrenses. Det står i kontrast til regjeringens ønske om en form for seksuell frihet og en underliggende oppfatning av at Norge har et fritt og åpent syn på seksualitet. Dette illustreres gjennom avsnittet under som beskriver hvordan seksualitet tidligere har vært et tabulagt område, men nå er i skifte. Dette fremhever hvordan fordommer og begrensinger av seksualitet blir plassert som noe fra «utsiden».

«Siden 1970-tallet har det vært et gradvis skifte, hvor de juridiske begrensningene (ibm. seksualitet) 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....

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 ulik etnisk, religiøs og kulturell 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» (s.25).

Det er tydelig at ønsket om frihet er stort, men at strategien ikke selv ser hvordan den begrenser dette gjennom egne diskurser og formuleringer. Dette er særlig tydelig i hvordan seksualitet hos ungdom blir fremstilt:

«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 debuterer senere, er flinkere til å bruke kondom og prevensjon og utvikler et positivt forhold til egen seksualitet og intimitet» (s.15).

Ifølge regjeringen finnes det både riktig og gal kunnskap om seksualitet og den «riktige» skal blant annet føre til at ungdom debuterer senere. Det fremstår som at ungdom helst skal ha fravær av seksualitet til de er ansvarlige nok til å reflektere godt rundt grenser, respekt og rettigheter. Dette illustreres i avsnittet under der det problematiseres at ungdoms seksualitet ofte knyttes opp mot risiko og deretter følges direkte opp med to setninger om risiko og forebygging av seksuell uhelse:

«Likevel plasseres ofte ungdoms seksualitet i en risikokontekst, med fokus på uønsket graviditet spesielt og økende forekomst av kjønnsykdommer 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» (s.27).

Alle skal med perspektivet

Et perspektiv som kommer tydelig frem gjennom den norske strategien er ønsket om at alle skal bli inkludert og støttet uavhengig av kjønn, alder, livssituasjon, seksuell orientering, kjønnsidentitet, funksjonsnedsettelse, sykdom etc. Dette fremkommer som viktige verdier i den norske strategien, noe som illustreres under:

«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» (s.51).

Strategien trekker særlig frem grupper der seksualitet har vært tabubelagt og fremmer deres rett til å utleve et seksualliv om ønskelig:

«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» (s.29).

Det er verdt å nevne at det er flere grupper som blir omtalt i strategien i betraktelig mindre omfang, men at de likevel blir anerkjent og at det er tiltak som favner disse gruppene:

«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» (s. 52).

«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» (s.40)

Det er ikke mange steder strategien der det blir gitt sterkt uttrykk for hva som er ugrei, uakseptabel eller ulovlig praksis. I situasjoner der det kunne tenkes at dette var naturlig som ved overgrep, vold og tvangsekteskap gis det lite uttrykk for lovverk, verdier og normer knyttet til handlingene. Likevel er det et sted hvor det blir gitt klar og tydelig beskjed om hvilke verdier det norske samfunnet står for og hva som ansees som uakseptabel praksis:

«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» (s.51).

Valg av ord og formuleringer

Som beskrevet over er det visse ord og formuleringer som blir gjentatt flere steder i strategien og det kommer tydelig frem at dette er et hovedfokus for avsender. I tillegg til dette er det ord som forventes å bli nevnt, men ikke blir det. Blant annet ligger det en forventning om at strategien skal «snakke om kraft» ettersom dette er ordene i Bent Høies tekst. Men ordet kraft blir ikke nevnt en eneste gang i dokumentet etter innledningen og ord som lengsel, nærhet og lyst er nevnt mindre enn en håndfull ganger selv om det er, ifølge Bent Høie, dette strategien skal handle om. Oppfordringen i tittelen er «Snakk om det!», men hva *det* er for noe eller hvordan man skal snakke om *det* blir ikke tydeliggjort. Det nærmeste strategien kommer en beskrivelse av *det* er at seksualitet omfatter følelser, tanker, handlinger, i tillegg til det

fysiologiske og fysiske. Seksualitet skal i følge strategien snakkes om med åpenhet, respekt og positive holdninger og man (særlig helsepersonell) skal tørre å snakke om seksuell helse. Dette skal oppnås ved økt kunnskap og kompetanse om temaet.

Selve ordet «seksualitet» blir beskrevet som noe eget, noe man skal bli trygg på, ha muligheten til å uttrykke og stå sterkt i som individ. Seksualitet ser ut til å være sterkt knyttet opp mot identitet, men aspektet av seksualitet som omhandler andre, det vil si seksuallyst, begjær og kåthet, faller helt bort. I en strategi på 61 sider med tittel og oppfordring «Snakk om det!» blir ord som penis, vagina, vulva, forhud, testikler, pung, onani, masturbasjon, oralsex, kyssing, beføle, kåthet og andre liknende ord blir aldri nevnt. Ord som sex, samleie, lyst og orgasme er sjeldne og uten unntak nevnt i negativ kontekst som ved sykdom, dysfunksjon og når de er fraværende. Strategien tar ikke for seg når disse faktorene er til stede, hvordan det kjennes ut, hvordan man skal snakke om det eller hvordan de kan stimuleres.

Ansvarsfordeling

Aller mest trekkes helsepersonell frem i den norske strategien og det legges ansvar over på dem. Helsepersonell blir nevnt i et eget delmål (5) der man ønsker å sikre at de respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov. Dette omhandler å gi rom for å snakke om seksualitet og helse, og gi tilpasset informasjon om behandling og bivirkninger knyttet til seksuell helse. Likevel trekkes det frem flere steder at helsepersonell ikke føler seg kompetente nok til å prate med pasienter om seksualitet. Mange opplever manglende grunnlag for å snakke om det basert på hva de har lært om i sin grunnutdanning. Det påpekes i teksten at ettersom seksualitet kan være intimt og vanskelig å snakke om er det desto viktigere at helsepersonell har nødvendig kunnskap og tillit til egen rolle. Helse og omsorgstjenesten blir trukket frem mye i strategien, også som eget delmål (4) om at det skal sikres kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse. Det blir lagt vekt på at tjenestene må sikre personell som har nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta problemer relatert til seksuell helse.

Lærere, ansatte og personale er grupper som ofte trekkes frem. Særlig legges det vekt på at deres kompetanse er viktig for oppnåelse av målene som har blitt satt. Det kan se ut til at de bærer et stort ansvar, og deres kunnskap og kompetanse skal spesielt bidra i sammenheng med barn og unges utvikling på arenaer som barnehagen og skolen, slik som nevnt under:

«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».

Men mest av alt er det individet som er ansvarlig for ivaretagelse av egen seksuelle helse noe som presiseres eget delmål (1). I tillegg til de identifiserte gruppene legger strategien også ansvaret over på seg selv. Den definerer over 40 tiltak der en stor andel av dem er myndighetene og det offentliges ansvar å gjennomføre. Dette inkluderer å igangsette kartlegging, lage handlingsplaner, tilskuddsordninger, screeningprogrammer, vaksineringskampanjer, informasjonstiltak, testtilbud, skape lavterskeltilbud, digitale helsetjenester og mange andre tiltak som skal gavne befolkningen.

Danmark – Forebyggelsespakke – Seksuel Sundhed av Sundhedsstyrelsen (2018a)

Oppbygning

Den danske retningslinjen er på 32 sider. Dokumentet har en oversiktlig strukturert og har begrenset med bakgrunnsinformasjonen noe som gjør at den er enkel å følge med i. Kapittel 1 er «fakta» og inneholder forekomst og bakgrunnsinformasjon knyttet til seksuell helse i den danske befolkningen. Kapittel 2 er «anbefalinger» og kapittel 3 er «implementering og oppfølging». Det danske dokumentet redegjør for hvilke lovgivninger som er relevante på området og forankrer retningslinjen i disse. Den bruker aktivt referanser og har en litteraturliste. Det gis en beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget som er basert på nordisk og internasjonal litteratur. Selv om teksten er kortfattet er det noen fokusområder som skinner igjennom.

Fokus på fakta

Den første og største delen av dokumentet er fakta om ulike faktorer knyttet til seksualitet. Kapittelet tar for seg forekomst, tall og statistikk på aborter, seksykdommer, fertilitet, seksuell dysfunksjon, seksuell trivsel, uønskede seksuelle hendelser, usikker sex og en rekke andre temaer. Kapittelet presenterer i hovedsak tall og gir ikke noe tilleggsinformasjon om bakenforliggende årsaker eller hvorfor utviklingen ser ut som den gjør. Statistikken som blir presentert oppgis nøytralt, det vil si at retningslinjen i seg selv tar ikke stilling til om dette er positive eller negative utvikling. Et eksempel er i forbindelse med forekomst av seksykdommer:

«De mest udbredte sexsygdomme, som der findes opgørelser over, er klamydia og kondylomer (kønsvorter). Det anslås, at der hvert år smittes cirka 50.000 personer – primært unge under 25 år – med klamydia» (s. 6).

En slik fremstilling av faktaene er gjennomgående innenfor de fleste temaer. Det er en egen side med årlige gjennomsnittstall for seksuell sunnhet basert på en gjennomsnittlig kommune i Danmark. Gjennomgående i bakgrunnsinformasjonen fokuseres det på problematiske områder innenfor seksualitet og hvordan dette relaterer til den danske befolkningen. Dette gir et innblikk i hvilke problemer som eksisterer innenfor de ulike områdene per i dag, og legger et kunnskapsgrunnlag for anbefalingene som gis senere i dokumentet.

Fokus på kostnader av usikker sex

Den danske retningslinjen har et fokus på kostnader for sunnhetsvesenet og kommunale utgifter. I disse avsnittene legges det vekt på at sexsykdommer og uønskede graviditeter medfører store kostnader for det offentlige, i tillegg til et vesentlig produksjonstap som bidrar til omkostninger. Faktorer som har blitt omtalt i innledningen som seksuell dysfunksjon, fertilitetsbehandling og uønskede seksuelle opplevelser er ikke en del av dette regnestykket. Det skrives at dette kun er kostnader for usikker sex og spesifiseres med at det her menes uønskede graviditeter og sexsykdommer. Det påpekes også antall tapte leveår og død basert på disse faktorene. Hvorfor det kun er faktorene som er knyttet til usikker sex som løftes i avsnittet om kostnader står ikke skrevet noe om. Avsnittene om kostnader fremstilles relativt faktabasert med opplysning om årlige kostnader og tall. Likevel underbygges det med negative ladede ord som «store omkostninger», «et ikke uvesentlig produksjonstap» og «utgjør betydelige omkostninger» noe som gir et inntrykk av dette er tall man er misfornøyd med eller ønsker å redusere, uten at dette blir skrevet eksplisitt.

Helsediskursen

Helsediskursen finner man igjen i den danske retningslinjen som knytter seksualitet og seksuell sunnhet opp mot et helseaspekt. Fokuset ligger på det helsefremmende aspektet av seksualitet og trekker dette opp mot generell sunnhet og trivsel. Seksualitet knyttes opp mot å være en ressurs i livet og et slags verktøy som igjen skal lede til mestring og helse:

«Ligesom den seksuelle trivsel kan påvirkes af den generelle sundhed og trivsel, kan den seksuelle trivsel også påvirke den generelle sundhed. Nyere forskning tyder på, at

seksualiteten kan påvirke patienters trivsel og mestringsfærdigheder i positiv retning gennem øget livsmot og flere ressourcer. Det omvendte kan sandsynligvis også være tilfældet.....» (s. 7)

Retningslinjen knytter et godt sexliv opp mot «mental sunnhet» noe som tydeliggjør at seksualitet flettes sammen med helse og sunnhetsaspektet:

«Den seksuelle trivsel har stor betydning for det generelle velbefindende. 90 procent af voksne danskere angiver således, at det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv¹⁷. Således skal seksuel trivsel ses i tæt sammenhæng med mental sundhed» (s.7).

Ord og formuleringer

Det er ord og formuleringer i den danske retningslinjen som gjentas og er verdt å merke seg. Det tydeligste er hvordan delmålene er formulert med positive og oppbyggende ord som løfter borgerne. Det brukes ord og setninger som «understøtte», «borgerne skal støttes», «positiv seksuell utvikling», «mulighet til utlevelse av tilfredsstillende seksualliv». Det er gjennomgående at det brukes forsterkende ord. Dette gjelder både for positivt forsterkende, men også negative ord som ved eksempelet om kostnader over. Språket og ordbruken i dokumentet er enkel å forstå. Tallene og statistikken som står i innledningen skaper et logisk grunnlag for hvorfor anbefalingene er som de er. Dokumentet er kortfattet og faktabasert. Det nevnes ikke eksplisitte ord som beskriver seksualitet eller seksuell helse.

Ansvarsfordeling

Som nevnt over plasseres ansvaret gjennom hvordan retningslinjen formulerer målene sine ved å fokusere på at borgerne skal støttes. Fra starten legger dokumentet klare rammer for hvem som har ansvaret ved å definere kommunene som målgruppe og flere steder står kommunen utpekt som ansvarlig noe som illustreres i eksempelet under:

«Kommunen skal have fokus på, om intravenøse stofbrugere har adgang til rene sprøjter og kanyler for at hindre spredning af infektioner, som også kan overføres seksuelt» (s.19).

I tillegg til kommunene er det noen målgrupper som er nevnt. Aller mest er sunnhetspleierske nevnt i forbindelse med rådgivning og at deres kompetanse er viktig for å støtte borgere i ulike livssituasjoner. Selv om denne gruppen trekkes frem som viktig er det få anbefalinger

som omhandler at sunnhetspleierske skal få økt kompetanse gjennom opplæring. To av anbefalingene omhandler at sunnhetspleierske og lærere skal få økt kompetanse til å gjennomføre seksualundervisning i skolen. Ellers blir skolen, skoleledelsen, nøkkelpersoner i skolen og institusjoner vektlagt i retningslinjen. Det trekkes frem viktigheten av samarbeidspartnere og private aktører som en støtte til kommunene. Det listes opp en rekke aktører som kan være aktuelle å arbeide sammen med, i tillegg til relevant faggrupper som leger, gynekologer, jordmødre o.l.

Sverige - Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) av Folkhälsomyndigheten (2020)

Oppbygning

Den svenske strategien er på 32 sider og er bygget opp av 9 kapitler og 53 underkapitler. Kapitlene er inndelt i ulike temaer som er knyttet til seksuell helse. Strategien er oversiktlig strukturert. Hva som er mål, delmål og handlingsområder er tydelig definert og følges opp i strategien. Hovedtemaene kommer klart frem og man får tidlig et inntrykk av hva strategien handler om. Selv om det er definert 7 handlingsområder er disse skrevet overordnet og med generelle formuleringer. Det er ikke definert tiltak eller forslag til handling i dem. Likevel er det noen diskurser og fokusområder som skinner gjennom i teksten.

Likhetsdiskursen

Det er tydelig at hovedfokuset i det svenske dokumentet er likhet og likestilt seksuell og reproduktiv helse. Dette er det overgripende målet i strategien og kommer frem i undertittelen. Målet vies stor plass i teksten og ordet «jämlig» er nevnt 51 ganger i strategien, mens ordet «jämslald» er skrevet 33 ganger. Det fremkommer et tydelig fokus på likhet og likestilling og at dette er tett knyttet sammen med seksualitet. Det er tydelig at veien til god seksuell og reproduktiv helse er gjennom utjevning av sosiale ulikheter i befolkningen. I tillegg kobles det opp mot det overgripende nasjonale folkehelsepolitiske målet som er å skape samfunnsmessige vilkår for god og lik helse i hele befolkningen. Gjennomgående i teksten kommer fokuset på ulikheter i helse frem og hvordan dette burde jobbes med på folkehelsenivå, noe som illustreres i avsnittet under:

«Hälsoskillnader handlar i grunden om skillnader i livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor mellan sociala grupper, som i sin tur kan leda till skillnader i sjuklighet och dödlighet» (s.13).

