



# Evaluering av tilskuddsordninger seksuell helse

---

Rapport 2021 - 8

OXFORD  
RESEARCH



PROBA  
samfunnsanalyse

Proba-rapport nr. 2021 - 8 , Prosjekt nr. 20082

ISSN: 1891-8093

TT/ KMV, SH, SM, IB, 180421

--

Offentlig

# Evaluering av tilskuddsordninger seksuell helse

Utarbeidet for Helsedirektoratet

---

Rapport 2020 - 8

**OXFORD**  
**RESEARCH**



**PROBA**  
samfunnsanalyse

# Forord

Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Oxford Research har evaluert tilskuddsordningene Seksuell helse og Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner for perioden 2017-2022. Evalueringen er utført på oppdrag for Helsedirektoratet.

Takk til aktørene på feltet for at de har stilt opp til intervjuer og bidratt med innspill i evalueringen. Takk til Lennart Locke og Arild Johan Myrberg fra Helsedirektoratet for et godt samarbeid i evalueringsperioden.

Prosjektleder for evalueringen har vært Trude Thorbjørnsrud. Fra Proba har Kaja Meeg Valvatne, Stian Haugen og Susanne Rolandsen vært prosjektmedarbeidere. Fra Oxford Research har Stine Meltevik, Kristian Boysen og Iselin Boge vært prosjektmedarbeidere.



# Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER .....	1
1 INNLEDNING OG METODE .....	8
1.1 Bakgrunn: Strategien og tilskuddsordningene .....	8
1.1.1 «Snakk om det!» .....	8
1.1.2 Tilskuddsordningene .....	9
1.2 Evalueringsoppdraget .....	12
1.2.1 Vår forståelse av problemstillingene .....	12
1.3 Metode .....	13
1.3.1 Intervjuundersøkelser .....	13
1.3.2 Spørreundersøkelse .....	14
1.3.3 Gjennomgang av søknader og rapportering .....	14
1.3.4 Workshop .....	15
2 TILSKUDDSMOTTAKERNE OG BRUK AV STRATEGIPLANEN .....	16
2.1 Hvem er mottakerne? .....	16
2.2 Kjennskap til og bruk av strategiplanen .....	17
2.3 Tilskuddsmottakernes bruk av strategiplanen .....	20
2.4 Hvilke aktiviteter får støtte gjennom ordningene? .....	21
2.4.1 Individrettede aktiviteter .....	22
2.4.2 Aktiviteter rettet mot tjenestenivået .....	22
2.4.3 Aktiviteter rettet mot systemnivået .....	23
2.4.4 Hvilke kanaler er brukt? .....	23
2.5 Tilskuddsordningenes betydning .....	25
2.6 Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne .....	27
2.7 Oppsummering og vurdering .....	29
3 FORVALTNING AV TILSKUDDSORDNINGENE .....	32
3.1.1 Informasjon i søknadsprosessen .....	32
3.1.2 Søknadsprosess .....	33
3.1.3 Tilskuddsordningenes rapporteringskrav .....	34
3.1.4 Samarbeid med Helsedirektoratet .....	35
3.2 Hvor godt treffer ordningene utfordringene på feltet? .....	37
3.3 Sammenslåing av ordningene? .....	38
3.4 Oppsummering og vurdering .....	41
4 MÅLOPPNÅELSE .....	43
4.1 Gjennomgang av rapportering .....	43
4.1.1 Kønns-, minoritets og livsløpsperspektiv .....	52
4.2 Måloppnåelse på individ-, tjeneste- og systemnivå .....	53
4.2.1 Vurdering av måloppnåelse delmålene .....	58
4.2.2 Mål om reduksjon i smitte av seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv .....	59
4.2.3 Måloppnåelse fortsatt redusert abort .....	60
4.3 Oppsummering og vurdering .....	61
5 RETT KOMPETANSE PÅ RETT NIVÅ .....	64
5.1 Oppsummering og vurdering .....	67
6 PERSPEKTIVER PÅ FORVALTNING OG INNRETNING .....	68
6.1 Måloppnåelse – behov for systematiserende grep og differensiering? ....	68
6.1.1 Grunnleggende sorteringer på resultater .....	68

6.1.2	Individ, tjeneste og system .....	69
6.2	Sammenslåing av ordningene? .....	71
6.3	Avsluttende refleksjoner og anbefalinger.....	72
LITTERATUR .....		75

# Sammendrag og konklusjoner

## Bakgrunn

På oppdrag for Helsedirektoratet har Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Oxford Research evaluert tilskuddsordningene Seksuell helse og Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (tilskuddsordningen for hiv og soi).

Begge tilskuddsordningene skal bidra til å følge opp «Snakk om det! – Regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022)». Med denne strategiplanen ble arbeidet for seksuell helse samlet i en felles strategi med et overordnet mål om å «bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen». Strategien definerer følgende delmål:

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

*Tilskuddsordningen Seksuell helse* har de samme målene som strategiplanen. Målgruppen er hele befolkningen, med særlig vekt på barn, ungdom og deres foreldre, samt unge voksne. Etniske og seksuelle minoritetsgrupper samt grupper med fysisk funksjonsnedsettelse og/eller psykisk utviklingshemming er særlig prioriterte målgrupper.

*Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner* har som mål å sikre en helhetlig ivaretagelse av hiv-positive og å forebygge nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner (soi). Tilskudd gis til tiltak rettet mot mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn. I tillegg inkluderer målgruppen personer som jobber mot personer som selger eller kjøper sex og personer som injiserer rusmidler med sprøyte. Tilskuddsordningen på hiv-feltet ble fra og med 2015 innrettet slik at tre ulike sammenslutninger av organisasjoner får treårige driftstilskudd for å ivareta arbeidet opp mot ordningens tre hovedmålgrupper. I tillegg fordeles 30 prosent av midlene til årlige prosjekter rettet mot andre befolkningsgrupper som har sårbarhet for å bli smittet av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

## Problemstilling og metode

Formålet med evalueringen har vært å vurdere de to tilskuddsordningenes bidrag til å oppnå sine satte mål, og å belyse mulighetene for å forbedre måloppnåelsen gjennom å endre innretningen av tilskuddsordningene.

Vi har lagt vekt på å besvare følgende spørsmål:

- Hvordan og i hvilken grad støtter tilskuddsordningene opp under aktiviteter som bidrar til måloppnåelsen på individ-, tjeneste- og systemnivå (jf. målene i Snakk om det!)?
- Hvilken rolle og betydning har tilskuddsmottakerne i arbeidet for å nå målene for ordningene i et kjønns-, minoritets- og livsløpsperspektiv?
- Stimulerer tilskuddsordningene til at rett kompetanse brukes på rett nivå i arbeidet?
- Hvordan kan tilskuddene innrettes for enda større måloppnåelse (jf. målsetting og kriterier for måloppnåelse)?

Evalueringen er basert på intervjuundersøkelser, gjennomgang av søknader og rapporteringer, en spørreundersøkelse til tilskuddsmottakere samt gjennomgang av statistikk og relevant dokumentasjon. Vi har også hatt en workshop med et utvalg tilskuddsmottakere.

## Konklusjoner og anbefalinger

### *Strategiplanen og tilskuddsordningene*

Seksuell helse-ordningen har i evalueringsperioden hatt 112 ulike mottakere som har fått midler, mens hiv-ordningen har hatt 13 mottakere. De tre organisasjonene som har fått treårig driftstilskudd omfatter Helseutvalget, Aksept senter som drives av Kirkens bymisjon og HivNorge. Vi vurderer at tilskuddsordningene bidrar med midler til et mangfold av aktører og aktiviteter, særlig gjelder dette tilskuddsordningen seksuell helse. Uten tilskudd ville mange av aktivitetene som skal bidra til bedre seksuell helse ikke blitt gjennomført.

Tilskuddsmottakerne bruker strategiplanen «Snakk om det!» i sitt arbeid i større eller mindre grad. Strategiplanens brede fokus har bidratt til at nye organisasjoner har søkt tilskudd og til innovativt arbeid med prosjekter. Samtidig finner vi at det fortsatt er et relativt stort fokus på uønskede svangerskap og forebygging mot hiv i arbeidet som gjøres på dette feltet. Vi finner at når tilskuddsordningen seksuell helse har samme mål som planen, blir målene så brede og vage at tilskuddssøkerne oppfatter at det er vanskelig å vite om de «treffer» målene i en tilskuddssøknad.

Majoriteten av tilskuddsmottakerne mener at ordningene treffer utfordringene på feltet. Men både blant uavhengige eksperter og tilskuddsmottakere er det flere som mener det burde vært et sterkere fokus på seksuell helse som ressurs.

### Forvaltning av ordningene

Samarbeidet mellom tilskuddsmottakerne og Helsedirektoratet oppleves i hovedsak som godt. De større organisasjonene opplever at kontakten er bedre enn de mindre. Vi finner at Helsedirektoratet gir god informasjon om tilskuddsordningene og søknadsprosessen, men enkelte tilskuddsmottakerne ønsker mer informasjon om frister og eventuelle endringer i regelverk og søknadsskjema. Det er også en del som ønsker mer opplæring i hvordan skrive en god søknad. Søknadsskjemaet i Altinn oppleves dessuten av flere som tidkrevende og tungvint å bruke. Blant tilskuddsmottakerne er det også et stort ønske om fremskynde søknadsfrist og tildeling av midler fordi dette vil skape mer forutsigbarhet og gjøre det enklere å planlegge aktiviteter. Vi finner få innvendinger mot ordningenes rapporteringskrav, men mange opplever det som krevende å dokumentere måloppnåelse, for eksempel når det gjelder aktiviteter av forebyggende art.

Omorganiseringen av hiv-ordningen i 2015 har ført til at det er mye samarbeid blant mottakerne på ordningen. Det er ikke er tilsvarende krav til samarbeid i seksuell helse-ordningen, men her har Helsedirektoratet ved flere anledninger tatt kontakt med søkere og oppfordret dem til å gå sammen i samarbeidsprosjekter. Likevel finner vi at det er lite samarbeid mellom mottakerne på denne ordningen.

Tilskuddsmottakerne ser både fordeler og ulemper ved en sammenslåing av tilskuddsordningene. En fordel er at målene på området i større grad vil kunne ses i sammenheng og at en felles ordning vil kunne fremme seksuell folkehelse på en bedre og mer helhetlig måte. Det oppfattes samtidig som en ulempe med en sammenslåing at ordningen vil få et enda bredere nedslagsfelt, og at det kan føre til en kamp om ressurser mellom mange ulike gode formål.. Mottakere på begge ordningene er bekymret for at «deres» målgrupper vil bli nedprioritert.



### *Måloppnåelse*

Strategiplanen har fem delmål og hiv-ordningen har to overordnede målsettinger. I tillegg setter Helsedirektoratet ulike årlige prioriteringer for hver av ordningene. Når det gjelder delmålene om reduksjon i uønskede svangerskap og redusert smitte av hiv og seksuelt overførbare sykdommer ser disse målene ut til å nås på viktige områder. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhet si i hvor stor grad dette skyldes tilskuddsordningene. Når det gjelder de øvrige delmålene i strategiplanen er det vanskelig å vurdere disse basert på kvantitative indikatorer.

Vi finner at rapporteringene på prosjektene er jevnt over er god, og at iverksatte tiltak generelt er fornuftige sett opp mot de satte målene. Vi vurderer derfor den samlede måloppnåelsen for prosjektene som har fått støtte som god. Vi finner imidlertid at rapporteringene ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om tiltakene fører til ønskede brukereffekter, altså endringer i kunnskap, holdninger og atferd hos målgruppene.