Det påpekes at ulikhet i helse skapes av at grupper i samfunnet har systematisk ulike levevilkår og levevaner. Dokumentet fokuserer på å koble strategien for SRHR opp mot andre mål og strategier som er relevant for SRHR-arbeidet. Blant annet kobles den opp mot folkehelsemålene, likestillingspolitikken, arbeidet for å bekjempe menns vold mot kvinner, strategi for like rettigheter og muligheter for HBTQI – personer, strategi mot hiv/aids og andre smittsomme sykdommer og internasjonale styringsdokumenter med relevans for Sverige, deriblant bærekraftsmålene. SRHR2017 viste at den seksuelle og reproduktive helsen i Sverige var god, men ujevnt fordelt og at disse ulikhetene var basert på faktorer som kjønn, alder, sosioøkonomiske forutsetninger og seksuell identitet. Det fokuseres både på likhet innenfor helse generelt, i tillegg til mer spesifikt innenfor SRHR og den forrige undersøkelsen ser ut til å være ett av grunnlagene for dette.

Rettighetsdiskursen

Dokumentet har et sterkt fokus på rettigheter. Den svenske strategien er den eneste som har seksuelle rettigheter som en del av tittelen og bruker konsekvent begrepet «seksuell og reproduktiv helse og rettigheter». Det fokuseres på at disse rettighetene er grunnmuren for å oppnå en god og lik seksuell og reproduktiv helse. Å styrke individets forutsetninger er viktig for at de skal kunne benytte seg av sine rettigheter og dermed oppnå god seksuell helse. Dette blir gjentatt flere steder i strategien, og blant annet er rettigheter oppnevnt som et utgangspunkt for strategien:

«Arbetet för att nå strategins mål ska genomsyras av de mänskliga rättigheterna och mer specifikt av rättigheterna kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa. Rättighetsperspektivet bygger på principerna om icke-diskriminering, deltagande, öppenhet och insyn samt att ta och utkräva ansvar. För att alla ska ha möjlighet att tillgodogöra sig sina rättigheter behöver arbetet beakta skillnader som har samband med socioekonomiska förutsättningar eller diskrimineringsgrunderna, det vill säga kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder»(s.17).

Rettighetsperspektivet skinner gjennom i strategiens fokus på sårbare grupper. Flere avsnitt i teksten fokuserer på grupper viss helse og rettigheter behøver og styrkes, blant annet personer med bristende sosioøkonomiske forutsetninger, personer med migrasjonserfaring, personer

med funksjonsnedsettelse, HBTQI-personer og unge. Det er skrevet et avsnitt om alle de overstående gruppene både med fokus på særegne utfordringer og hva som behøves for å støtte dem. Det beskrives hva målgruppen trenger, men blir ikke gitt noen konkrete tiltak for hvem som skal gjennomføre dette eller hvordan. Eksempelet under illustrer dette for en av gruppene, altså hvordan både utfordringen og løsningen løftes, men uten konkretisering av tiltak:

«Personer med fysiske, psykiske eller intellektuelle funksjonsnedsetninger risikerer å møte negative attityder og foreställningar om seksualitet, relationer, reproduktion och föräldraskap. Dessa foreställningar grundar sig ofta i tankar om avsexualisering, översexualisering eller heterosexuallisering och behöver motverkas genom en främjande och inkluderande syn på sexualiteten...»

«Tillgången till samtal om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter behöver säkerställas och kunskapsförmedlingen stärkas. Individer med stort behov av stöd och service från andra i vardagen behöver stärkas vad gäller integritet, självbestämmande och rätten till privatliv» (s. 20).

Ord og formuleringer

Som nevnt påpekes det tidlig i strategien at målene og delmålene er av «visjonær karakter». De er formulert idealistisk som om målet allerede er oppnådd;

«Alla har frihet att avgöra om, när och hur de vill vara sexuellt aktiva, välja sina sexualpartner i jämlikhet och samtycke, ha njutbara sexuella upplevelser, utan risk för sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter» (s. 21).

I de syv handlingsområdene er språkbruken annerledes. De er ikke formulert som målene, men fokuserer på hva som bør gjøres i fremtiden. Likevel er det verdt å merke seg at alle handlingsområdene inneholder ord som «utvikle rådgivning», «styrke forståelsen», «styrke kompetansen», «skape tillit», «gis forutsetninger», «synliggjøre ulike seksualiteter», «styrke kommunikasjonen» o.l. Handlingsområdene er generelle og overordnede uten konkretisering av hvem som skal utføre disse eller hvordan det skal gjøres. Det er ikke oppgitt spesifikke tiltak under handlingsområdene eller hvilke målgrupper dette skal iverksettes for. Under sees et utdrag som illustrerer språkbruken i disse handlingsområdene:

«Alla ska under hela livet ges förutsättningar att känna till, kunna uttrycka behov av och ha tillgång till insatser på både fysiska och digitala arenor. Det hälsofrämjande arbetet ska förmedla en positiv, normmedveten och ansvarsfull sexualsyn med respekt för individens frihet» (s.24).

I tillegg til den generelle formuleringen av både delmål og handlingsområder er det mye gjentagende språk og setninger i strategien. Det brukes mye plass på sosial ulikhet, hvordan ulike forutsetninger får utslag i helseforskjeller og at systematisk folkehelsearbeid ønsker å styrke individets muligheter. Disse temaene gjentas i ulike kontekster flere steder i strategien og kobles opp mot andre strategier med samme mål. Et eksempel er disse to tekstutdragene som kommer rett under hverandre i samme avsnitt og sier mer eller mindre det samme:

«Ojämlikhet i hälsa skapas av att olika grupper i samhället, utifrån exempelvis kön och socioekonomi, har systematiskt olika livsvillkor och levnadsvanor. Ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete bidrar till att stärka individens förutsättningar att åtnjuta sina rättigheter, uppnå god sexuell och reproduktiv hälsa och därmed en förbättrad allmän hälsa.....»

«Det främjande och förebyggande folkhälsoarbetet riktas mot att förändra de bakomliggande förutsättningarna som påverkar hälsa, och handlar bland annat om att förbättra samhällliga och sociala faktorer som stärker möjligheten att tillgodogöra sig rättigheter för individen» (s.9).

Ansvarsfordeling

Den svenske strategien har ikke oppgitt hvem som er ansvarlige for oppfølging i teksten. Derimot har dokumentet et eget delkapittel om «ansvarsfordeling og roller» avslutningsvis i dokumentet. I dette kapitlet står det at majoriteten av innsatser innenfor SRHR utføres i regioner, kommuner og i sosialtjenesten. Deretter blir det oppgitt hvilke lovverk disse må etterfølge, blant annet pasientloven, abortloven, smittevernloven, sosialtjenesteloven og mange fler. Den neste på listen som blir ansvarliggjort i strategien er rektorer i offentlige og private skoler som er underlagt skoleloven og det påpekes at de har ansvar for at barn og elever gis like muligheter til å tilegne seg kunnskap på ulike områder, som inkluderer SRHR. Deretter listes sivilsamfunnet og dets ansvar å drive rettighetsspørsmål og løfte ulike gruppers

behov. Aktører i sivilsamfunnet har ansvar ved å bidra med helsefremmende og forebyggende arbeid samt tilgang til støttende, styrkende og behandlende tiltak. Deretter kommer det et avsnitt om at flere myndigheter har oppdrag og aktiviteter som berører SRHR og at myndigheten må vurdere å integrere spørsmål knyttet til SRHR i sin virksomhet der det er mulig. Det står ikke nevnt hvilke myndigheter dette er. Deretter listes arbeidsgivere som ansvarlige for å arbeide mot diskriminering og trakassering basert på diskrimineringsloven. Til sist listes utdanningsinstitusjoner som har ansvar for å utvikle fagfeltet gjennom forskning, undervisning og spesialistkunnskap.

6.6 Sammenlikning dokumenttekster

Som resultatene viser har de tre landene både likheter og ulikheter basert på selve teksten som står i dokumentet. En likhet er at alle tre dokumentene unngår å bruke beskrivende eller eksplisitte ord som omhandler seksualitet. I oppbygning er de tre dokumentene strukturelt ulike, der den norske strategien er dobbelt så lang som de to andre. Verken det norske eller danske dokumentet følger opp delmålene sine, det er det kun den svenske strategien som gjør. De tre dokumentene har ulike temaer i teksten. Den norske har fokus på kunnskap, helse, grenser, frihet og at alle skal med. Det danske dokumentet har fokus på fakta, kostnader av usikker sex og helse, mens det svenske har fokus på likhet i helse og rettigheter. Den norske strategien har et enkelt språk, men mye tekst. Den danske er bruker forsterkende ord og har et kortfattet språk, mens den svenske er idealistisk og visjonær, men med mye gjentakelser og overfladisk språk. Til sist har dokumentene ulikheter i ansvarsfordeling. Den norske strategien plasserer mye av ansvaret over på individet i tillegg til helse – og omsorgstjenesten og helsepersonell. Den danske retningslinjen legger ansvaret på kommunene og litt på sunnhetspleierske, men den svenske plasserer store deler av ansvaret på regioner og kommuner, sosialtjenesten og noen mer spesifikke grupper som rektorer og arbeidsgivere.

6.7 Oppsummering likheter og ulikheter

Avslutningsvis i resultatdelen viser tabell 5 en oversikt over likheter og ulikheter mellom landene.

Tabell 5 – Resultater likheter og ulikheter

	Likheter	Ulikheter	Overlapp
Dokumentstedet		-Avsender -Presentasjon fra avsender	-Målgruppe
Dokumentverktøy	-Seksuelt overførbare infeksjoner -Uønskede graviditeter -Seksuell identitet og kjønnsidentitet	-Helsepersonell -Likhet og likestilling -Veien til god seksuell helse -Reproduktiv helse - Seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten	-Uønskede seksuelle opplevelser
Dokumenttekster	-Ingen eksplisitte ord om seksualitet	-Ulik oppbygning og struktur -Ulikt språk og formuleringer -Kunnskapsdiskurs -Grensediskurs -Frihetsdiskurs -Alle skal med -Fokus på kostnader -Likhetsdiskurs -Rettighetsdiskurs	-Helsediskurs -Ansvarsfordeling

7. Diskusjon

I henhold til problemstillingen viser resultatene i oppgaven at det finnes både likheter og ulikheter i de tre offentlige dokumentene for seksuell helse som vist i tabell 5. Videre vil diskusjonen bygge på andre del av problemstillingen som omhandler hvordan disse likheter og ulikheter kan tolkes med bakgrunn i landenes unike kontekst og folkehelsepolitikk. Til sist kommer en diskusjon om de metodiske begrensingene i oppgaven.

7.1 Oppbygning og struktur

De tre dokumentene er relativt ulike i oppbygning og struktur. I følge Asdal og Reinertsen (2021) er strukturen i et dokument svært viktig fordi den bidrar til å forme teksten og hvordan den forstås av andre. Den norske strategien skiller seg ut ved å være nesten dobbelt så langt og har mer brødtekst enn de to andre noe som bidrar til at den har flere diskurser å analysere. Det norske dokumentet er ustrukturert ved at det ikke har sammenheng i mål, delmål og tiltak, i tillegg til at kapitlene er feilnummerert noe som gjør at leseren må bruke tid på å lete etter det som er viktig. Dette former oppfattelsen av dokumentet og legger premisser for hvordan det forstås fordi det fremstår som at dette ikke er tilstrekkelig viktige elementer for avsenderen til at det har blitt prioritert (Asdal & Reinertsen, 2021). Det kan dermed bli utfordrende for kommuner eller andre som er del av målgruppen å forstå hvilke mål og tiltak man skal fokuseres på når budskapet ikke når frem (Yang, 2014). Den norske strategien fremstår relativt kunnskapsbasert i sine formuleringer, men om man undersøker nærmere ser man at strategien ikke bruker referanser og har heller ikke har en litteraturliste. Det påpekes av Asdal og Reinertsen (2021) at referanser er et sentralt element i de fleste dokumenter og verdt å legge merke til fordi det forteller leser hva dokumentet bygger sine påstander og argumenter på. Mangel på referanser i den norske strategien svekker tilliten til avsender, såkalt etos (Stucki & Sager, 2018).

Til sammenlikning er det danske dokumentet godt strukturert noe som gjør det enklere å finne frem i. Brødteksten i dokumentet er kort og konkret og dette bidrar til å forme teksten fordi det blir mer effektivt å orientere seg i den (Asdal & Reinertsen, 2021). Mye av statistikken bygger på den danske befolkningsundersøkelsen og referanser brukes aktivt, noe som skaper etos fordi det øker tilliten til at hva som skrives er sant, og logos ved at den fremstår kunnskapsbasert i sin argumentasjon (Stucki & Sager, 2018). Det svenske dokumentet er oversiktlig og har en tydelig struktur i innholdsfortegnelsen. Det er verdt å merke seg at dette er det eneste dokumentet som følger opp delmålene som introduseres noe som gjør at det fremstår som viktig for avsenderen fordi det blir gitt en sentral plass i brødteksten og følges opp konsekvent (Asdal & Reinertsen, 2021). At den svenske strategien heller ikke bruker referanser eller har litteraturliste bidrar til å skape en usikkerhet i mottaker over hvilket grunnlag avsender bygger sine argumenter på noe som svekker etos (Stucki & Sager, 2018). I følge Asdal og Reinertsen (2021) er språklig stil en viktig del av dokumentet fordi det kan i bestefall muliggjøre handling og effektivitet, og kan i verstefall lamme leseren

og skape passivitet gjennom komplisert språk eller uklarhet i ansvar. Den svenske strategien har kortere formuleringer og har mindre utenomsnakk noe som fremstår effektivt og presist. Samtidig bruker den svært generelle formuleringer i sine mål og handlingsområder noe som gjør at den fremstår en smule overfladisk. Det oppleves ikke som om strategien muliggjør handling, snarere tvert imot fremstår den uspesifikk fordi den ikke skriver om konkrete problematikker og har ingen spesifikke tiltak i sine handlingsområder. Asdal og Reinertsen (2021) påpeker at det å bruke generelle formulering bidrar til at dokumentet kan oppleves mer uhandgripelig og nedtone hva dokumentet handler om eller hvem som har ansvaret. De løfter også at det som mangler i en tekst kan være minst like viktig som det som er til stede, og det blir synlig i dette tilfellet ved at mangelen på konkretisering av tiltak fremstår som en barriere for handling (Asdal & Reinertsen, 2021).

7.2 Forholdet mellom avsender og mottaker

En ulikhet mellom dokumentene er hvordan forholdet mellom avsender og mottaker håndteres. Den norske strategien skiller seg ut ved at den kommer med en direkte oppfordring til leser i tittelen og bruker mye retorikk. Ettersom det er både bilde og tekst av Bent Høie i innledningen personifiseres avsenderen i stor grad og skaper troverdighet, altså etos, gjennom at han er daværende helseminister (Stucki & Sager, 2018). Dette senker barrieren mellom avsender og mottaker fordi dokumentet fremstår mindre autoritært og skaper samhold gjennom oppfordringen om at *vi* skal gjøre noe sammen, nemlig snakke om *det*. Å legge opp til en følelse av samhold er et virkemiddel man finner igjen i retorikkens verden som *patos*, noe som blir brukt gjentagende ganger i teksten (Stucki & Sager, 2018). Eksempelvis skriver helseministeren om et savn over hva han selv manglet i sin seksualundervisning som ung og at vi må snakke mer om følelser som lengsel, lyst, nærhet og kraft. Videre skaper mangelen på at disse temaene tas opp i strategien en kontrast som blant annet kritiseres av Skilbred et al. (2022). De påpeker den motstridende vinklingen mellom Bent Høies livsbejaende formuleringer og strategiens rasjonelle og risikopregete forståelse av seksuell helse (Skilbred et al., 2022).