For å vurdere måloppnåelsen og hva som skal til for å øke måloppnåelsen, mener vi det er nødvendig å konkretisere nærmere hvilke mål ordningene er ment å oppfylle. Videre bør søknads- og rapporteringsskjema utformes slik at aktiviteter tydelig kobles til ulike målsettinger. Når ordningen seksuell helse har de samme målene som hele strategiplanen er det for vagt og bredt til å kunne vurdere en samlet måloppnåelse.

### *Tiltakene sett i et kjønns-, minoritets- og livsløpsperspektiv*

Vi finner at kjønns- og minoritetsperspektivet på ulike måter er til stede i svært mange av aktivitetene som gjennomføres. Selv om mange av aktivitetene har et kjønnsperspektiv, er det få prosjekter rettet mot voksne heteroseksuelle, særlig gjelder dette menn. Livsløpsperspektivet er også til stede, men vi finner at det relativt sett er få prosjekter rettet mot eldre – det har riktignok vært en økning i 2020 – og mot personer som har vært gjennom sykdom. Det er videre få prosjekter som er rettet mot bedre seksuell helse hos voksne som ikke tilhører grupper som er spesielt utsatt for seksuell uhelse. Det er få prosjekter rettet mot nasjonale minoriteter,

Det kan argumenteres for at voksne heteroseksuelle, spesielt menn, er for dårlig ivaretatt sett i forhold til hvor stor andel denne gruppen utgjør av befolkningen. Samtidig er det ulike minoriteter som har vært prioriterte målgrupper for ordningene, det kan derfor sies å være et tegn på måloppfyllelse at det har vært mange aktiviteter rettet mot disse gruppene. En relativt høy andel av prosjektene har seksuelle minoriteter som primær målgruppe. Hvorvidt dette er hensiktsmessig må vurderes på bakgrunn av hva som skal være målene for ordningene. Dersom det er et sentralt mål å styrke seksuell folkehelse generelt bør det vært flere aktiviteter rettet mot den voksne heteroseksuelle befolkningen. Men dersom det er sentralt å styrke seksuell helse hos spesielt sårbare grupper er det naturlig at det en relativt stor andel av prosjektene er rettet mot seksuelle minoriteter.

### *Måloppnåelse på individ-, tjeneste- og systemnivå*

Aktivitetene det gis tilskudd til retter seg særlig mot individ- og tjenestenivå. Det er få aktiviteter på systemnivå. Samtidig er det mye av arbeidet som gjøres på individnivå- og tjenestenivå som også kan bidra til holdningsendringer og strukturelle endringer mer generelt. På individnivå dreier det seg i stor grad om likepersonstiltak og ulike informasjons- og veiledningstjenester for enkeltbrukere. Hiv-ordningen gir i større grad støtte til individrettede tiltak enn seksuell helse-ordningen. Tiltak på tjenestenivå omfatter særlig ulike kompetansehevingstiltak, kurs og/eller undervisningsmaterieell for ulike tjenesteytere. Mange tilskuddsmottakere mener en kombinasjon der de både jobber på individ- og tjenestenivå styrker arbeidet på begge nivåer. Vi finner at tilskuddsmottakerne

selv vurderer egen måloppnåelse på de ulike nivåene som høy, men at prosjekter på individnivå totalt sett vurderes til å ha høyest måloppnåelse.

Etter vår vurdering er Helsedirektoratets dreining mot å gi tilskudd til tjenestenivået delvis vellykket. Det er logisk at flere i målgruppene kan nås gjennom å satse på kompetansehevingstiltak i tjenestene og at det kan bidra til at innbyggere i større grad kan få informasjon og tjenester uavhengig av bosted. Mange av prosjektene som er gjennomført har vært vellykkete. Likevel svarer mange tilskuddsmottakere at de ikke har vært klar over at Helsedirektoratet har ønsket en slik dreining, noe som tyder på mangelfull informasjon. Virkningene av tiltak rettet mot tjenestenivået er dessuten i liten grad målt, og vi har liten informasjon om deltakernes vurdering av tiltakene og ikke informasjon om hvilke endringer tiltakene har ført til. Videre avhenger kompetansehevingstiltak av at potensielle mottakere har behov for og er interesserte i tilbudet. Det er også begrenset hvor mye kompetanseheving som kan baseres på arbeid i regi av ideelle organisasjoner. Flere av tilskuddsmottakerne mener at kompetansehevingen i større grad bør skje gjennom det ordinære utdanningssystemet og være poenggivende.

På noen områder er det dessuten slik at effekten av tilskudd sannsynligvis er større når organisasjonene jobber individuelt enn tjenesterettet. Det gjelder for eksempel når likepersonarbeid er sentralt for å nå målgruppen med informasjon og veiledning. Det er også noen målgrupper som er så smale at det ikke er fornuftig å jobbe for bred kompetanseheving i tjenestene. Vi mener at det bør drøftes og konkretiseres nærmere hvordan tilskuddsmottakerne bør innrette aktivitetene sine mot tjenestenivået for at de skal ha størst mulig effekt. Herunder bør det vurderes hvilke mål det er realistisk at skal nås gjennom aktiviteter basert på tilskudd og i regi av frivillige organisasjoner. Det bør gjøres en avveining av hva slags kompetanse det er hensiktsmessig at finnes *generelt* i tjenestene, og hvilken kompetanse som i stedet bør finnes i spesifikke og målrettede aktiviteter og tilbud til de aktuelle målgruppene. Etter vår vurdering er det fortsatt viktig at organisasjonene bidrar til å opprette trygge møteplasser og kanaler for slike grupper. Det er imidlertid viktig å sørge for et godt samarbeid mellom organisasjoner og det offentlige tjenestetilbudet slik at personer i målgruppen kan henvises begge veier på en god og treffsikker måte. I tillegg er det viktig at *kvaliteten* i tjenestene holder et tilstrekkelig høyt nivå uavhengig av om tjenestene tilbys av det offentlige eller gjennom ideelle organisasjoner.

#### *Rett kompetanse på rett nivå?*

Helsedirektoratet har ønsket en dreining fra at tilskuddsmottakere utfører offentlige tjenester, til å være mer pådrivere og tilretteleggere. Det har vært et mål at ordningene skal stimulere til at kompetansen brukes mest mulig effektivt og på rett nivå.

Vi finner at en mange av tilskuddsmottakerne mener at aktivitetene de får støtte til egentlig er innenfor offentlige tjenesters ansvarsområde. Samtidig mener de at dette er tjenester som de offentlige tjenester ikke er i stand til å yte like godt som det de selv gjør og at sivilsamfunnsaktører/frivillige organisasjoner tilfører feltet nyttig og nødvendig kompetanse. De mener at de utfyller ordinære tjenester blant annet ved å tilby lavterskel informasjon og hjelpetilbud uten å måtte gå gjennom for mange ledd.

Vi finner at tilskuddsmidlene i noen grad bidrar til å opprettholde en slags «ved-siden-av-tjeneste». Flere store og stadig mer profesjonelle aktører har over mange år gjort seg nærmest uunnværlige på et forholdsvis lite felt. At tilskuddsmottakerne tilbyr disse tjenestene, kan slik sett bli en hvilepute for det offentlige. Dette kan også tenkes problematisk fra et demokratisk tjenesteperspektiv ettersom organisasjonene som tilbyr tjenestene ofte befinner seg i de store byene. Dette kan tenkes å gå på bekostning av

likhet i tjenestetilbudet. Samtidig ser vi at man gjennom tilskuddsordningene er i stand til å tilby aktiviteter det offentlige ikke er i stand til å løse på en like god og effektiv måte.

*Hvordan kan tilskuddene innrettes for å bidra høyere måloppnåelse?*

Vi mener målene bør konkretiseres nærmere og at det deretter bør utvikles rapporteringskrav som gjør det mulig å vurdere brukereffektene. I dette arbeidet er det også nødvendig å prioritere mellom mål. Det må gjøres faglige og politiske avveininger av hvilke mål myndighetene ønsker tilskuddsordningene skal bidra til å nå.

Søknads- og rapporterings skjema bør utformes slik at aktiviteter tydelig kobles til ulike målsettinger. Vi mener at direktoratet bør vurdere et rapporteringsregime som skiller mellom mål, tiltak/aktivitet og resultat. Dette vil tydeliggjøre forventningene til hva tilskuddsmottaker skal rapportere på og gjøre det mulig å få en rapportering både på aktivitets- og brukereffektnivå. Der det ikke er mulig å rapportere faktiske brukereffekter, kan det rapporteres på indikatorer som sannsynliggjør brukereffekter.

Helsedirektoratet bruker begrepene individnivå, tjenestenivå og systemnivå for å kategorisere tilskuddsmottakernes intervensjoner. Vi finner at det er behov for å operasjonalisere disse nivåene nærmere. Det vil gi direktoratet et mer strategisk grep om ordningene og et bedre overblikk over porteføljen av aktiviteter som gjennomføres. En tydeliggjøring av kategorier vil også kunne gjøre det enklere for forvalter å kommunisere prioriteringer og utforme søknads- og rapporteringskrav. Vi mener det er behov for å tydeliggjøre prioriteringer for hvordan aktivitetene bør innrettes på forskjellige nivåer (individ-, tjeneste- og systemnivå) for å nå de ulike målene.

Helsedirektoratet bør gi tydeligere signaler om hvordan de ønsker at tilskuddsmottakerne skal jobbe, og hvilken kompetanse man gjerne skulle sett utviklet i tjenestene. Etter vår vurdering gir en bred strategiplan som er overordnet i sine formuleringer forvalter et mulighetsrom til å gjøre egne prioriteringer for hvilke retninger, på hvilke områder og mot hvilke målgrupper man ønsker at midlene skal kanaliseres. Men det krever også at forvaltningen er aktiv og tydelig i sin kommunikasjon av prioriteringer og målsettinger for ordningene – både de som ligger fast, og de ulike prioriteringene som endres fra år til år. Faste dialogmøter og mer direkte kommunikasjon ut mot potensielle søkere, kan være et virkemiddel for å få dette til.

Vi finner også at inndelingen i to ordninger på seksuell helse-feltet medfører at mulighetene for en helhetlig og innovativ tilnærming blir mindre, og at det blir mindre kunnskapsoverføring mellom aktivitetene som skjer i regi av de to ordningene. Vi mener at Helsedirektoratet må gjøre en prioritering av hvordan midlene på tilskuddsordningene skal brukes, og at dette er en prioritering som må gjøres selv om to ordninger opprettholdes. Vi mener at helhetlige prioriteringer kan ivaretas bedre med én ordning. Innad i denne kan det øremerkes midler til visse temaer eller felt som myndighetene av faglige eller politiske grunner ønsker å prioritere. Det må gjøres en faglig vurdering av hvilke målgrupper og mål som skal prioriteres for eksempel innenfor en treårsperiode. Vi mener Helsedirektoratet bør foreta en faglig vurdering av hvilke behov det er på hiv-feltet sett i lys av de store endringene som har skjedd på feltet de siste ti årene, og at dette må gjenspeiles i hvordan midlene fordeles.

Forutsetningen for en vellykket sammenslåing er imidlertid at ordningen blir i stand til å ivareta feltet hiv og soi, og samtidig bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. En annen forutsetning handler om forutsigbarhet. Dagens organisering av hiv-ordningen, hvor mottakerne får et treårig driftstilskudd, kan vurderes videreført i en ny, felles ordning. Det vil bidra til forutsigbarhet på den ene siden og mindre, innovative prosjekter og satsninger på den andre.