Selv om et av hovedmålene i strategien er å bekjempe tabuer og skam fremmer Bent Høie en litt annen diskurs. Blant annet skriver han om kraften du kjente som ungdom «da du tegnet forte og forbudte tegninger på naboens husvegg». I følge Jørgensen og Phillips (2000) er ordene man velger å bruke med på å bygge en forståelse av verden (eller et utsnitt av den). Ved å bruke ord som forbudt for å beskrive det som implisitt antas å være seksuelle tegninger

underbygger dette en diskurs om at det som omhandler seksualitet er forbudt eller noe man ikke har lov til. Ordet forbudt kunne i teorien like gjerne vært byttet ut med beskrivende ord som lystfulle, nakne eller seksuelle tegninger. En del av diskursanalyse er å kritisk undersøke maktrelasjoner i samfunnet via språk (Jørgensen & Phillips, 2000). Det kan man se ved setningen om at «noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene». Der fremmes en diskurs om at seksualitet er noe intellektuelt som omhandler kunnskap og læring, som igjen følger strategiens fremheving av seksualitet som noe ansvarsfullt og rasjonelt. Formuleringen om at «noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina» sier implisitt at en slik oppfattelse er feil eller i bestefall banal. Gjennom dette språket blir maktforholdet mellom avsender og mottaker forsterket i vinkling om at avsenderen er mer opplyst og vet mer enn den forenklete versjonen «noen» tror på (Jørgensen & Phillips, 2000).

Selv om tekstens tittel er «Snakk om kraft» er beskrivelsen av seksualitet relativt kraftløs. Den beskrives ved blodet som bruser, å stryke hånden over nakken til en annen, ligge hud mot hud og pust mot pust. Dette viser igjen hvordan diskursen males til å være noe mykt og koselig og styrer seksualiteten bort fra noe lidenskapelig og instinktivt. Skilbred et al. (2022) fant at de aspektene ved seksualiteten som fikk mest oppmerksomhet i strategien var det problematiske ved seksualiteten som måtte igrensesettes og kunnskap som nøkkelen til god seksuell helse. Dette skaper et ensidig bilde der perspektiver som at seksualdrift er noe instinkt, evolusjonært og et av de mest primære behov i mennesket faller helt bort (Thornhill & Gangestad, 1996). Ser man eksempelvis til barns naturlige seksuelle utvikling er det tydelig at utviklingen av seksualitet er svært fysisk orientert ved at barn utforsker berøring, intimlek som doktor-pasient og onani i småbarns årene (Larsson & Svedin, 2002; McKee et al., 2010; Ryan, 2000). Gjennom å ikke anerkjenne slike aspekter skapes en diskurs om seksualitet som har store mangler.

Den danske retningslinjen bruker færre retoriske grep for å skape et forhold til leseren. En av årsakene til dette kan være at retningslinjen i hovedsak henvender seg til kommunene og ikke til befolkningen eller andre aktører. I følge Helsedirektoratet (2020a) har en nasjonal retningslinje en faglig tyngde og anbefalinger om tiltak som bør implementeres. Dette kan være noe av grunnen til at det danske dokumentene ikke fokuserer mye på retorikk ettersom det ligger en forventning om at kommunene skal forholde til dokumentet basert på at det er en retningslinje. Den bruker logos som retorisk virkemiddel ved å ha beskrivende argumenter

og fremstår faktabasert og logisk (Stucki & Sager, 2018). Stucki og Sager (2018) påpeker i sin artikkel om retorikk at bevis må bli introdusert på en måte som skaper en ramme rundt politikken og problemene den løfter. At teksten har et rasjonale for temaene som tas opp, samt har sin egen befolkningsundersøkelse som kunnskapsgrunnlag gjør at man får tillit til avsenderen. Dokumentet har en rosa forside og myndighetens logo er plassert nederst i hjørnet noe som gjør at retningslinjen ikke fremstår for autoritær.

Den svenske strategien har en innledende tekst fra generaldirektør i Folkhälsomyndigheten Johan Carlson. Det er en opplysende tekst om myndighetenes ansvarsområder. Å bruke tekst fra generaldirektøren skaper etos, men på en langt mer formell måte. I følge Stucki og Sager (2018) har etos to variabler i retorikk; (1) knyttet til avsenderens reliabilitet om at han vil fortelle sannheten og (2) knyttet til om avsenderen vinner sympati fra mottakeren. I dette tilfellet skapes det etos gjennom den første variabelen, nemlig at man får tillit til generaldirektøren basert på hvem han er. I tillegg skapes det tiltro gjennom at teksten omhandler hvilket ansvar Folkhälsomyndigheten har og navn på hvem som er ansvarlig for publikasjonen. Det skaper tillit til avsenderens reliabilitet og opplevelsen av at myndigheten tar ansvarsoppgavene sine på alvor. Samtidig fremstår teksten autoritær og litt høytidelig noe som gjør at avsenderen ikke vinner sympati, men heller skaper en viss avstand mellom avsender og mottaker (Stucki & Sager, 2018).

7.3 Målgrupper

De tre dokumentene er ulike i definering av målgrupper. Det norske dokumentet definerer målgruppen til strategien som *«befolkningen generelt og alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, i bruker- og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning»*. Det er en målgruppe som favner bredt og man får inntrykket av at strategien er tiltenkt alle. Noe av årsaken til det kan være at ett av grunnprinsippene i den skandinaviske velferdsmodellen er alles like rett til velferd og sentrale gode (Sandvin et al., 2020). En slik formulering av målgruppen antyder at alle skal være inkludert. Samtidig fremstår en slik målgruppe relativt diffus fordi det ikke gir et klart inntrykk av hvor ansvaret ligger. Asdal og Reinertsen (2021) påpeker at jo mer passivt eller generelt noe formuleres jo større utfordringer kan oppstå med å plassere betydning og ansvar. Strategien er skrevet av myndighetene, men med en så bred målgruppe stilles ansvaret for gjennomføring litt åpent for tolkning. Man kan sette

spørsmålstegn ved om den gitte målgruppen er hensiktsmessig å ha, og særlig om det er realistisk at «befolkningen generelt» leser offentlige strategier.

I den danske retningslinjen står det innledningsvis at «*formålet med forebyggelsespakken er å understøtte kommunens arbeid med seksuell sunnhet og trivsel blant alle borgere.*»

Kommunene defineres som målgruppen til dokumentet noe som er konkret og gjennom dette viser de direkte hvor ansvaret ligger noe som har betydning fordi det muliggjør handling og implementering, samt eliminerer forvirring og handlingslammelse (Asdal & Reinertsen, 2021). Dette kan også være årsaken til at den danske retningslinjen bruker lite plass på å informere om bakgrunnsinformasjon for de ulike temaene fordi det ligger en forventning om mottakeren har en grunnleggende oversikt over problematikken i sin kommune. Den svenske strategien har en målgruppe som er «*myndigheter, kommuner og regioner og andre berørte aktører i arbeidet med SRHR*». Denne forholder seg i hovedsak til det offentlige rom, samt aktører som jobber innenfor fagfeltet. Formulering er noe generell som igjen gir utfordringer med å plassere ansvar (Asdal & Reinertsen, 2021). Asdal og Reinertsen (2021) påpeker at selv om offentlige dokumenter ofte er idealet for hva som skal skje og hvordan det forventes at man handler er det ikke alltid slik at mottaker av dokumentet bruker det i tråd med avsenders intensjon. Ved å åpne opp for større og mer generelle målgrupper øker muligheten for at dokumentet blir fortolket og brukt på andre måter enn intendert (Asdal & Reinertsen, 2021).

7.4 Seksuelt overførbare infeksjoner

En likhet mellom landene er at de alle har et mål om reduksjon av SOI. Det er rimelig å anta at dette er basert på en økning i forekomst av samtlige SOI hos de tre landene (Folkehelseinstituttet, 2022; Statens Serum Institut, 2022). Å drive smittesporing er en hjørnestein i folkehelsearbeidet og alle tre land prioriterer dette som en del av folkehelsepolitikken, i tillegg til at alle har en lov om smittevern og lovpålagt meldeplikt ved smittsomme sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 1995; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). Økt informasjon og igangsetting av kondomkampanjer trekkes frem som viktige tiltak i dokumentene for å forebygge SOI. Informasjonskampanjer er et hyppig brukt folkehelseiltak, og med god grunn, med tanke på kostnadseffektiviteten og at man kan nå ut med informasjon til en stor andel av befolkningen (Rice & Atkin, 2012). Det finnes flere eksempler på effektive informasjonskampanjer som har ledet til atferdsendring,

særlig innenfor helserelevante temaer som røyking, hudkreft og ikke minst kondombruk (Breitbart et al., 2006; Dubois-Arber et al., 1997; Kennedy et al., 2000). Selv om det er flere eksempler på gode informasjonskampanjer, er slike folkehelse tiltak også omdiskutert i forskningen (Mahoney, 2010; Rice & Atkin, 2012; Weiss & Tschirhart, 1994). Det er gjort studier for å undersøke hvilke deler av befolkningen informasjonskampanjer treffer, der litteratur viser til at slike kampanjer oftest har effekt på dem med høy utdannelse og høy sosioøkonomisk status (Niederdeppe et al., 2008). Dette påpeker den svenske strategien og skriver at en av faktorene for ulikheter i helse per i dag er sosioøkonomisk status. I tillegg er det viktig å påpeke at det ikke alltid er kunnskap som er barrieren til å ta gode helsevalg, særlig sett i lys av sosial ulikhet. Det er mye empiri som viser at faktorer som tilgjengelighet og pris spiller en like stor rolle i selve utførelsen av gode helsevalg, noe som eksempelvis er vist ved kondombruk (Bom et al., 2019; Cohen & Farley, 2004; Schuster et al., 1998). Det er påvist at gratis kondomer er et folkehelse tiltak med lav kostnad og høy effektivitet (Cohen & Farley, 2004). Per i dag er dette et tiltak som alle de tre skandinaviske landene har implementert noe som kan bidra til at fremtidige kondomkampanjer blir mer effektive basert på at kondomer er gratis og enkelt tilgjengelig for alle.

I tillegg til prevensjon løftes testing og tidlig behandling som en viktig del av forebygging. En danske studie som undersøkte barrierer for å teste seg blant unge fant at stigmatisering, frykt for undersøkelsen, mangel på kunnskap om kjønnsykdommer og fravær av symptomer var noen av de hyppigste årsakene til å unngå testing (Trettin et al., 2015). I tillegg var deltakerne i studien ikke klar over at det fantes testtilbud utover å kontakte fastlegen, noen som opplevdes som en stor barriere basert på ubeleiligheten av ventetid, frykt for å kontakte sekretær for time og opplevelser av å måtte rettferdiggjøre hvorfor de ønsket test ved mangel på symptomer (Trettin et al., 2015). Den norske strategien anerkjenner viktigheten av testing og har inkludert et tiltak om å sikre et mangfoldig testtilbud som ivaretar sårbare grupper der testing kan oppleves enda mer stigmatisert, eksempelvis til menn som har sex med menn (MSM) (Bjørnshagen et al., 2020).

Det ble i 2016 gjennomført en norske pilotstudie for HIV- selvtesting rettet mot MSM. Denne viste at selvtesting for HIV gir muligheten for anonym testing til MSM som aldri har testet seg (Bjørnshagen et al., 2020). Dette førte til at Norge nå har gratis hjemmetest for HIV til denne målgruppen, et tiltak de to andre landene har valgt å ikke implementere (Helseutvalget, 2020). Norge begrunner dette valget med økt tilgjengelighet og anonymitet, i tillegg til at det

allerede er mulig å bestille HIV-tester av varierende kvalitet via internett fra andre leverandører (Helseutvalget, 2020). De andre to landene begrunner sine valg med at ved hjemmetest er det ikke profesjonelle som kan tolke prøvesvaret (Folkhälsomyndigheten, 2022b). I tillegg løfter de et etisk perspektiv om i hvilken grad det er forsvarlig at personer, ofte sårbare grupper, sitter alene ved et potensielt positivt prøvesvar uten støtte fra helsepersonell (Folkhälsomyndigheten, 2020). Danmark har derimot valgt å løse dette ved at HIV-tester selges på apoteket slik at brukeren får muligheten til å få tilstrekkelig informasjon hvis testen gir positivt svar (Lægemedelstyrelsen, 2014). Samtidig er Norge det eneste landet som ikke har implementert gratis hjemmetest for klamydia og gonore til befolkningen, men har i sine tiltak at det skal vurderes et pilotprosjekt om dette. Danmark og Sverige har allerede implementert disse tiltakene (Klamydia.se, 2004; Sex og Samfund, 2020). Etersom det er gjort studier som viser at hjemmetesting er et effektivt tiltak for å begrense smittespredning og øke behandling kan man stille spørsmål om hvorfor Norge har valgt å implementere hjemmetest for HIV, men ikke ved klamydia og gonore, tatt i betraktning både forekomsten av sykdommen(e) samt alvorlighetsgraden. (Cook et al., 2007).

7.5 Uønskede svangerskap og abort

En annen likhet i dokumentene er at alle landene har som mål om å redusere uønskede svangerskap gjennom ulike tiltak som rådgivning og tilgang på prevensjon. Det er utfordrende å definere hva et uønsket svangerskap er, noe som også gjør det utfordrende å måle. I dokumentene ser det ut til at dette måles gjennom abortraten i landene, og særlig i den norske strategien brukes disse to begrepene om hverandre. Det er viktig å differensiere mellom de to begrepene «uønskede svangerskap» og «abort» noe det ser ut til at det danske og svenske dokumentet er mer bevisste på enn det norske. Både FN og WHO promoterer et mål om reduksjon i uønskede svangerskap gjennom styrking av reproduktive rettigheter (IPAS, 2015; United Nations, 2015). I tillegg fremmer de et mål om universal tilgang til trygg og lovlig abort (IPAS, 2015; United Nations, 2015; WHO, 2002). Den danske retningslinjen samsvarer til dels med dette ved å ha et mål om reduksjon i uønskede graviditeter. Den svenske strategien formulerer sitt delmål i samsvar med de internasjonale føringene og ønsker å fjerne risikoen for uønskede svangerskap og gi alle tilgang på trygg abort.

I den norske strategien er det uklart hva som er delmål og mål innenfor dette området fordi de er ulikt formulert. I delmålet som blir presentert innledningsvis, samt i kapitteloverskriften presenteres et mål om reduksjon i uønskede svangerskap og abort. I det andre målet som

finnes i selve kapittelet ønskes det kun en reduksjon i uønskede svangerskap. Det vektlegges at fall i abortraten er en «gledelig utvikling» noe som implisitt sier at abort er en uønsket handling. Dette bidrar til stigmatiseringen som allerede eksisterer av kvinner som søker abort istedenfor at å vende fokuset mot forebygging av uønskede svangerskap ved eksempelvis prevensjon, som igjen vil redusere abortraten (Hanschmidt et al., 2016). Det står ikke oppgitt hvorfor målet er å redusere aborter eller om eksempelvis samfunnskostnader spiller en rolle i dette insentivet i den norske strategien.

Kostnader av usikker sex løftes derimot i den danske retningslinjen og det påpekes at dette gjelder både SOI og uønskede graviditeter. Retningslinjen oppgir ikke hva kostnadene er, men fyller avsnitt med negativt forsterkende ord noe som gir inntrykket av at avsender mener dette er negativt (Asdal & Reinertsen, 2021). Det kommer ikke eksplisitt frem om det er et mål eller ønske om å redusere kostnader forbundet med usikker sex. Basert på omfanget av plass det får i teksten, samt ordene som brukes fremstår det likevel som viktig for avsender, og at det muligens er noen underliggende politiske insentiver rundt å redusere kostnader selv om dette ikke uttrykkes (Asdal & Reinertsen, 2021; Bacchi, 2009). Generelt er kostnadseffektiviteten rundt abort utfordrende å estimere i kroner og øre fordi det er vanskelig å avgrense hvilke faktorer som skal regnes med (Rodgers et al., 2021). Det er likevel stor enighet i empirien om at tilgang til abort er et svært kostnadssparende tiltak som bidrar til lavere fødselsrater hos tenåringer, styrking av kvinners utdanning, reduserte kostnader i behandling av utrygge aborter, ivaretagelse av eksisterende barn ibm. død ved abort, økt andel kvinner i arbeidslivet, styrking av personlig økonomi o.l. (Berer, 2000; Rodgers et al., 2021). Tilgang til abort er også linket til å være en human kapital investering i neste generasjon og det er vist at barn som er født på steder med tilgang til abort har større sannsynlighet for å få utdanning og mindre sannsynlighet for å motta økonomisk velferdsstøtte (Rodgers et al., 2021). Det er verdt å stille spørsmålstegn ved om reduksjon i antall aborter burde være et hovedmål i en strategi som omhandler styrking av seksuell helse og rettigheter, eller om fokuset burde ligge på reduksjon av uønskede svangerskap og tilgang til trygg abort slik de danske og svenske dokumentene formulerer seg. Det er likevel viktig å løfte frem at i alle de tre landene prioriteres abort som en viktig del av folkehelsepolitikken ved at det er både lovlig og gratis tilgang på abort (Center for reproductive rights, 2020).

7.6 Veien til god seksuell helse

Alle landene ønsker å styrke seksualitet og seksuell helse, men har ulik tilnærming til hva

som er viktig og riktig tilnærming for å oppnå dette. Den norske strategien fremhever kunnskap og kompetanse som løsningen for at alle skal ha muligheten til å ivareta egen seksuell helse. Basert på Carol Bacchi (2009) sin analysemetode viser dette at avsenderen implisitt mener at mangel på kunnskap og kompetanse er barrieren for å ivareta egen seksuell helse. På hvilken måte den norske befolkningen ikke ivaretar egen seksuell helse skriver strategien lite om annet enn tall for SOI og antall aborter. Både Sverige og Danmark har gjennomført store systematiske befolkningsundersøkelser om seksualitet og seksualvaner (Folkhälsomyndigheten, 2019; Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019). Befolkningsundersøkelser er en viktig del av folkehelsearbeidet fordi det gir økt kunnskap om befolkningen og et solid kunnskapsgrunnlag å arbeide ut fra (Folkehelseinstituttet, 2017). At Danmark og Sverige har prioritert dette i sin folkehelsepolitikk gjør at de har et kunnskapsgrunnlag til å si noe om hvilke utfordringer som er til stede i befolkningen og presentere løsninger basert på dette.

Norge mangler en slik befolkningsundersøkelse noe som er tydelig i strategien ved at den ikke gir et klart bilde av hvilke faktorer som er problematiske basert på data eller statistikk. Dette svekker både etos og logos i strategien ved at man mister tillit til tiltakene som presenteres fordi de ikke fremstår kunnskapsbaserte og det er ikke transparent hva argumentasjonen bygger på (Stucki & Sager, 2018). Sikring av kunnskap og kompetanse presenteres som den viktigste løsningen, men blir ikke oppgitt hvilket grunnlag de har for å påstå at kunnskapsgrunnlaget er lavt. I tillegg er det uklart hva man trenger kunnskap om eller hvilke parameter som legges til grunne for å løfte dette som løsning. At Norge har behov for en befolkningsundersøkelse om seksuell helse er det flere norske forskere som har påpekt, og at dette burde bli prioritert politisk ble det løftet ved den norske FRAMSNAKK konferansen om seksuelle helse i 2021 (Pedersen & Jalling, 2021). Videre er antagelsen om at ny kunnskap skal gi befolkningen det de trenger for å ivareta egen seksuell helse en forenkling av et perspektiv om at informasjon automatisk leder til endret atferd. Det er godt etablert at kunnskap alene ikke nødvendigvis leder til atferdsendring og selv om mennesker vet hva som er «riktige» helsevalg betyr det ikke at de velger dem (Sligo & Jameson, 2000).

Dette har innenfor helseinformasjon blitt kjent som «the knowlegde gap – hypotesen» definert av Tichenor et al. (1970). Den omhandler hvilke barrierer som hindrer kunnskap i å nå frem. I tråd med at informasjonsstrømmen i et samfunn øker vil den delen av populasjonen med høyere sosioøkonomisk status ha en tendens til å ta til seg informasjonen hurtigere enn

dem med lavere status (Tichenor et al., 1970). Utfordringen er at i forsøk på å jevne ut denne ulikheten ved å gi helseinformasjon vil det mest sannsynlig øke gapet fordi de informasjonsrike vil ta til seg mer kunnskap, mens de informasjonsfattige vil mangle muligheten, forståelsen eller interessen til å tilegne seg ny informasjon (Viswanath & Finnegan, 1996). Dette skaper informasjonsrike og informasjonsfattige segmenter i befolkningen og øker den sosiale ulikheten (Tichenor et al., 1970). Det fremstår i den norske strategien som at kunnskap er den viktigste faktoren for suksess i å oppnå målet om god seksuell helse. Da er det verdt å stille spørsmålstegn ved hvem denne kunnskapen vil gavne og om det treffer den delen av befolkningen som strategien ønsker å nå ut til. Barrierer for å tilegne seg ny kunnskap kan være mange. Blant annet spiller ord og språk en stor rolle der mangel på forståelse kan oppstå enten fordi informasjonen blir gitt på et fremmed språk, eller fordi den oppleves for komplisert og bruker faguttrykk som er utenfor ens forståelse (Nielsen-Bohlman L et al., 2004). Andre barrierer for å tilegne seg helseinformasjon er kulturelle ulikheter og forskjellig forståelse av helse-begrepet både mellom land, men i subkulturer innad i landet (Nielsen-Bohlman L et al., 2004; Sligo & Jameson, 2000). Alle disse faktorene kan være barrierer for at kunnskap ikke når frem til målgruppen og viser at økt kunnskap og kompetanse ikke ene og alene kan presenteres som løsningen for at befolkningen skal oppnå god seksuell helse (Sligo & Jameson, 2000).

Den danske retningslinjen formulerer målet svært annerledes ved å fokusere på at borgerne skal støttes i en positiv seksuell utvikling. Dermed plasseres ansvaret over på offentligheten og gjennom befolkningsundersøkelsen kan de stadfeste hvilke faktorene som per i dag leder til negativ seksuell helse og implementere anbefalinger og tiltak basert på dette (Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019). Dette styrker etos og logos i retningslinjen ved at man får tillit til myndighetene gjennom at de plasserer ansvaret over på seg selv, i tillegg til at de har et solid kunnskapsgrunnlag (Stucki & Sager, 2018). At myndighetene definerer *støtte* til borgerne som veien til god seksuell helse samsvarer med teorier innenfor folkehelse som viser at helse ikke kun handler om individets valg, men påvirkes av strukturelle levekår (Dahlgren & Whitehead, 1991). Dette finner man eksempelvis i Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell om helsedeterminantene som viser at systematiske, sosiale og kulturelle betingelser har påvirkning på helsen. Å støtte borgerne handler om politiske prioriteringer ved at det foreligger strukturelle forutsetninger for god seksuell helse (Dahlgren & Whitehead, 2021). Disse strukturelle forutsetningene kan være flere og den danske retningslinjen har definert mange i sine anbefalinger innenfor omsorg, behandling, støtte,

rådgivning, kampanjer, undervisning og praktisk hjelp fra det offentlige for å sikre god seksuell helse i befolkningen.

Den svenske strategien fremhever prinsipper om valgfrihet rundt å være seksuelt aktiv og basert på Carol Bacchi (2009) sin metode sier delmålet implisitt at det ikke er slik status er i dag. Hvordan valgfriheten er begrenset skriver strategien ikke noe om, men løfter likevel temaer som overgrep, tvangsekteskap og utnyttelse mer enn de to andre dokumentene. Tallene fra den svenske befolkningsundersøkelsen SRHR2017 viser at omtrent 12% av kvinner rapporterer å ha blitt utsatt for voldtekt og en enda større andel har opplevd ulike former for seksuelt overgrep (Folkhälsomyndigheten, 2019). Dette ser ikke ut til å skille seg betraktelig fra Norge og Danmark hvor statistikken viser at 9-10% av kvinner rapporterer å ha blitt utsatt for voldtekt (Folkehelseinstituttet, 2020; Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019). Hva som gjør at den svenske strategien løfter valgfrihet som veien til god seksuell helse kommer ikke tydelig frem i strategien noe som svekker logos fordi det ikke viser hva argumentasjonen bygger på (Stucki & Sager, 2018). Temaer som frihet, autonomi og egne valg løftes som veien til god seksuell helse noe som fremstår mer primært og grunnleggende enn i de to andre landene. Dette samsvarer med likhetsdiskursen som gjennomgående fremmes i den svenske strategien og folkehelsepolitikken i Sverige der fokuset er på at helsen i Sverige er god, men ujevnt fordelt (Folkhälsomyndigheten, 2019). At de tre landene har valgt så ulike tilnærminger til hva som er veien til god seksuell helse viser at dokumentene i høyeste grad er kontekstualisert og reflekterer samfunnssituasjonen og politikken der de kommer fra (Yang, 2014).

7.7 Uønskede seksuelle opplevelser

Både den danske retningslinjen og den svenske strategien har delmål om reduksjon av uønskede seksuelle opplevelser og har relevante tall hentet fra sine befolkningsundersøkelser. Som nevnt er statistikken i de to landene er noenlunde lik med 10-12 % av kvinner som rapporterer å ha blitt utsatt for voldtekt eller forsøkt voldtatt i løpet av livet (Folkhälsomyndigheten, 2019; Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019). Dette samsvarer med det norske folkehelseinstituttet (FHI) sin statistikk som har et tilsvarende tall på 9% (Folkehelseinstituttet, 2020). Dette viser at overgrepstatistikken blant kvinner fordeler seg relativt likt mellom de tre landene, men at Norge skiller seg ut ved å ikke ha reduksjon av uønskede seksuelle opplevelser som mål i strategien. Derimot har de et kapittel om seksuell

helse etter overgrep. Dette følger en tendens til å skape et rammeverk der man starter historien om overgrep og voldtekt etter at hendelsen har skjedd (Pedersen, 2022). Det tar fokuset vekk fra overgriperen og hva som ledet opp til å begå et overgrep og retter heller fokuset over på offeret etter voldtekten allerede er begått (Pedersen, 2022). Selv om de to tiltakene i kapittelet omhandler forebygging av vold, overgrep og kjønnslemlestelse fremstilles det som om hovedfokuset i strategien innenfor dette området er gode behandlingstilbud etter skaden er skjedd noe som ikke samsvarer med de to andre dokumentene. Ettersom den norske strategien ikke skriver noe om uønskede seksuelle hendelser fremstår det som om det ikke er viktig nok til å bli prioritert i teksten (Asdal & Reinertsen, 2021). Det kan trekkes paralleller til Bent Høies diskurs om seksualitet som noe koselig, rasjonelt og kunnskapsbasert, mens de mørkere sidene av seksualitet gjemmes bort og fokuset snus mot å vise omsorg for dem som falt offer for dette (Pedersen, 2022).

Den svenske strategien har et bredere fokus innenfor uønskede seksuelle hendelser og inkluderer frihet fra diskriminering, vold, undertrykkelse, utnyttelse, kjønnslemlestelse og tvangsekteskap i sitt delmål noe som skiller seg ut fra de to andre dokumentene. Noe av årsaken til dette kan være at den svenske strategien generelt samsvarer mer med de internasjonale dokumentene om seksuelle rettigheter hvor disse temaene får større plass (Starrs et al., 2018). Om uønskede seksuelle hendelser forekommer hyppigere i Sverige enn i Norge og Danmark er utfordrende å si noe om. Det er vanskelig å kartlegge forekomst av eksempelvis kjønnslemlestelse eller barne – og tvangsekteskap fordi det sjeldent rapporteres, og det ikke føres statistikk for påviste tilfeller slik at tallene man jobber ut fra i hovedsak er estimer og anslag av risikogrupper (DAMVAD, 2015). Det er likevel et faktum at både kjønnslemlestelse, barne – og tvangsekteskap har sterke kulturelle røtter og er mer utbredte i deler av verden som Midtøsten, Afrika og Asia (NKVTS, 2023). I dag er over halvparten av Nordens innvandrere bosatt i Sverige og 38% av befolkningen er innvandrere (SSB, 2022). Dette gjør Sverige rikt på ulike kulturer og religioner noe som kan være en bidragsyter til det store fokuset den svenske strategien har på disse områdene, særlig ettersom en større del av befolkningen kommer fra land hvor dette er vanlig. Blant annet viste en svensk rapport fra 2015 at ca. 38.000 jenter og kvinner levde med konsekvensene av kjønnslemlestelse (Socialstyrelsen, 2015).

Til sist løfter den danske retningslinjen et annet viktig punkt om digitale krenkelser, noe de to andre dokumentene ikke nevner. Basert på den massive digitale ekspansjonen som har vært

de siste årene er dette et særdeles viktig punkt som etter hvert omtales mye både i medier og løftes i forskningsfeltet. Det er blant annet gjort en studie på ungdom i Danmark som undersøker skillet mellom samtykke og ikke-samtykke basert seksuell digital interaksjon (Harder et al., 2019). Der løftes utfordringen med å forebygge bilde-baserte seksuelle overgrep uten å fjerne ungdoms mulighet for å uttrykke og nyte seksualiteten sin digitalt (Harder et al., 2019). Denne problematikken er i høyeste grad aktuell i en tidsepoke der sosiale medier er utbredt, særlig hos ungdom, men det er likevel kun et av de tre dokumentene som omtaler dette.

7.8 Seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten

En annen ulikhet mellom landene er hvordan seksuell helse skal imøtekommes i helse – og omsorgstjenesten. Den norske strategien har et eget delmål som omhandler å sikre kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse i helse og omsorgstjenesten. De tar selvkritikk på flere områder og påpeker at seksuell helse ikke har blitt godt nok prioritert eller ivaretatt, og at dette har blitt tydelig de siste årene gjennom historier som har fremkommet i media samt kartlegginger gjort av interesseorganisasjoner til spesifikke grupper (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Særlig fremmes det at seksuell helse skal bli del av behandlingsplaner i spesialisthelsetjenesten, men det står ikke spesifisert i hvilke behandlinger. Hordern (2008) fant i sin litteraturstudie om seksualitet ved kreftbehandling at *om* det ble snakket om seksualitet i det hele tatt var temaene begrenset til fertilitet, prevensjon, overgangsalder, ereksjonssvikt og fysiologiske muligheter for samleie. I tillegg var disse temaene særlig begrenset om pasientene var eldre enn 65 år (Hordern, 2008). Dette samsvarer med litteratur innenfor en stor variasjon av sykdom og lidelser som slag, stomi, ulike former for kreft og kroniske lidelser som alle konkluderer med at seksuell helse blir tematisert for sjeldent, innenfor begrensede rammer, og lite ivaretatt i helse – og omsorgstjenesten (Grenier Genest et al., 2017; Jonker-Pool et al., 2004; Merghati-Khoei et al., 2016). Tiltakene i den norske strategien som nevnes i forbindelse med seksualitet i helse – og omsorgstjenesten er økt tematisering av seksuell helse, økt kunnskap og kompetanse, seksuell helse i behandlingsplaner og stimulere til en faggruppe på feltet. Det store fokuset på økt kunnskap og kompetanse fremstår etter hvert litt fattig og passivt fordi det er så generelt, noe som bidrar til å gjøre teksten uhandgripelig og holder problematikken på en armlengdes avstand (Asdal & Reinertsen, 2021). Målene kan se ut til at de følger kunnskapsdiskursen og Bent Høies påstand om at «seksualiteten sitter mellom ørene».

Det danske dokumentet anbefaler at de fysiske rammene på bolig tilrettelegges slik at retten til privatliv kan opprettholdes og at kommunen utarbeider egne retningslinjer for seksuell trivsel i pleieboliger og botilbud. I tillegg har de utviklet en håndbok til helsepersonell om hvordan sexliv kan utleves i praksis på bolig (Socialstyrelsen, 2012). Håndboken er svært konkret og skal være en støtte til helsepersonell slik at de kan hjelpe dem som har behov for støtte i sin seksualitet (Socialstyrelsen, 2012). Fordelen med boken er at helsepersonell får et rammeverk til hvordan man profesjonelt sett kan løse dette på en etisk, forsvarlig og lovlig måte (Socialstyrelsen, 2012). Dette gir en trygghet ved at boken har konkrete spørsmål, temaer og formuleringer som helsepersonell kan benytte seg av om de selv føler de har lite kompetanse i å snakke om seksualitet med pasienter, noe som studier har vist er tilfellet blant norsk helsepersonell (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). I tillegg presenterer håndboken et rammeverk over hva som er forsvarlig helsehjelp innenfor feltet og legger vekt på lovgivningen, noe som er i samsvar med helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet i behandling (Helse - og omsorgsdepartementet, 1999). Dette er svært viktig fordi det beskytter begge parter, både pasienter som er i en sårbar situasjon, og helsepersonellet noe som forsikrer at de opptrer innenfor lovverket og ikke handler utenfor hva som er forsvarlig (Den norske legeforening, 2006). Den svenske strategien har et delmål som til dels omhandler seksualitet i helse – og omsorgstjenesten ved å fokusere på autonomi og retten til privatliv. Likevel er det nært sakt ingen problematisering av dette temaet i teksten eller handlingsområdene, noe som skiller seg ut fra de to andre dokumentene.