## Anbefalinger

- Vi anbefaler at de to tilskuddsordningene bør slås sammen. Det kan øremerkes midler til visse temaer eller felt som man av faglige eller politiske grunner ønsker å prioritere. Direktoratet bør fremme tverrfaglighet og tverrsektorielle initiativer overfor organisasjonene, og forvalte ordningene på en måte som legger til rette for tverrfaglige/tverrsektorielle prosjekter.
- Organisasjonene i sivilsamfunnet sitter på mye kunnskap og kompetanse og er en svært viktig ressurs for forvaltningen. Det er viktig at direktoratet har en tydelig strategi for hvordan de vil bruke organisasjonene. Videre er det viktig at direktoratet har fokus på å skape og ivareta relasjoner og dialog med aktørene på feltet.
- Antall målsettinger bør samles og reduseres. Det vil tydeliggjøre prioriteringer og bidra til konkretisering av hvilken retning myndighetene ønsker potensielle mottakere skal ta og hvordan de bør vinkle aktiviteter og prosjekter. Et mulig grep kan være å operere både med noen langsiktige målsettinger på prioriterte felt hvor en andel av midlene øremerkes, og med årlige fokusområder som dekker løpende behov og endringer på feltet. En slik innretning åpner for innovative og nytenkende prosjekter og aktiviteter, og kan bidra til at også nye og mindre søkere får innpass og tilgang til midler.
- For å vurdere måloppnåelsen, og for å kunne vurdere hva som skal til for å øke måloppnåelsen, er det nødvendig å konkretisere nærmere hvilke mål ordningen er ment å oppfylle. Videre bør søknads- og rapporteringsskjema utformes slik at aktiviteter tydelig kobles til ulike målsettinger.
- Direktoratet bør videreutvikle kategoriseringen av individ-, tjeneste- og systemnivå. Et mer stringent forhold til virkningskjede etter DFØ-standard bør også vurderes brukt i søknads- og rapporteringsskjemaer. I et søknads- og rapporteringsregime som ellers overlater målformuleringer til søker, vil dette bidra til å tydeliggjøre overfor organisasjonene hva som forventes av måloppnåelse.
- Dersom rapporteringsregimet skal etterleves og sikre større kunnskap om måloppnåelse, må eventuell mangelfull rapportering følges opp fra Helsedirektoratets side. Det er derfor viktig at hensiktsmessige kriterier for rapportering er fleksible hva gjelder mottakernes varierende aktiviteter, kapasitet, og kompetanse. Men det bør være et minste felles multiplum for rapportering. Dersom Helsedirektoratet kan differensiere rapporteringssystemet etter kapasitet og kompetanse vil det imidlertid være naturlig å kreve bedre og mer presise data om eksempelvis virkninger på de ulike nivåene fra de større aktørene.



# 1 Innledning og metode

Tilskuddsordningene Seksuell helse og Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner (tilskuddsordningen for hiv og soi) skal bidra til å følge opp «Snakk om det! – Regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022)». Helse- og omsorgsdepartementet varslet i Prop. 1S (2019-2020) at de to tilskuddsordningene skulle evalueres i 2020.

På oppdrag for Helsedirektoratet har Proba samfunnsanalyse i samarbeid med Oxford Research gjennomført en evaluering av disse to ordningene. Evalueringen tar for seg perioden 2017-2020.

## 1.1 Bakgrunn: Strategien og tilskuddsordningene

Både «Snakk om det!» og de to tilskuddsordningene skal bidra til å bedre og ivareta seksuell helse i hele befolkningen. I motsetning til hva som er tilfellet for reproduktiv helse finnes det ingen entydig og klar definisjon på hva seksuell helse er.<sup>1</sup> En arbeidsdefinisjon på seksuell helse, utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO), beskriver imidlertid seksuell helse som «fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære» relatert til seksualitet (WHO 2006a, sitert i WHO 2021). Strategiplanen «Snakk om det!» skriver at seksualitet er en sentral del av det å være menneske, og omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, s. 7). Seksuell helse omfatter ikke kun fraværet av sykdommer og dysfunksjoner, men fordrer en positiv og respektfull tilnærming til både seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten til å ha gode og trygge seksuelle opplevelser uten tvang, diskriminering og vold (WHO 2006a, sitert i WHO 2021). For å oppnå god seksuell helse, må befolkningens seksuelle rettigheter bli respektert, beskyttet og innfridd. I strategiplanen brukes seksuelle rettigheter om menneskerettigheter som ivaretar seksuell og reproduktiv helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2016, se også IPPF 2010).

### 1.1.1 «Snakk om det!»

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan for seksuell helse, «Snakk om det!» ble publisert i 2016 og gjelder for perioden 2017-2022. Med denne strategiplanen ble arbeidet for seksuell helse samlet i en felles strategi. Tidligere har det vært to separate strategier/handlingsplaner som har ivaretatt de viktigste problemstillingene – én for å ivareta det nasjonale arbeidet på hiv-feltet og én for å forebygge uønskede svangerskap og aborter.

Strategiplanen for seksuell helse tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets kompetanse til å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte.

Strategien retter seg mot befolkningen generelt og alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, i bruker- og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning. Det overordnede målet er å «bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen». Strategien definerer følgende delmål:

- Å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuelle helse
- Fortsatt reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter

---

<sup>1</sup> Ulike begreper anvendes ofte, deriblant seksuell helse, seksuell og reproduktiv helse (SRH) samt seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR)

- Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv
- Sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten
- Sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov

Strategiplanen viderefører målene i tidligere strategier og handlingsplaner på feltet om reduksjon i uønskede svangerskap og abort og reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner. Disse målene anses i dag som å være delvis oppnådd. Abortratene er lave og arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap regnes som vellykket. Forekomsten av hiv er redusert og livsbetingelsene for hivpositive er mye bedre i dag enn de var i tidligere planperioder. Medikamentell behandling gjør at hivpositive lever like lenge som majoritetsbefolkningen. Det er også mindre stigma knyttet til sykdommen.