7.9 Helsepersonells rolle

I tillegg til å ha et delmål om seksuell helse i helse – og omsorgstjenesten har den norske strategien et delmål om å sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov. Det trekkes frem i strategien at brukere og pasienter ønsker mer tematisering av seksualitet, men foretrekker at det er helsepersonell som tar opp samtalen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Dette er et tema som har blitt problematisert og debattert av flere interesseorganisasjoner, pasienter, helsepersonell og i norske medier. Noen av gruppene som har en tendens til å få seksualiteten sin glemt eller at den oppleves som særlig tabu er eldre, personer med funksjonsnedsettelse eller fysisk - og psykisk utviklingshemmede (Esmail et al., 2010; Inelmen et al., 2012; Slack & Aziz, 2020). Likevel finner studier at flere av disse gruppene både er interessert i og deltar aktivt i seksuell aktivitet om mulig, og blant annet fant en svensk tverrsnittstudie at det hadde vært en markant økning i eldre som var seksuelt aktive mellom 1970 – 2000 (Beckman et al., 2008). De med psykisk

utviklingshemming ser ut til å være dem med mest tabulagt seksualitet der familie og helsepersonell ofte anser personene som aseksuelle, noe som igjen kan lede til en internalisering og integrering av aseksualitet hos individet (Esmail et al., 2010). En studie fant blant annet at kunnskapen om seksualitet hos unge med utviklingshemming var svært lav, der over halvparten av deltakerne ikke hadde fått noe som helst undervisning om seksualitet (Isler et al., 2009). Flertallet av de unge visste heller ikke forskjellene på mannlige og kvinnelige kjønnsorganer (Isler et al., 2009). En litteraturstudie fra 2018 konkluderte med hvor viktig det var at omsorgspersoner og helsepersonell støttet opp om seksualiteten til personer med utviklingshemming både basert på individets livskvalitet, men også fordi disse personene er i en økt risiko for seksuelle overgrep (Medina-Rico et al., 2018).

Samtidig er det viktig å løfte at helsepersonell føler de har manglende grunnlag for å veilede innenfor temaet, særlig fordi seksualitet og omsorg kan skape komplekse situasjoner. I en undersøkelse av ansatte på et norsk sykehus svarte 90% at de hadde manglende grunnlag for å snakke om sykdom og seksualitet med pasienter (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Når mental og fysisk alder ikke samsvarer eller ved sykdommer som demens kan dette lede til at seksualitet uttrykkes utenfor sosiale normer og oppleves problematisk (De Giorgi & Series, 2016). Kvalitative studier gjort på helsepersonell viser hvor utfordrende det kan være å håndtere slike situasjoner og fremmer viktigheten av kunnskap og retningslinjer rundt upassende seksuell oppførsel hos pasienter (Hayward et al., 2013). Dette anbefales både for å trygge helsepersonell, men også for å forebygge stress og utbrenthet på arbeidsplassen ettersom slike situasjoner kan være både mentalt og emosjonelt krevende (Hayward et al., 2013). Det norske dokumentet anerkjenner at seksualitet kan bidra til komplekse situasjoner, men presenterer ingen faglige retningslinjer eller rammeverk for å støtte helsepersonell. Det poengteres i strategien at fordi seksualitet kan være et utfordrende område er det desto viktigere at helsepersonell har tillit til egen rolle og at økt kunnskap og kompetanse skal bidra til at de får dette. Dette berører igjen forsvarlighetskravet i helsepersonelloven (Helse - og omsorgsdepartementet, 1999). Man kan stille spørsmålstegn ved om økt kunnskap og kompetanse i praksis vil gjøre helsepersonell tryggere til å håndtere situasjoner som omhandler seksuell helse hvis ikke det prioriteres mer og skapes forsvarlige faglige retningslinjer og rammeverk som belyser hva de har lov, og ikke lov, til å si og gjøre.

Likevel er det verdt å nevne at ettersom Danmark ikke har en sexkjøpslov slik som Norge har, gir det rom for at helsepersonell kan være mer aktive i tilrettelegging og hjelp med

seksuell aktivitet (Socialstyrelsen, 2012). Den norske strategien trekker grensen ved å gi rådgivning og undervisning i eksempelvis seksualtekniske hjelpemidler, mens den danske lovgivning åpner opp for at helsepersonell lovlig kan gi opplæring i onani, bistå i samleie mellom to personer og hjelpe beboere med å kontakte prostituerte (Socialstyrelsen, 2012). Dette er likevel innenfor klare rammer og har strenge retningslinjer som må overholdes, der man blant annet må signere kontrakt om slik hjelp på forhånd (Socialstyrelsen, 2012). Noe av grunnlaget til dette er at det i Danmark ikke er ulovlig å ta betalt for sex, noe som gjør det lovmessig mindre komplisert at helsepersonell kan bidra med slike aktiviteter. Norge og Sverige har sexkjøpsloven noe som gjør det lovmessig langt mer utfordrende, i tillegg til at det skaper en gråsoner for hva helsepersonell kan og ikke kan gjøre (Justis- og politidepartementet, 2008; Justitiedepartementet, 2005). Det fremhever det etiske dilemmaet om hvor bredt begrepet «seksuelle rettigheter» skal favne og på hvilken måte seksualitet skal ansees som en menneskerett (WHO, 2002). I tillegg spiller helsepersonelloven inn og fremhever et etisk perspektiv i forbindelse med hvilke ansvarsområder helsepersonell skal være forpliktet til å ha på jobb (Helse - og omsorgsdepartementet, 1999). Rollen til helsepersonell er svært ulik i de tre dokumentene, der den i den norske strategien fremstår svært teoretisk, den danske retningslinjen mer praktisk, mens den svenske strategien nevner ikke helsepersonell en eneste gang.

7.10 Likhet og likestilling

Det er helt tydelig at den svenske strategien har likhet og likestilte relasjoner som hovedfokus, noe som skiller seg ut fra de to andre dokumentene. Dette samsvarer med at Sverige har ett overordnet folkehelsepolitisk mål frem til 2048, nemlig «Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation» (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Basert på Carol Bacchi (2009) sin analysemetode sier fremstillingen av et slikt mål implisitt noe om den økte sosiale ulikheten som Sverige har blitt preget av de siste årene. Årsakene til økningen i sosial ulikhet er komplekse og sammensatte, med mange politiske beslutninger som har spilt en rolle i å øke forskjeller og segregering i det svenske samfunnet (The Lancet Regional Health, 2023). En av disse er Sveriges innvandringspolitikk som har vært den mest åpne i Norden og ført til at det svenske befolkningstallet har økt betraktelig på kort tid (SSB, 2022). Videre har deres integreringspolitikk blitt svært kritisert i media for å ikke klare å møte utfordringene som kommer med høy innvandring, noe som blant annet har bidratt til å skape utsatte områder og såkalte «gettoer» i flere svenske byer med økt kriminalitet og vold

(Human rights service, 2018; NRK, 2022). I Oxfam sin rapport fra 2022 kom det frem at Sverige er det nordiske landet som sliter mest med å bekjempe sosial ulikhet, og at den økonomiske ulikheten i landet øker som igjen fører til økning i vold, kriminalitet, fattigdom og ulikheter i helse (Walker et al., 2022). Det påpekes samtidig at denne økningen ikke alene er forårsaket av økt innvandring, men økonomiske prioriteringer og beslutninger nasjonalt (The Lancet Regional Health, 2023). Per tall fra 2020 var andelen som var i risiko for fattigdom i Sverige 16% noe som er det høyeste tallet i Norden, der de andre landene ligger mellom 8 – 12,7% (The Lancet Regional Health, 2023)

Denne sosiale ulikheten har store konsekvenser for helse i befolkningen ettersom helse henger tett sammen med helsedeterminanter som strukturelle levekår, sosioøkonomisk status, systematiske ulikheter, sosiale og kulturelle faktorer og levevaner (Dahlgren & Whitehead, 1991; Dahlgren & Whitehead, 2021). Dette inkluderer den seksuelle og reproduktive helsen. Sosial ulikhet har en innvirkning på om man klarer å ta til seg kunnskap, forstår informasjonen som blir gitt, har mulighetene til å nyttiggjøre seg av tilbud eller sosial støtte, og tilgjengeligheten av dette basert på sosioøkonomisk status (Tichenor et al., 1970; Viswanath & Finnegan, 1996). I følge årsrapporten om folkehelsens utvikling i Sverige fra 2022 konstateres det at for samtlige helseutfall lider personer med lavere sosioøkonomisk status mer, og at befolkningshelsen i Sverige god, men ujevnt fordelt (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Blant annet viser rapporten en økning av andelen barn og voksne som lever med lav økonomisk standard. Det fremkommer at per 2022 finnes det ingen tegn på at ulikheten i helse har minsket i befolkningen (Folkhälsomyndigheten, 2022a). Dette samsvarer med det den svenske strategien skriver om at også den seksuelle og reproduktive helsen i Sverige er god, men ujevnt fordelt i befolkningen. Det er svært mye av den svenske strategien som omhandler dette fokuset på likhet innenfor seksuell helse, men ingen konkrete tiltak for hvordan dette skal oppnås, noe som gjør at budskapet drukner litt på veien. Hadde man eksempelvis strøket ut ordene seksualitet eller seksuell helse i ulike avsnitt er det lite som ville avslørt at dette er en strategi som omhandler seksuell helse. Det kunne like gjerne vært Sveriges generelle folkehelsestrategi eller en strategi for psykisk helse uten at man hadde visst forskjellen på konteksten om man hadde byttet ut disse ordene. Både Norge og Danmark har et overordnet folkehelsepolitisk mål om reduksjon og forebygging av sosial ulikhet, men dette kommer ikke frem i dokumentene (Helsedirektoratet, 2022b; Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2013). Den norske strategien har ett underkapittel som omhandler sosial ulikhet i seksuell helse, men problematiserer i hovedsak sosial ulikhet knyttet til psykisk helse og

overgrep. Den danske retningslinjen har ikke nevnt sosial ulikhet eller temaer som omhandler likhet og likestilling.

7.11 Seksuell orientering og kjønnsidentitet personer

Sverige problematiserer at HBTQI – personer har økt risiko for diskriminering, vold, overgrep og er generelt mer utsatt for å ha dårlig helse. I den svenske befolkningsundersøkelsen kommer det frem at seksuell identitet er en risikofaktor i seg selv for dårligere (seksuell) helse (Folkhälsomyndigheten, 2019). I tillegg opplever HBTQI – personer mer seksuell trakassering og voldtekt enn normalbefolkningen der særlig biseksuelle og lesbiske kvinner er mest utsatt og har høyest overgrepstatistikk (Folkhälsomyndigheten, 2019). Det norske og danske dokumentet har ikke delmål som omhandler dette, men i den danske retningslinjen omtales problematikken i et underkapittel. Den danske befolkningsundersøkelsen finner liknende resultater som den svenske, i tillegg til at LGBT-personer har mer selvmordstanker og selvmordsforsøk (Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019). Den norske strategien skriver flere steder at den ønsker å jobbe mot åpenhet og respekt for mangfoldet og at dette skal tematiseres i seksualundervisningen. Alle de tre landene har handlingsplaner for LGBT - personer for å fremme trivsel, trygghet, rettigheter og like muligheter (Arbetsmarknadsdepartementet, 2020; Departementene, 2021; Ligestillingsafdelingen, 2022). Selv om det kun er den svenske strategien som inkluderer dette som delmål ser det ut til at alle landene arbeider relativt likt på dette området. Alle tre landene presenterer en folkehelsepolitikk som jobber for inkludering og styrking av egenmakt i forbindelse med seksuell identitet og kjønnsidentitet. Asdal og Reinertsen (2021) påpeker at offentlige dokumenter ofte refererer til andre dokumenter som ikke nødvendigvis er kjent for leseren. Dette kan bidra til forvirring hvis innholdet i dokumentet man refererer til ikke blir presentert slik at mottaker får et inntrykk av hva det handler om (Asdal & Reinertsen, 2021). Man kan stille spørsmålsteget ved hvorfor de tre dokumentene ikke tydeligere presenterer sine tiltak ettersom de med overveiende sannsynlighet finnes, basert på at det eksisterer handlingsplaner for LGBT – personer.

7.12 Sammenhengen mellom reproduktiv og seksuell helse

Den svenske strategien er den eneste som har reproduktiv helse som likestilt hovedfokus med seksuell helse. Begrepene seksuell helse og reproduktiv helse brukes konsekvent sammen og det gis ikke en differensiering av de to begrepene i strategien noe som er problematisk av flere årsaker. Fordi man lenge har assosiert seksuell helse med risiko og reproduksjon

underbygger dette et perspektiv om at det kun er voksne i fruktbar alder som har en seksuell helse (Oomman, 1998). Den norske strategien har ikke dette som del av sine mål, men har et kapittel som beskriver forholdet mellom seksuell helse og reproduktiv helse. Den løfter blant annet risikoen ved å knytte seksuell helse og reproduktiv helse for tett sammen fordi det skaper en forventning om en heteronormativ livsstil. Dette kan igjen føre til at dem som faller utenfor en heterofil livsstil ikke føler de har muligheten til å drøfte problemer knyttet til seksualitet (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Dette samsvarer med forskning som er gjort blant annet på lesbiske kvinner som viser at nesten halvdelen skjuler eller unngår å snakke om sin seksualitet til fastlegen i frykt for stigma, diskriminering eller at det er unødvendig informasjon (Austin, 2013). Den norske strategien klargjør altså forskjellen på de to begrepene og fremmer viktigheten av å skille på reproduksjon og seksualitet for å bidra til åpenhet. I tillegg trekker den frem et eksempel der lesbiske kvinner i Norge feilaktig fikk beskjed av helsepersonell om at de ikke behøvde delta i screeningprogrammet for livmorhalskreft basert på sin seksuelle orientering (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Å ha kunnskap om forskjellen på de to begrepene er svært viktig i praksis for å unngå feilinformasjon og legge til rette for at både reproduktiv og seksuell helse kan ivaretas. Den danske retningslinjen nevner kun reproduksjon i kontekst av barns seksuelle utvikling og nødvendig kunnskap hos helsepersonell.

7.13 Helsediskursen

Helsediskursen er en likhet som går igjen hos alle de tre landene, men får størst fokus i det norske og det danske dokumentet. Helse - aspektet av seksualitet løftes i tekstene og grunnlaget for å engasjere seg i seksuell aktivitet ser først og fremst ut til å være å få bedre helse eller forebygge uhelse. Denne sammenhengen blir relativt sterkt kritisert av Skilbred et al. (2022) som har gjort en diskursanalyse på «Snakk om det!». Det påpekes at en slik sammenheng mellom seksualitet og helse forsterker kavet og jaget etter å gjøre alle aspekter ved livet sunne. Det påpekes at følelser som kjærlighet, lengsel og begjær tidligere har vært menneskelige fenomener, men som i dag blir mer og mer koblet på medisinske modeller noe som viser en tendens til medikalisering av naturlige prosesser (Bondevik et al., 2017). Dette er forenelig med alle de tre dokumentenes beskrivelser av at seksuell helse er et verktøy til å oppleve livsmestring og ansees som en ressurs. Synet på seksualitet som noe deilig og en gledelig del av livet og mennesket faller helt bort og erstattes med seksualitet som skal lede til noe, holde oss friske, sterke og gjør at vi mestrer livet. Andre grunner til å engasjere seg i seksuell aktivitet tematiseres sjeldent noe som gjør at det ikke fremstår viktig for avsender

(Asdal & Reinertsen, 2021). I sin artikkel om seksuell helse som folkehelse skriver Mitchell et al. (2021) at det oppleves som tvilsomt at motivasjonen til befolkningen til å engasjere seg i seksuell aktivitet er av helsemessige årsaker (Mitchell et al., 2021). Alle de tre landene forsterker dette perspektivet og det kan fremstå som at helseperspektivet er en trygg havn å hvile i slik at man slipper å forholde seg til seksualitetens mer ukontrollerbare og lidenskapelig krefter som kåthet og seksuelle lyster.