«Snakk om det!» er delt opp i ulike temaområder, og omfatter langt flere temaer innen seksuell helse enn de tidligere planene. I tidligere planer har mye av fokuset innenfor seksuell helse vært rettet mot barn og unge og unge voksne. Eldre har ikke vært en prioritert målgruppe og det har heller ikke vært fokus på seksuelle utfordringer som følge av sykdom eller funksjonsnedsettelse.

Et sentralt mål i «Snakk om det!» er å fokusere på seksualitet som en positiv ressurs gjennom hele livsløpet. Dette inkluderer blant annet å tidlig integrere et positivt fokus i undervisning om kropp og grenser i barnehage og skole, å synliggjøre seksualitet og seksuell helse hos eldre, å fremme seksuell helse som en helsefremmende ressurs ved sykdom og funksjonshemming og å reetablere seksuell helse etter overgrep og andre krenkelser. For å lykkes med dette er det blant annet lagt vekt på betydningen av å få mer kompetanse ut i helsetjenestene. Det fokuseres videre på at det er viktig å tematisere og snakke om seksualitet med pasienter og brukere i ulike livsfaser. I tillegg legger planen vekt på betydningen av lett tilgjengelig digital helseinformasjon.

Strategiplanen legger også vekt på seksuell frihet og seksuelle rettigheter hos minoritetsgrupper, herunder etniske, nasjonale og seksuelle minoriteter. Dette er grupper som kan stå overfor særlige utfordringer når det gjelder å få sine seksuelle rettigheter innfridd. Personer med seksuell orientering og/eller kjønnsidentitet som bryter med heteronormative forventninger, som homofile, lesbiske, bifile og transpersoner (seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter), kan oppleve særlige utfordringer. Forskning viser for eksempel at det blant lhbtqi+-befolkningen er noen særlige utfordringer/helseforskjeller som rammer dem hyppigere enn den øvrige befolkningen – også innen seksuell og reproduktiv helse. Blant annet viser SSBs livskvalitetsundersøkelse fra 2020 at LHBT-befolkningen scorer lavere på alle indikatorer for subjektiv livskvalitet (SSB 2021). Undersøkelsen viser at én av tre skeive er lite tilfredse med egen psykisk helse.

### 1.1.2 Tilskuddsordningene

Innenfor seksuell helsefeltet har det vært tilskuddsmidler i mange år. Siden 1970-tallet har det eksistert tilskuddsmidler som skal bidra til å forebygge abort, og på hiv-feltet har det siden 1980-tallet vært tilskudd rettet mot å forebygge smitte og bedre livsbetingelsene for hivpositive. Nåværende tilskuddsordning på hiv-feltet var et resultat av at det ikke har vært en overbyggende organisasjon på dette feltet. Gjennom ordningen ble det gjort et forsøk på å se forebyggende aktiviteter og livssituasjon hos hiv-positive i sammenheng.

Helsedirektoratet forvalter de to tilskuddsordningene på feltet: Tilskudd for seksuell helse og Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Begge ordningene er åpne for at organisasjoner, stiftelser og offentlige aktører, herunder

kommuner og fylkeskommuner kan få tilskudd. Ordningene er på flere områder overlappende med tanke på formål, tiltak, målgrupper og aktører.

*Tilskuddsordningen Seksuell helse* skal bidra til oppfølging av «Snakk om det!» - strategi for seksuell helse (2017-2022) og har samme mål som strategien. I tillegg skal ordningen Seksuell helse fra 2020 bidra til å oppfylle målene i Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (2020-2024), som er underlagt strategien (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Målgruppen for ordningen er hele befolkningen, med særlig vekt på barn, ungdom og deres foreldre, samt unge voksne. Etniske og seksuelle minoritetsgrupper samt grupper med fysisk funksjonsnedsettelse og/eller psykisk utviklingshemming er særlig prioriterte målgrupper. I årene 2017-2020 er det bevilget henholdsvis 33,8, 32, 35,1 og 39,1 millioner kroner til tilskuddsordningen for seksuell helse. Det er gitt et øremerket tilskudd til organisasjonen Menneskeverd på til sammen 6 millioner kroner i denne perioden.

*Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner* reguleres av en forskrift og har som mål å sikre en helhetlig ivaretagelse av hiv-positive og å forebygge nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner (soi). Tilskuddsordningens hovedmålgrupper er mennesker som lever med hiv og grupper som har økt risiko for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, herunder migranter og menn som har sex med menn (msm). I tillegg inkluderer målgruppene personer som selger eller kjøper sex og personer som injiserer rusmidler med sprøyte. I perioden 2017 til 2020 er det bevilget henholdsvis 23,6, 24,3, 23,7 og 24,9 millioner kroner til tilskudd innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Tilskuddsordningen for hiv og soi ble fra og med 2015 innrettet slik at tre ulike sammenlutninger av organisasjoner får treårige driftstilskudd for å ivareta arbeidet opp mot ordningens tre hovedmålgrupper. I tillegg fordeles det tilskudd til årlige prosjekter rettet mot andre befolkningsgrupper som har sårbarhet for å bli smittet av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Intensjonen har vært å bidra til økt forutsigbarhet og muligheter for å tenke litt mer langsiktig, og å få til mer samarbeid. Oxford Research (2018) evaluerte reorganiseringen av tilskuddsordningen og fant at endringene i forskriften var hensiktsmessige og relevante, at ordningen hadde støtte blant tilskuddsmottakerne og at den oppfylte hensikten.

Helsedirektoratet har arbeidet med å videreutvikle ordningene slik at de skal være tilpasset endringene som skjer på feltet. Tidligere fikk kommunene stimuleringsmidler til blant annet oppbygging av helsestasjoner for ungdom. I dag er det en forventning om at kommunene skal ha et selvstendig ansvar for dette. Alle kommuner skal i dag ha helsestasjoner for ungdom som skal bidra med veiledning om seksuell helse. Fra 2021 ble kommunenes mulighet til å søke om tilskudd til prosjekter gjennom tilskuddsordningen Seksuell helse strammet inn. Det er ikke lenger mulig for enkeltkommuner å få midler, men de kan motta midler dersom de deltar inn i samarbeid om større utviklingsprosjekter av nasjonal betydning. Denne endringen skjedde parallelt med at tilskuddet til kommunale helsestasjoner, herunder helsestasjon for ungdom ble styrket.