7.14 Skal alle med?

En annen likhet mellom de tre dokumentene som kommer frem i teksten er perspektivet om at «alle skal med». Som nevnt er dette etablert som delmål i Sverige og alle land har utviklet egne handlingsplaner for LGBTIQI – personer (Arbetsmarknadsdepartementet, 2020; Departementene, 2021; Ligestillingsafdelingen, 2022). At alle skal med spenner likevel bredere enn dette og i den norske strategien nevnes det tiltak for andre marginaliserte grupper som voldsutøvere, overgripere og personer som selger sex. I den svenske strategien skrives det at sosiale innsatser, støtte og behandling også skal rettes mot personer som risikerer å utsette andre overgrep eller vold og de som tar betalt eller betaler for sex. Den danske retningslinjen har egne anbefalinger som omhandler at stoffmisbrukere skal ha tilgang på prevensjon og rene sprøyter og kanyler for å unngå spredning av infeksjoner. «Alle skal med» - prinsippet har i årevis vært ett bilde på den skandinaviske velferdsmodellen der likhet og alles rett til velferd og felles goder har stått sentralt i folkehelsepolitikken (Sandvin et al., 2020). Det er dermed ikke overraskende å se at dette skinner igjennom i de tre dokumentene. Flere prosjekter har blitt igangsatt for marginaliserte gruppers seksuelle helse, blant annet har det nylig blitt satt lys på seksualitet for innsatte i fengsel og prosjektet «Seksuell helse innenfor og utenfor murene» pågår nå i et utvalg av norske fengsel (Kriminalomsorgen, 2023).

Andre prosjekter er helsedirektoratets kampanje «Det finnes hjelp», et nylig opprettet hjelpetilbud som retter seg mot pedofile (Helsedirektoratet). Denne kampanjen har blitt svært omdiskutert og til dels mye kritisert i norske medier, og løfter samtidig problemstillingen over hvem som «skal med» og hvor grensen går i forhold til rett til seksualitet og seksuell helse (TV2, 2022). Dette er en debatt som er oppe til diskusjon jevnlig, og i 2019 ble denne igjen satt på dagsordenen da en uavhengig dansk avis utga en kronikk skrevet av en pedofil om diskriminering av pedofile i forbindelse med deres «seksualitet» (Information, 2019). Bare valget om å skrive pedofiles «seksualitet» i anførselstegn i denne oppgaven berører

problematikken om normalisering vs. sykeliggjøring av pedofili og utfordringen med å skille mellom å være pedofil som er lovlig eller å utføre seksuelle handlinger på barn som er straffbart. Alle de tre landene har innenfor de siste 3-5 årene fått hjelpelinjer og behandlingstilbud til pedofile (Berggrav, 2017) noe som viser at man er villig til å prioritere ressurser slik at alle får hjelp. Slike problemstillinger viser det komplekse, vanskelige og til tider ubehagelige landskapet som er seksualitet der integrerte moralske prinsipper blir utfordret og satt på prøve under politikken om at alle skal med.

7.15 Grenser og frihet

En stor ulikhet mellom dokumentene er fokuset den norske strategien har på at seksualitet er en kraft som må settes grenser for. I det danske dokumentet er grenser nevnt fåtalls ganger, mens i det svenske er det overhodet ikke nevnt. Kari Hærnes Nordberg har forsket på seksualundervisningen i Norge mellom 1935-1985, og studert hva staten godkjente og promoterte som undervisning som på den tiden var hovedkilden til informasjon om seksualitet (Nordberg, 2014). Nordberg poengterer at gjennom seksualundervisningen har staten forsøkt å kontrollere unges seksualitet for å forhindre at unge går «over streken» og at undervisning om grenser har vært sentralt i Norges seksualundervisning gjennom alle år. Særlig jenter har fra tidlig alder blitt gitt et stort ansvar både for sin egen, og for guttenes, seksualitet og skolen underviste om den ideelle seksualiteten som i hovedsak handlet om å avstå fra potensielle seksuelle situasjoner før ekteskapet (Nordberg, 2014). I følge Nordberg (2014) møtte seksualundervisningen på den tiden så mye motstand av blant annet kristne i Norge at det ikke ble undervist om eksempelvis prevensjon før utpå 70-tallet. Til sammenlikning startet Sverige med prevensjonsundervisningen allerede på 50-tallet (Nordberg, 2014).

Det er tydelig i den norske strategien at avsenderne ser på Norge som svært liberalistiske i sine holdninger til seksualitet og påpeker dette spesifikt i teksten med grunnlag i Norges lange tradisjon for seksualundervisning i skolen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel fremkommer det relativt tydelige diskurser og konservative narrativ om grenser, ansvar og kunnskap gjennomgående i strategien (Jørgensen & Phillips, 2000). Det norske dokumentet har en form for omvendt frihetsdiskurs som vektlegger at Norge allerede er svært fritt, selv om de overstående temaene viser noe av det motsatte. Dette er unikt for Norge og fremkommer ikke på samme måte i de andre dokumentene som fokuserer mer på hva som er problematisk innenfor seksuell helse i befolkningen. Den norske strategien legger selv vekt

på å skape et åpent og fremoverlent samfunn fritt for skam og fordommer, mens den samtidig presenterer en forståelse av seksualitet som i stor grad er i tråd med Nordberg (2014) sine funn om ansvarlig seksualitet. En slik forståelse samsvarer også med litteraturen som viser at seksuell helse ofte blir presentert i et risikoperspektiv (Marcus & Snowden, 2020). Noe litteratur har funnet at å fokusere på et erotisk og nytelsesbasert perspektiv i seksualundervisning eller i markedsføring fører til sikrere sex og at mennesker tar tryggere seksuelle valg (Scott-Sheldon & Johnson, 2006; Zaneva et al., 2022).

7.16 Hvilke ord blir brukt?

En likhet mellom strategiene er at ingen bruker særlig beskrivende ord som man forbinder med seksualitet som penis, vagina, vulva, onani, kåthet og mange fler. Likevel er det kun den norske strategien som legger en forventning om dette gjennom tittel og introduksjon av Bent Høie, noe som gir en opplevelse av at det mangler i dokumentet fordi det ikke følges opp (Asdal & Reinertsen, 2021). Av de tre dokumentene har den danske retningslinjen de mest beskrivende formuleringene om seksualitet som inkluderer «utlevelse av seksualliv» og «aktivt, tilfredsstillende og godt sexliv». Det svenske dokumentet har få beskrivende eller utmalende setninger rundt seksualitet og det nærmeste den kommer er å «ha nytbare seksuelle opplevelser». Særlig den norske strategien har blitt kritisert for deres mangel på beskrivende ord av Skilbred et al. (2022). De stiller spørsmålet om det hadde vært mulig å skrive en offentlig strategi om andre temaer, eksempelvis respiratorisk helse, uten å nevne organer som lunger, luftveier og andre tilgrensende organer en rekke ganger, og konkluderer med at de tror ikke det (Skilbred et al., 2022). I tillegg påpeker de at strategien, som i utgangspunktet er ment til å bidra med mindre tabu og mer mangfold, ser ut til være en del av den lange norske tradisjonen der seksualitet omtales som noe saklig, ansvarlig og rasjonelt (Skilbred et al., 2022). Det mener de ikke er helt ulikt 1970-tallets progressive beskrivelser av god seksualitet som en direkte opposisjon til genital sex (Skilbred et al., 2022)

Forskning viser at det å snakke åpent om seksualitet, særlig med barn og unge, har store fordeler (Coakley et al., 2017; Diiorio et al., 2003). Coakley et al. (2017) fant eksempelvis at foreldre som snakker med barn og ungdommer om sex har mindre sannsynlighet for å involvere seg i risikofylt seksuell atferd, har lavere forekomst av SOI og større sannsynlighet for å bruke prevensjon ved første samleie. Ord har stor makt, og hvilke ord man bruker (eller lar vær å bruke) har stor påvirkning på hvordan ting oppfattes, noe som jo er grunnleggende for diskursanalyse (Jørgensen & Phillips, 2000). Å kalle den norske strategien «Snakk om

det!» for så å ikke ta i bruk ord og begreper som ville vært naturlige å bruke om seksualitet er motstridende og underbygger oppfattelsen om at slike ord (og dermed handlinger) er tabu og skamfulle (Hussein & Ferguson, 2019).

I den danske retningslinjen brukes det forsterkende ord, både i positiv og negativ retning. Dette er en måte for avsenderen å gi uttrykk for meninger eller standpunkt uten å måtte skrive disse eksplisitt (Bacchi, 2009). Det kan se ut til at stedene i den danske retningslinjen der det brukes mange forsterkende ord, særlig i negativ retning, er steder der det ikke presenteres statistikk eller tall, som ved fokuset på kostnader. Ettersom påstander som «store omkostninger» ikke følges opp av fakta svekker dette logos og oppfattelsen av dokumentet fordi det ikke blir tydelig hvilken kunnskap påstanden bygger på (Stucki & Sager, 2018). At den svenske strategien har valgt å formulere målene sine i «visjonær karakter» og bruker mange generelle beskrivelser er med på å skape distanse til mottaker (Asdal & Reinertsen, 2021). Asdal og Reinertsen (2021) påpeker at slike generelle formuleringer kan bidra til å gjøre dokumentet mer uhandgripelig og at det å bruke generelle eller passive former kan bidra til å nedtone hva dokumentet omhandler og hvem som har ansvaret. Dette finner man igjen i den svenske strategien i en slik formulering av målene «Alla har frihet att avgöra om, när och hur de vill vara sexuellt aktiva(...), utan risk för sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter». Det identifiseres ikke et problem, eksempelvis at det i dag er mange som ikke har frihet til å ta avgjørelser rundt sin seksualitet. Det identifiseres heller ikke en handling eller løsning som det gjøres i de andre landene ved eksempelvis å definere mål om *reduksjon* i seksuelt overførbare infeksjoner. Ved å skrive for overordnet (eller for komplisert) legges byrden med å fortolke teksten og for å avgjøre hvilken betydning dokumentet har over på mottaker (Asdal & Reinertsen, 2021). I den svenske strategien er det mye overordnet språk og ingen konkrete tiltak noe som kan gjøre det krevende for mottaker å vite hvilke handlinger man skal gjøre, og det dermed virker handlingslammede.

7.17 Ansvaret for gjennomføring

Avslutningsvis er det interessant å diskutere hvor de ulike dokumentene plasserer ansvaret for gjennomføring og dermed hvor veien går videre når dokumentet er publisert. Selv om alle de tre dokumentene har presentert målgruppene sine, er det ikke nødvendigvis der de plasserer ansvaret. Den norske strategien legger stor vekt på helsepersonell og deres rolle i å bedre den seksuelle helsen gjennom å øke kompetansen sin og kommunisere med pasienter. Dette plasserer først og fremst seksuell helse tilbake i en somatisk kontekst ettersom man i

hovedsak er i kontakt med helsepersonell gjennom sykdom og behandling. Det har den siste tiden, særlig ibm. Covid-19, blitt økt fokus på hvor belastende og hektisk hverdagen til helsepersonell er (NOU, 2023). Regjeringen kom dette året med den offentlige utredningen «Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse – og omsorgstjeneste» som tar for seg den økende belastningen helsepersonell opplever i hverdagen, i tillegg til mangelen på helsepersonell som Norge står ovenfor (NOU, 2023). Selv om pasienter har krav på ivaretagelse av seksuell helse må man stille spørsmålet om hvor realistisk forventningen er om at det er helsepersonell som skal ta ansvar for dette. Både basert på tidspress, men særlig når det ikke foreligger retningslinjer eller konkrete anbefalinger om hvordan dette skal gjennomføres kan dette fremstå problematisk i praksis.

Den danske strategien ansvarliggjør mer eller mindre kun kommunene i sine retningslinjer. Dette er i tråd med den danske lovgivningen og sundhedslovens paragraf 119 som omhandler at kommunen har ansvaret for oppgaver i forhold til borgerne å skape rammer for et sunt levevis (Retsinformation, 2019). De legger ikke vekt på spesifikke grupper for gjennomføring av anbefalingen, men skriver konsekvent at implementering er kommunenes ansvar. Den svenske strategien ansvarliggjør et bredt spekter av aktører som blant annet rektorer, arbeidsplasser og sivilbefolkningen. Deres ansvarliggjøring av snevre grupper og enkeltpersoner minner litt om en såkalt «top-down approach» der myndighetene sitter på toppen og innfører politikk som skal utføres av dem som jobber på bunnlinjen (Knoepfel et al., 2011). Denne tilnærmingen har blitt kritisert, særlig innenfor offentlig politikk, fordi den utelater interessene til dem som jobber på bunnlinjen, i tillegg til å ikke lytte til dem som muligens kjenner fagfeltet best (Knoepfel et al., 2011). Det er motstridende at den svenske strategien ansvarliggjør relativt mange individuelle grupper uten å komme med konkrete tiltak til hvordan det er forventet at de skal gjennomføre dette ansvaret. I følge Asdal og Reinertsen (2021) er et offentlig dokumentet ofte idealet for hva som skal skje og hvordan det forventes at man handler. Derfor er det flere ulike aktører som leser offentlige dokumenter, særlig om det er relevant innenfor fagfeltet man jobber i (Asdal & Reinertsen, 2021). Det er verdt å bemerke seg hvilken påvirkning dokumentet har på de som ansvarliggjøres, eksempelvis helsepersonell, rektorer eller sivilbefolkningen om de leser dokumentet. Dette gjelder muligens den norske strategien alle mest i at de omtaler helsepersonell så konsekvent og legger mye av løsningen over på dem. Asdal og Reinertsen (2021) påpeker hvor stor effekt dokumenter kan ha på mottaker i både positiv og negativ retninger. Basert på de høye kravene som allerede ligger på helsepersonell er det verdt å stille spørsmålstegn ved om en

slik ansvarliggjøring ikke kun øker presset, særlig uten faglige retningslinjer som støtter det opp (NOU, 2023). Det samme gjelder ved at den svenske strategien ansvarliggjør både rektorer og sivilbefolkningen noe som kan ha effekt ved at det legges mye vekt på enkeltpersoners skuldre (Asdal & Reinertsen, 2021). Likevel blir disse gruppene kun nevnt en gang under kapittelet «ansvarsfordeling og roller» noe som er langt mindre enn helsepersonellet som blir nevnt gjennom hele strategien, noe som også understreker hvor viktig dette er for avsender fordi det får så mye plass i teksten (Asdal & Reinertsen, 2021).

8. Metodekritikk

Å gjøre kvalitativ forskning, som dokumentanalyse er en del av, har sine metodiske begrensninger. Flere forskere, blant annet Morse (2015) anbefaler at man bruker begreper fra samfunnsvitenskapen for å vurdere påliteligheten (reliabilitet), gyldigheten (validitet) og overførbarhet (generaliserbarhet). Dette er viktige komponenter for å se kritisk på metoden, dens begrensninger, og dermed også begrensninger i min egen oppgave. Ved å skrive en masteroppgave skaper jeg et dokument som i teorien også kan gjennomgå en dokumentanalyse, og dermed ender jeg i samme rolle som forfatteren(e) av dokumentene jeg analyserer (Asdal & Reinertsen, 2021; Bacchi, 2009). Dette er noe metoden til Carol Bacchi (2009) har blitt kritisert for fordi den skaper et slikt dilemma. Ifølge Bacchi (2009) er dette i utgangspunktet ikke et problem så lenge forskeren er bevisst over denne refleksiviteten og fokuserer på å undersøke premisene for hva som presenteres og forholde seg til teksten med åpenhet og nysgjerrighet (Beltsas & Beasley, 2012).

8.1 Pålitelighet

Pålitelighet handler om i hvilken grad man hadde oppnådd de samme resultatene dersom noen andre skulle gjennomføre studien på nytt (Morse, 2015). I mitt tilfelle ville dette vært om andre forskere hadde funnet tilsvarende resultater og vektlagt de samme tingene som jeg har gjort i min analyse av dokumentene. Dette skal i teorien være mulig om de velger samme metode og analyseverktøy som jeg gjorde i min oppgave. Likevel er kvalitativ metode og dokumentanalyse metoder hvor tolkning er en sentral del (Asdal & Reinertsen, 2021). Dermed kommer jeg ikke utenom at min forforståelse har spilt en rolle i analysen. Blant annet har mine forkunnskaper om Norge påvirket meg ettersom jeg er norsk. Jeg er mer kjent

med konteksten i landet og har analysert folkehelsepolitikken gjennom studiet, noe som gjorde at jeg synes det var enklere å reflektere rundt den norske strategien enn de to andre. Dette kan ha påvirket min analyse ved at jeg har vektlagt den norske strategien mer, selv om jeg har prøvd å ha bevissthet rundt det. Det er reelt at den norske strategien får mer plass enn de to andre dokumentene, og det har vært utfordrende å skille på om dette er fordi jeg har vektlagt den mer eller fordi strategien er såpass mye lengre enn de to andre og dermed krever mer plass.

Noe som også har påvirket påliteligheten i denne oppgaven er min forståelse av dokumentanalyse som metode. Dette er min første erfaring med dokumentanalyse og den største utfordringen har vært å skille på hva som er resultater og hva som er min egen oppfattelse og hvor denne grensen går. Frykten for å ha oversett store temaer eller misforstått helheten har fulgt meg gjennom oppgaven og jeg kan ikke garantere for at dette ikke har skjedd. Tolkning er en sentral del i dokumentanalyse og dette putter meg i risikoen for å være partisk noe som kan gi skjevheter (Asdal & Reinertsen, 2021). Vissheten om dette har jeg prøvd å ha med meg gjennom hele oppgaven og anerkjenne at jeg har et ansvar som forsker ved å undersøke min egen forforståelse og forholde meg nøytralt til datamaterialet jeg analyserer. Dette påvirker likevel påliteligheten i oppgaven. Samtidig er det begrenset hvor relevant det er å diskutere pålitelighet i en slik oppgave. Som nevnt er tolkning en såpass sentral del av metoden, noe som gjør at andre forskere mest sannsynlig ville gjort andre tolkninger og funn enn meg og dermed fått andre resultater (Morse, 2015).

8.2 Gyldighet

Gyldighet i denne oppgaven omhandler på hvilken måte dokumentene som er valgt er tilstrekkelig i omfang og om utvalget av data er hensiktsmessig i forbindelse med problemstillingen (Morse, 2015). Forskeren har ofte begrenset kunnskap i starten av et forskningsprosjekt og dermed er det utfordrende å gjøre en vurdering på datainnsamling i forbindelse med mengde data og hvilke avgrensninger som er gunstige (Morse, 2015). Etter hvert blir forskeren mer kjent med dataene og får en større oversikt og forståelse noe som ofte gjør at eksempelvis strategi, metode eller problemstilling endres underveis (Morse, 2015). I denne oppgaven mener jeg at utvalget av data har vært relevant i forbindelse med problemstillingen og denne har ikke endret seg underveis. Det har ikke dukket opp dokumenter underveis som jeg anser som mer relevante i forbindelse med min

problemstilling. Dette kunne vært om det hadde kommet en nasjonal strategi i seksuell helse for Danmark eller at Norge eller Sverige hadde publisert retningslinjer for seksuell helse. Ettersom den norske strategien i teorien kun skulle vare til 2022 var jeg spent på om denne kom til å bli publisert mens jeg skrev oppgaven, men det gjorde den ikke.

Noe jeg ikke forutså da jeg startet var mengden informasjon jeg måtte undersøke ettersom jeg valgte tre ulike land. Gjennomgående har jeg prøvd å se resultatene i kontekst av landenes folkehelsepolitikk, eksisterende tiltak, relevant litteratur og eventuelle saker i nyhetsbildet på området. For hvert resultat eller diskusjonspunkt har jeg dermed måtte undersøke tre ulike lands politikk noe som var veldig omfattende. Dette førte til at jeg ble nødt å gjøre en seleksjon av hvilke områder jeg hadde tid til å sette meg inn i. Dette spiller inn i gyldigheten i oppgaven fordi min tolkning av temaene knyttet opp mot landets kontekst kan ansees som snever selv om jeg gjennomgående har prøvd å romme flere perspektiver. Det var dette som førte til at jeg etter hvert begrenset oppgaven til kun tre analyseverktøy.

Til å starte med ønsket jeg å bruke alle seks verktøy som Asdal og Reinertsen (2021) presenterer. Dette hadde nok vært mulig om jeg kun hadde valgt ett land, men ettersom jeg valgte alle tre ble omfanget for stort. Det har resultert i at visse elementer og dimensjoner av dokumentene ikke har blitt analysert. Dette har hatt betydning for oppgaven fordi forståelsen av dokumentene er begrenset til de perspektivene som fremkommer gjennom de tre analyseverktøyene som er brukt og det er rimelig å anta at oppgaven derfor har mangler. Dette reduserer oppgavens gyldighet fordi den er snevrere i sin analyse enn om man hadde analysert alle dimensjonene og da er det mulig at resultatene ville blitt annerledes. Likevel forble oppfattelsen min gjennom oppgaven at jeg hadde valgt de tre mest relevante analyseverktøyene basert på mine dokumenter. Dette øker gyldighet til resultatene i oppgaven fordi det er å anta at de viktigste elementene i dokumentene har kommet fra gjennom valg av analyseverktøy (Asdal & Reinertsen, 2021). Å være systematisk med innholdet i analysen forbedrer gyldigheten i oppgaven (Morse, 2015). Å analysere dataene i et Excel-dokument gjorde at jeg systematisk stilte de samme spørsmålene for hvert analyseverktøy til hvert land, noe som kan anses som en form for koding (Morse, 2015). Resultatdelen ble dermed gjort svært systematisk. I diskusjonsdelen ble det gjort flere prioriteringer over hvilke temaer som virket hensiktsmessige å undersøke nærmere basert på oppgavens omfang. Da endte jeg med å undersøke konteksten til hvert diskusjonspunkt som de dukket opp, og prøve å få et overblikk over politikken til hvert enkelt land.

8.3 Overførbarhet

Til slutt kan man diskutere overførbarheten i en slik oppgave. Overførbarhet handler om resultater eller konklusjon til en studie kan strekke seg utover studien selv, og si noe om andre enten individer, settinger, steder eller institusjoner avhengig av hva studien handler om (Morse, 2015). I kvalitative studier er overførbarheten ofte mindre fordi både tolkning og kontekst spiller en sentral rolle, og skal man kunne si at resultatene er overførbare må man dekontekstualisere materialet (Morse, 2015). I mitt tilfelle vil jeg vurdere at det ikke er særlig stor overførbarhet i resultater mellom mine tre dokumenter og strategier eller retningslinjer til andre land. Basert på min studie kan man ikke si noe om hvordan andre land jobber med seksuell helse eller at slik man jobber i Skandinavia er representativt for resten av verden.

9. Konklusjon

I denne oppgaven har målet vært å analysere hvilke likheter og ulikheter som finnes i de offentlige dokumentene for seksuell helse i Skandinavia og hvordan disse kan tolkes med bakgrunn i landenes unike kontekst og folkehelsepolitikk.

Oppgaven viser at det finnes flere ulikheter enn likheter mellom landenes fokusområder innenfor seksuell helse. Ulikhetene er spesielt fremtredende i hva strategiene mener er veien til god seksuell helse, hvilken rolle helsepersonell og helse – og omsorgstjenesten har, hvem som har ansvaret for å gjennomføre strategien, hvilket forhold som blir bygget mellom avsender og mottaker, og mest av alt hvilke diskurser som eksisterer rundt seksualitet. Studien viser at diskursene i dokumentene fremstiller seksualitet og seksuell helse som noe kunnskapsbasert, helserelatert og risikofokusert. Den norske strategien fremmer noen begrensende diskurser som er knyttet tett opp mot grenser og ansvar, noe som bør reflekteres over ved utviklingen av en eventuell ny strategi. Dette gjelder også for den danske retningslinjen hvor seksualitet blir sterkt knyttet opp mot en helsediskurs. I tillegg bruker den danske retningslinjen forsterkende ord istedenfor å eksplisitt gi uttrykk for budskapet sitt. Likhetene i oppgaven består av hvordan landene jobber med seksuelt overførbare infeksjoner, uønskede svangerskap og seksuell identitet og kjønnsidentitet.

Flere av målene i dokumentene er direkte knyttet opp mot kontekst og folkehelsepolitikk, noe som kommer tydelig frem i Sveriges strategi. For Norge er det særlig diskursene som er

knyttet opp mot landets kontekst, mens for Danmark skinner de politiske insentivene gjennom i form av kostnader. Norges mangel på en befolkningsundersøkelse svekker strategien fordi den ikke har et kunnskapsgrunnlag til å si noe om hva som er problematisk i befolkningen. Å få gjennomført en slik kartlegging vil kunne gi verdifull kunnskap om hva man behøver å fokusere på i fremtiden. Den danske retningslinjen er noe snever i at den berører færre temaer innenfor seksuell helse enn de to andre dokumentene, og nevner færre tiltak til sårbare grupper noe som kan være verdt å fokusere på i fremtidig arbeid. Den svenske strategiens mangel på konkretisering av tiltak preger dokumentet og fremstår som en barriere til å implementere handlingsområdene i praksis. I tillegg er strategien svært politisk både i sine mål og formuleringer noe som gjør at fokuset på seksuell og reprodutiv helse forsvinner underveis. I en eventuell fremtidig strategi kan det være gunstig å gjøre dokumentet mindre overordnet og mer konkret. Studien viser at landenes individuelle kontekst og folkehelsepolitikk spiller en stor rolle i innholdet i dokumentene og implementering av mål og tiltak. Avslutningsvis viser studien at seksuell helse er et fagfelt som det er behov for å fokusere, tematisere, lære, snakke, informere, skrive, prioritere, forske, erkjenne, undervise, respektere, høre, forstå og spørre mer om. Ekstra mye er det behov for at noen tørr å skinne lys på de sidene av seksualiteten som ikke bare er praktiske eller risikofokuserte, men som er lystfulle, spennende, lidenskapelige, menneskelige, mørke og alt innimellom.

Litteraturliste

- Arbetsmarknadsdepartementet. (2020). *Handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och mögligheter*: Regeringskansliet.
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2021). *Hvordan gjøre dokumentanalyse*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Austin, E. L. (2013). Sexual orientation disclosure to health care providers among urban and non-urban southern lesbians. *Women Health*, 53 (1): 41-55. doi: 10.1080/03630242.2012.743497.
- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy*: Pearson Higher Education AU.
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *Bmj*, 337 (7662): a279. doi: 10.1136/bmj.a279.
- Beltsas, A. & Beasley, C. (2012). Engaging with Carol Bacchi: Strategic Interventions & Exchanges. *University of Adelaide Press*.
- Berer, M. (2000). Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bull World Health Organ*, 78 (5): 580-92.
- Berggrav, S. (2017). *Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn. Utredning av behov og ulike modeller*: Redd Barna.
- Bjørnshagen, V., Moseng, B. U. & Ugreninov, E. (2020). Who do you reach? A Norwegian pilot project on HIV self-testing that targeted men who have sex with men. *AIDS and behavior*, 24 (2): 568-579.
- Bom, R. J. M., van der Linden, K., Matser, A., Poulin, N., Schim van der Loeff, M. F., Bakker, B. H. W. & van Boven, T. F. (2019). The effects of free condom distribution on HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men. *BMC Infectious Diseases*, 19 (1): 222. doi: 10.1186/s12879-019-3839-0.
- Bondevik, H., Madsen, O. J. & Solbrække, K. (2017). *Snart er vi alle pasienter*.
- Breitbart, E. W., Greinert, R. & Volkmer, B. (2006). Effectiveness of information campaigns. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, 92 (1): 167-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pbiomolbio.2006.02.023>.
- Center for reproductive rights. (2020). European abortion laws, a comparative Overview. Tilgjengelig fra: <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/European-abortion-law-a-comparative-review.pdf>.
- Coakley, T. M., Randolph, S., Shears, J., Beamon, E. R., Collins, P. & Sides, T. (2017). Parent-Youth Communication to Reduce At-Risk Sexual Behavior: A Systematic Literature Review. *J Hum Behav Soc Environ*, 27 (6): 609-624. doi: 10.1080/10911359.2017.1313149.
- Cohen, D. A. & Farley, T. A. (2004). Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms. *The Lancet*, 364 (9428).
- Cook, R. L., Østergaard, L., Hillier, S. L., Murray, P. J., Chang, C.-C. H., Comer, D. M. & Ness, R. B. (2007). Home screening for sexually transmitted diseases in high-risk young women: randomised controlled trial. *Sexually Transmitted Infections*, 83 (4): 286-291. doi: 10.1136/sti.2006.023762.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport*, 14.

- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199: 20-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>.
- DAMVAD. (2015). *Utbredelse av kjønnslemlestelse i Norge*. Oslo: Nasjonalt kunnskassenter om vold og traumatisk stress.
- Danske regioner. (2017). *Sundhed for alle*. Regioner.dk.
- De Giorgi, R. & Series, H. (2016). Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. *Curr Treat Options Neurol*, 18 (9): 41. doi: 10.1007/s11940-016-0425-2.
- Den norske legeforening. (2006). *Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven*: Tidsskriftet Den Norske Legeforening. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/02/rett-og-urett/forsvarlighetskravet-i-helsepersonelloven> (lest 08.06.23).
- Departementene. (2021). *Trygghet, mangfold og åpenhet*. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024.
- Diiorio, C., Pluhar, E. & Belcher, L. (2003). Parent-Child Communication About Sexuality. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 5 (3-4): 7-32. doi: 10.1300/J129v05n03_02.
- Dubois-Arber, F., Jeannin, A., Konings, E. & Paccaud, F. (1997). Increased condom use without other major changes in sexual behavior among the general population in Switzerland. *Am J Public Health*, 87 (4): 558-66. doi: 10.2105/ajph.87.4.558.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A. & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 32 (14): 1148-1155. doi: 10.3109/09638280903419277.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Hvorfor trenger vi store befolkningsundersøkelser?*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/studier/moba/forskere/jama/> (lest 01.06.23).
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Vold og seksuelle overgrep*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/skader/vold/> (lest 04.05.23).
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Årsrapport 2022, Overvåking av seksuelt overførbare infeksjoner*. Oslo.
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017 – Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017*: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*.
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *Folkhälsans utveckling - Årsrapport 2022*: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Hemtest för HIV*. Folkhälsomyndigheten.se. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/hemtest-for-hiv/> (lest 07.06.23).
- Folkhälsomyndigheten. (2023a). *Korta fakta om oss*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/korta-fakta-om-oss/> (lest 24.05.23).
- Folkhälsomyndigheten. (2023b). *Nationell strategi för SRHR*: Folkhälsomyndigheten. Tilgjengelig fra: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/nationell-strategi-for-srhr/> (lest 24.05.23).
- Fowler, F. (2009). *Policy Studies for Educational Leaders An Introduction*.