Både i denne strategiplanperioden og i årene før har det vært et mål å satse mer på å bygge opp kompetanse i tjenestene som møter brukere, enn å bidra til drift av prosjekter rettet mot enkeltpersoner. Tidligere gjennomgang fra 2014/2015 har også vist at det var få tilskuddsmottakere fra sivilsamfunnsaktører som representerer etniske minoriteter. Det er en erfaring at dette ofte er mindre organisasjoner som mangler søkerkompetanse. Det er gjort forsøk fra Helsedirektoratets side på å styrke dette feltet, men i direktoratet er erfaringen at det fortsatt er mangel på målrettede prosjekter som tar sikte på å forbedre feltet for enkelte grupper av migranter.



Det er et mål for Helsedirektoratet å jobbe dynamisk med ordningene. Det vil si at når utfordringer knyttet til seksuell uhelse blir identifisert, skal tilskuddene brukes til å gjøre noe med disse utfordringene ved å endre prioriteringer. Prioriteringene kan også endres dersom indikatorene på befolkningsnivå viser en god utvikling.<sup>2</sup> Derfor har det blitt gjort særskilte prioriteringer for ordningene hvert år for å styre aktivitetene mot bestemte målgrupper (se tabell 1.1). Disse prioriteringene gjenspeiler også politiske føringer som for eksempel fokus på forebygging av uønskede svangerskap.

Flere av prioriteringene gjentas fra år til år. I tilskuddsordningen seksuell helse var for eksempel økt bruk av langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC) en prioritet i 2017, 2018 og 2019. Dette ble prioritert fordi både Legemiddelverket og Helsedirektoratet deler WHO's anbefaling om å definere LARC som førstevalg for prevensjonssøkende. Dette var også en følge av at LARC kom med i HELFO sin subsidieringsordning fra 2015 og i endringen i forskrivningsretten til helsesykepleiere og jordmødre i 2016.<sup>3</sup> Helsedirektoratet ønsket å øke tjenesteyternes kompetanse i å rekvirere og administrere LARC. I 2020 ble LARC tatt ut som prioritert område fordi Helsedirektoratet vurderte at andre tiltaksområder var viktigere å prioritere for å lykkes med implementering av hele målbildet i strategiplanen. Helsedirektoratet fant at eldre var lite prioritert blant tilskuddsmottakerne, og la dette inn som en prioritert gruppe.

Tabell 1.1. Årlige særskilte prioriteringer for tilskuddsordningene 2017-2020

Seksuell helse	Hiv og soi
<b>2017</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt bruk og tilgjengelighet av LARC</li> <li>• Migranter, minoriteter og mennesker med funksjonsnedsettelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggende tiltak knyttet til økningen i gonoré/syfilis blant msm og mennesker som lever med hiv, herunder testtiltak</li> <li>• Forebyggende og oppsøkende tiltak blant migrantgrupper med særlig høy risiko for hiv</li> <li>• Konkrete tiltak mot spredning av hiv med nasjonalt nedslagsfelt</li> <li>• Tiltak som sikrer bedre ivaretagelse av mennesker som lever med hiv i høy alder</li> <li>• Tiltak som sikrer monitorering og god innføring av PrEP mot hiv</li> </ul>
<b>2018</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt bruk og tilgjengelighet av LARC</li> <li>• Migranter, minoriteter og mennesker med funksjonsnedsettelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering og følgestudie av PrEP</li> <li>• Lavterskeltilbud for grupper som er sårbare for hiv og soi</li> <li>• Tiltak som passer sammen med Helsedirektoratets kondomkampanje i 2018 rettet mot grupper som er sårbare for hiv og soi</li> <li>• Tiltak som kan bedre forhold for eldre med hiv</li> <li>• Faglige arrangementer som kan favne alle målgruppene i forskriften</li> </ul>
<b>2019</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt bruk og tilgjengelighet av LARC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering og følgestudie av PrEP</li> </ul>

<sup>2</sup> Det siste gjelder for eksempel når abortratene i aldersgruppen under 25 år går ned, da er det mulig å flytte innsatsen fra denne gruppen til en gruppe der utviklingen ikke har samme positive utvikling som for eksempel aldersgruppen 25 år og eldre der det ikke har vært samme utvikling.

<sup>3</sup> De fikk da rett til å rekvirere og å administrere alle typer prevensjon til kvinner 16 år og eldre, inklusiv å sette inn og ta ut p-stav og spiral.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migranter, minoriteter og mennesker med funksjonsnedsettelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavterskeltilbud for grupper som er sårbare for hiv og soi</li> <li>• Tiltak som kan bedre forhold for eldre som lever med hiv og langtidsoverlevende</li> <li>• Faglige arrangementer som kan favne alle målgruppene i tilskuddsregelverket</li> </ul>
<b>2020</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig seksuell helsekompetanse til å ivareta egen seksuell helse, med særlig vekt på eldre voksne over 60 år</li> <li>• Fortsatt reduksjon i antall uplanlagte svangerskap og aborter, med særlig vekt på voksne over 25 år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak for å øke testfrekvensen blant personer med særlig sårbarhet for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner</li> <li>• Tiltak som kan bidra til økt kondombruk</li> <li>• Tiltak som kan bedre forhold for eldre som lever med hiv og mennesker som har levd lenge med hiv</li> </ul>

Også i tilskuddsordningen for hiv og soi gjentas enkelte prioriteringer fra år til år, men ordlyden er noe forskjellig. I 2017 var det en prioritering å sikre god innfasing av PrEP (preeksponeringsprofylakse) og i 2018 og 2019 var implementering og en følgestudie av PrEP prioritert. I 2017 ble migranter omtalt som en særskilt prioritert gruppe. I 2018 var en av prioriteringene at tiltakene skulle passe sammen med en kondomkampanje Helsedirektoratet gjennomførte.