- Galdas, P. (2017). Revisiting Bias in Qualitative Research: Reflections on Its Relationship With Funding and Impact. *International Journal of Qualitative Methods*, 16 (1): 1609406917748992. doi: 10.1177/1609406917748992.
- Grenier Genest, A., Gérard, M. C. & Courtois, F. (2017). Stroke and sexual functioning: A literature review. *NeuroRehabilitation*, 41: 1-23. doi: 10.3233/NRE-001481.
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48 (4): 169-177.
- Harder, S. K., Jørgensen, K. E., Gårdshus, J. P. & Demant, J. (2019). *Rape in the nordic countries* 1st Edition utg. 13. Digital sexual violence.
- Haugstvedt, Å. & Lie, A. K. (2022). Smittesporing ved seksuelt overførbare infeksjoner i Norge gjennom 120 år. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.21.0875.
- Hayward, L. E., Robertson, N. & Knight, C. (2013). Inappropriate sexual behaviour and dementia: an exploration of staff experiences. *Dementia (London)*, 12 (4): 463-80. doi: 10.1177/1471301211434673.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*: Lovdata.no.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven]*: Lovdata.no.
- Helsedirektoratet. *Det finnes hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://detfinneshjelp.no/> (lest 08.05.23).
- Helsedirektoratet. (2020a). *11.1 Hva er nasjonale retningslinjer?*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diffuse-lavgradige-gliomer-hos-voksne-handlingsprogram/metode-og-prosess/hva-er-nasjonale-retningslinjer> (lest 24.05.23).
- Helsedirektoratet. (2020b). *Seksuell helse - lokalt folkehelsearbeid*: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelsetiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid> (lest 06.06.23).
- Helsedirektoratet. (2022a). *Folkehelse i et livsløpsperspektiv*. Regjeringen.no.
- Helsedirektoratet. (2022b). *Systematikken i folkehelsearbeidet*. Helsedirektoratet.no. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/rammene-for-folkehelsearbeidet/systematikken-i-folkehelsearbeidet> (lest 01.06.23).
- Helseutvalget. (2020). *Selvtest for HIV*: Hivtest.no. Tilgjengelig fra: <https://hivtest.no/> (lest 26.05.23).
- Hordern, A. (2008). Intimacy and Sexuality After Cancer: A Critical Review of the Literature. *Cancer Nursing*, 31 (2).
- Human rights service. (2018). *Pensjonister sendes på gaten. Innvandrere får nye boliger*. Rights.no. Tilgjengelig fra: <https://www.rights.no/2018/04/pensjonister-pa-gaten-emas-familier-hentes-til-nye-boliger/> (lest 01.06.23).
- Hussein, J. & Ferguson, L. (2019). Eliminating stigma and discrimination in sexual and reproductive health care: a public health imperative. *Sex Reprod Health Matters*, 27 (3): 1-5. doi: 10.1080/26410397.2019.1697103.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2019). *Epidemiloven*: Retsinformasjon.dk.
- Inelmen, E. M., Sergi, G., Girardi, A., Coin, A., Toffanello, E. D., Cardin, F. & Manzato, E. (2012). The importance of sexual health in the elderly: breaking down barriers and taboos. *Aging clinical and experimental research*, 24 (3 Suppl): 31-34.

- Information. (2019). *Pædofil: Lovlydige borgere som mig diskrimineres på grund af fordomme*. Tilgængelig fra: <https://www.information.dk/debat/2019/12/paedofil-lovlydige-borgere-diskrimineres-paa-grund-fordomme#comments-open> (lest 05.08.23).
- Institute of Medicine (US). (1988). *The future of Public Health*. National Academies Press (US): Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health,.
- IPAS. (2015). Women's access to safe abortion in the 2030 agenda for sustainable development. Tilgængelig fra: <https://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/2030%20agenda%20and%20women%20access%20to%20safe%20abortion%20-%20Ipas%20fact%20sheet%20-%20202015.pdf>.
- Isler, A., Tas, F., Beytut, D. & Conk, Z. (2009). Sexuality in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 27 (1): 27-34. doi: 10.1007/s11195-009-9107-2.
- Jonker-Pool, G., Hoekstra, H. J., van Imhoff, G. W., Sonneveld, D. J. A., Sleijfer, D. T., van Driel, M. F., Koops, H. S. & van de Wiel, H. B. M. (2004). Male sexuality after cancer treatment—needs for information and support: testicular cancer compared to malignant lymphoma. *Patient Education and Counseling*, 52 (2): 143-150. doi: [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00025-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00025-9).
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori og metode*, b. 1: Studentlitteratur AB.
- Justis- og politidepartementet. (2008). *Lov om endringer i straffeloven 1902 og straffeprosessloven (kriminalisering av kjøp av seksuell omgang eller handling mv.)*: Lovdata.no.
- Justitiedepartementet. (2005). *Lag (1998:408) om förbud mot köp av sexuella tjänster*: Riksdagen.se.
- Kennedy, M. G., Mizuno, Y., Seals, B. F., Myllyluoma, J. & Weeks-Norton, K. (2000). Increasing condom use among adolescents with coalition-based social marketing. *Aids*, 14 (12): 1809-18. doi: 10.1097/00002030-200008180-00017.
- Klamydia.se. (2004). *Slipp oron*: Klamydia.se. Tilgængelig fra: https://klamydia.se/vastra-gotaland?gclid=CjwKCAjw3ueiBhBmEiwA4BhspHyNvksQ3F39i5WAO65aJ1zxrItKgOLbaGIEDZ-NnfbTWjBeK9rwHhoC_fEQAvD_BwE (lest 09.05.23).
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F. & Hill, M. (2011). Policy implementation. I, s. 187-218.
- Kriminalomsorgen. (2023). *Prosjekt seksuell helse*. Tilgængelig fra: <https://www.kriminalomsorgen.no/seksuell-helse-prosjekt.580444.no.html> (lest 08.05.23).
- Lægemiddelstyrelsen. (2014). *Information om HIV-test til hjemmebrug*: Danish Medicines Agency. Tilgængelig fra: <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udstyr/lovgivning-og-vejledning/laegemiddelstyrelsens-vejledninger/hiv-test-til-hjemmebrug/> (lest 07.06.23).
- Larsson, I. & Svedin, C. G. (2002). Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav*, 31 (3): 263-73. doi: 10.1023/a:1015252903931.
- Ligestillingsafdelingen. (2022). *Plads til forskjellighed i fællesskabet*: Transportministeriet.
- Mahoney, J. (2010). Strategic communication and anti-smoking campaigns. *Public communication review*, 1. doi: doi:10.5130/pcr.v1i2.1868
- Marcus, J. L. & Snowden, J. M. (2020). Words Matter: Putting an End to "Unsafe" and "Risky" Sex. *Sex Transm Dis*, 47 (1): 1-3. doi: 10.1097/olq.0000000000001065.
- McKee, A., Albury, K., PhD, M., PhD, S., Hartley, J., PhD, C. & Mathews, B. (2010). Healthy Sexual Development: A Multidisciplinary Framework for Research. *International Journal of Sexual Health*, 22: 14-19. doi: 10.1080/19317610903393043.

- Medina-Rico, M., López-Ramos, H. & Quiñonez, A. (2018). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 36 (3): 231-248. doi: 10.1007/s11195-017-9508-6.
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M. & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *J Res Med Sci*, 21: 136. doi: 10.4103/1735-1995.196618.
- Minsteriet for sundhed og forebyggelse. (2013). *Ulighed i sundhed*. Sundhedsstyrelsen.
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F. & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health*, 2021; 6: e608-12. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2).
- Morse, J. M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qual Health Res*, 25 (9): 1212-22. doi: 10.1177/1049732315588501.
- Niederdeppe, J., Fiore, M. C., Baker, T. B. & Smith, S. S. (2008). Smoking-cessation media campaigns and their effectiveness among socioeconomically advantaged and disadvantaged populations. *Am J Public Health*, 98 (5): 916-24. doi: 10.2105/ajph.2007.117499.
- Nielsen-Bohlman L, Panzer AM & Kindig DA. (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*: Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy.
- NKVTS. (2023). *Hvor i verden praktiseres kjønnslemlestelse?: Nasjonalt Kunnskapscenter om vold og traumatisk stress*. Tilgjengelig fra: <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/praktisering-av-kjonnslemlestelse/hvor-i-verden-praktiseres-kjonnslemlestelse/> (lest 04.05.23).
- Nordberg, K. H. (2014). *Ansvarlig seksualitet: seksualundervisning i Norge 1935-1985*: Institutt for arkeologi, konservering og historie, Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo.
- NOU. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse - og omsorgstjeneste*. Regjeringen.no.
- NRK. (2022). *Dødelig taushet*. NRK.no. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/urix/xl/valg-i-sverige-tre-tiar-med-alvorlig-kriminalitet-1.16092842> (lest 01.06.23).
- Oomman, N. (1998). Sexuality: Not Just a Reproductive Health Matter. *Reproductive Health Matters*, 6 (12): 10-12.
- Pedersen, H. E. (2022). *Representasjoner av voldtekt på stortinget*. Trondheim: NTNU.
- Pedersen, L. & Jalling, L. (2021). *FRAMSNACK - innspillskonferanse om scenarioer for seksuell helse i 2030*. Helsedirektoratet.no.
- Regjeringen. (2023). *Socialdepartementet*: Regeringskansliet. Tilgjengelig fra: <https://www.regeringen.se/sveriges-regering/socialdepartementet/> (lest 24.05.23).
- Regjeringen. (2020). *Oversikt over dokumenttyper*: Regjeringen.no. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/oversikt-over-dokumenttyper/id2341785/> (lest 11.05.23).
- Regjeringen. (2023). *Folkehelse*. Regjeringen.no. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/> (lest 23.05.23).
- Retsinformation. (2019). *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Retsinformation.dk.
- Rice, R. E. & Atkin, C. K. (2012). *Public communication campaigns*: SAGE publications.
- Rodgers, Y. v. d. M., Coast, E., Lattof, S. R., Poss, C. & Moore, B. (2021). The macroeconomics of abortion: A scoping review and analysis of the costs and outcomes. *PLOS ONE*, 16 (5): e0250692. doi: 10.1371/journal.pone.0250692.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I--research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24: 33-48. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00118-0.

- Sandvin, J. T., Vike, H. & Anvik, C. H. (2020). Den norske og nordiske velferdsmodellen. I: Books, *Velferdstjenestenes vilkår*, s. 28-41: Universitetsforlaget.
- Schuster, M. A., Bell, R. M., Berry, S. H. & Kanouse, D. E. (1998). Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Fam Plann Perspect*, 30 (2): 67-72, 88.
- Scott-Sheldon, L. A. J. & Johnson, B. T. (2006). Eroticizing Creates Safer Sex: A Research Synthesis. *Journal of Primary Prevention*, 27 (6): 619-640. doi: 10.1007/s10935-006-0059-3.
- Sex og Samfund. (2020). *Gratis hjemmeprøvetagningstest for klamydia og gonore til unge: Klamydiahjemmetest 2020*. Tilgjengelig fra: <https://klamydiahjemmetest.dk/> (lest 09.05.23).
- Skilbred, A., Solbrække, K. N. & Thoresen, L. (2022). Begjær til besvær: en analyse av Solberg-regjeringens strategi for seksuell helse, «Snakk om det!». *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 6 (4): 1-16. doi: 10.18261/nost.6.4.2.
- Slack, P. & Aziz, V. M. (2020). Sexuality and sexual dysfunctions in older people: a forgotten problem. *BJPsych Advances*, 26 (3): 173-182. doi: 10.1192/bja.2019.80.
- Sligo, F. X. & Jameson, A. M. (2000). The knowledge—behavior gap in use of health information. *Journal of the American Society for Information Science*, 51 (9): 858-869. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4571\(2000\)51:9<858::AID-ASI80>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4571(2000)51:9<858::AID-ASI80>3.0.CO;2-Q).
- Socialstyrelsen. (2012). *Seksualitet på dagsordenen. En håndbog om professionell støtte til voksne med funktionsnedsettelse*. Odense.
- Socialstyrelsen. (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som har varit utsatta för könssympning*: Socialstyrelsen.
- SSB. (2016). *Nordmenn på tillitstoppen i Europa*: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/nordmenn-pa-tillitstoppen-i-europa> (lest 11.05.23).
- SSB. (2022). *Innvandring og innvandrere i Norden 2016-2020*: Statistisk sentralbyrå.
- Starrs, A. M. & Anderson, R. (2016). Definitions and Debates Sexual Health and Sexual Rights. *The Brown Journal of World Affairs*, 22 (2): 7-23.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391 (10140): 2642-2692. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
- Statens Serum Institut & Aalborg Universitet. (2019). *Sex i Danmark. Nøgletal fra Prosjekt SEXUS 2017-2018*.
- Statens Serum Institut. (2022). *Klamydia - opgjørelse over sygdomsforekomst 2019-2021*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/k/klamydia---opgoerelse-over-sygdomsforekomst-2019-2021> (lest 02.05.23).
- Store Norske Leksikon. (2021). *Reproduktiv helse*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/reproduktiv_helse.
- Store Norske Leksikon. (2022a). *Sosialdemokrati*: Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/sosialdemokrati> (lest 24.05.23).
- Store Norske Leksikon. (2022b). *Velferdsstat*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/velferdsstat> (lest 10.05.23).
- Stucki, I. & Sager, F. (2018). Aristotelian framing: logos, ethos, pathos and the use of evidence in policy frames. *Policy Sciences*, 51. doi: 10.1007/s11077-018-9322-8.
- Sundhedsstyrelsen. (2018a). *Forebyggelsespakke - Seksuel Sundhed*.

- Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Kommunenes arbejde med forebyggelsespakkerne*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Forebyggelsespakke - Seksuel sundhed*: Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Forebyggelsespakke-Seksuel-sundhed> (lest 24.05.23).
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Sundhedsstyrelsen organisation*: Sundhedsstyrelsen. Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/om-os/Organisation> (lest 24.05.23).
- The Lancet Regional Health. (2023). Sweden's economic inequality gap is widening and worrying. *The Lancet Regional Health - Europe*, 26: 100610. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100610>.
- Thornhill, R. & Gangestad, S. W. (1996). The evolution of human sexuality. *Trends in Ecology & Evolution*, 11 (2): 98-102. doi: [https://doi.org/10.1016/0169-5347\(96\)81051-2](https://doi.org/10.1016/0169-5347(96)81051-2).
- Tichenor, P. J., Donohue, G. A. & Olien, C. N. (1970). MASS MEDIA FLOW AND DIFFERENTIAL GROWTH IN KNOWLEDGE. *Public Opinion Quarterly*, 34: 159-170.
- Trettin, B., Vestergaard, T. & Stensgaard, A. (2015). Understanding young people's barriers to sexually transmitted disease screening and meeting their needs: A focus group study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5. doi: 10.5430/jnep.v5n6p81.
- TV2. (2022). *Vil hjælpe norske pedofile - svært belastende*. Tilgængelig fra: <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/vil-hjelpe-norske-pedofile-sterkt-belastende/15333850/> (lest 05.08.23).
- United Nations. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*: United Nations Human Rights. Tilgængelig fra: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/english> (lest 24.05.23).
- United Nations. (2015). *The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Tilgængelig fra: <https://sdgs.un.org/goals> (lest 02.05.23).
- Viswanath, K. & Finnegan, J. (1996). The Knowledge Gap Hypothesis: Twenty-Five Years Later. *Annals of the International Communication Association*, 19: 187-227. doi: 10.1080/23808985.1996.11678931.
- Walker, J., Martin, M., Seery, E., Abdo, N., Kamande, A. & Lawson, M. (2022). *The commitment to reducing inequality index 2022*: OXFAM.
- Weiss, J. A. & Tschirhart, M. (1994). Public information campaigns as policy instruments. *Journal of Policy Analysis and Management*, 13 (1): 82-119. doi: <https://doi.org/10.2307/3325092>.
- WHO. (1975). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO meeting. *World Health Organ Tech Rep Ser* (572): 5-33.
- WHO. (2002). *Sexual rights*: World Health Organization. Tilgængelig fra: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
- WHO. (2023a). *Constitution*: World Health Organization. Tilgængelig fra: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (lest 23.05.23).
- WHO. (2023b). *Defining Sexual Health*: World Health Organization. Tilgængelig fra: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> (lest 27.02.23).
- Yang, R. (2014). Comparing Policies. I: Bray, M., Adamson, B. & Mason, M. (red.) *Comparative Education Research: Approaches and Methods*, s. 285-308. Cham: Springer International Publishing.

Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G. & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 17 (2): e0261034. doi: 10.1371/journal.pone.0261034.