## 1.2 Evalueringsoppdraget

Formålet med evalueringen er å vurdere de to tilskuddsordningenes bidrag til å oppnå sine satte mål, og å belyse mulighetene for å forbedre måloppnåelsen gjennom å endre innretningen av tilskuddsordningene.

Helsedirektoratet har satt opp følgende spørsmål som skal besvares:

- Hvordan og i hvilken grad støtter tilskuddsordningene opp under aktiviteter som bidrar til måloppnåelsen på individ-, tjeneste- og systemnivå (jf. målene i «Snakk om det!»)?
- Hvilken rolle og betydning har tilskuddsmottakerne i arbeidet for å nå målene for ordningene i et kjønns-, minoritets- og livsløpsperspektiv?
- Stimulerer tilskuddsordningene til at rett kompetanse brukes på rett nivå i arbeidet?
- Hvordan kan tilskuddene innrettes for enda større måloppnåelse (jf. målsetting og kriterier for måloppnåelse)?

### 1.2.1 Vår forståelse av problemstillingene

Tilskuddsordningene vi har evaluert skal bidra til å oppfylle målbildet i «Snakk om det!» Aktivitetene i «Snakk om det!» er rettet mot individ-, tjeneste- og systemnivå. På individnivå er tiltakene rettet mot at enkeltindivider skal få informasjon og tjenester, på tjenestenivå er aktivitetene rettet mot å sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende arbeid i helse- og omsorgstjenestene og andre tjenester. På systemnivå kan aktivitetene handle om å bidra til mer åpenhet i samfunnet, å påvirke politiske prosesser og å sikre seksuelle rettigheter. I evalueringen beskriver vi hvordan aktivitetene som får tilskudd er innrettet og hvordan de bidrar til måloppnåelse på ulike nivåer.

I strategiplanen er det lagt vekt på å ha et kjønns-, minoritets- og livsløpsperspektiv. Vi har kartlagt hvordan tilskuddsmottakerne forholder seg til disse perspektivene og hvordan aktiviteter og målgrupper gjenspeiler perspektivene. Et minoritetsperspektiv

forstår vi som at det tas utgangspunkt i at minoriteter, som for eksempel personer med nedsatt funksjonsnivå, seksuelle minoriteter og/eller etniske/nasjonale minoriteter er mer utsatte for å møte utfordringer knyttet til seksualitet og seksuell helse. Et livsløpsperspektiv innebærer å styrke arbeidet for god seksuell helse i ulike aldersgrupper og i ulike livssituasjoner. Kjønnsperspektiv handler om at kjønn er et definerende element for seksualitet og seksuell helse og at dette blir hensyntatt i tiltakene.

Spørsmålet er om de to tilskuddsordningene som er underlagt strategi for seksuell helse stimulerer til at rett kompetanse brukes på rett nivå. Dette dreier seg om hvorvidt ordningene bidrar til at aktivitetene er i tråd med lovpålagt oppgavefordeling, og om aktørene bruker den kompetansen de har på en ressurseffektiv måte. Aktivitetene som tilskuddsmottakerne får midler til er ment å utfylle de lovpålagte oppgavene offentlige tjenester har. Men det er uheldig dersom de offentlige tjenestene lener seg på frivillige aktørers virksomhet og unnlater å gjøre lovpålagte oppgaver. Det har som beskrevet vært et mål for Helsedirektoratet å få til en dreining hvor tilskuddssøkere går fra å utføre offentlige tjenester (ofte til et svært begrenset antall personer) til å påvirke, tilrettelegge og muliggjøre for det offentlige slik at flest mulig innbyggere får informasjon og tjenester som fremmer seksuell helse.

## 1.3 Metode

Evalueringen er basert på intervjuundersøkelser, gjennomgang av søknader og rapporteringer, en spørreundersøkelse til tilskuddsmottakere samt gjennomgang av statistikk og relevant dokumentasjon. Vi har også hatt en workshop med et utvalg tilskuddsmottakere.

### 1.3.1 Intervjuundersøkelser

#### **Innledende intervjuer**

Innledningsvis intervjuet vi medarbeidere i Helsedirektoratet for å få mest mulig informasjon om utvikling og endringer i ordningene, informasjon om hvem som søker tilskudd og informasjon om utviklingen på seksuell helsefeltet og strategiplanen «Snakk om det!».

Vi intervjuet også enkelte andre sentrale aktører på feltet for å få informasjon om deres oppfatninger av utviklingen på seksuell helsefeltet og deres syn på og erfaringer med strategiplanen og tilskuddsordningene. Til sammen gjennomførte vi seks innledende intervjuer.

#### **Intervjuer med tilskuddsmottakere og søkere som har fått avslag**

Vi har gjennomført intervjuer med 10 tilskuddsmottakere på hver av ordningene. Tema for intervjuene var blant annet måloppnåelse i egne prosjekter, tilskuddets betydning, hvordan prosjektene ivaretar et kjønns-, minoritets og livsløpsperspektiv, synspunkter på strategiplanen og hvordan prosjektene bidrar til å støtte opp under målene i planen, herunder hvilken betydning aktivitetene har på individ-, tjeneste- og systemnivå. Vi spurte også om erfaringer med samarbeid og om tilskuddet bidrar til bruk av rett kompetanse på riktig nivå. I tillegg stilte vi spørsmål om erfaringer med Helsedirektoratets forvaltning av ordningene.

Vi intervjuet både tilskuddsmottakere som har mottatt bevilgninger gjennom flere år og som har deltatt i dette arbeidet lenge og tilskuddsmottakere som er relativt nye og/eller små og har liten innflytelse på strategi og beslutninger på feltet. Vi ønsket at tilskuddsmottakerne vi intervjuet skulle dekke et bredt utvalg av målgrupper.

Videre intervjuet vi seks søkere som hadde fått avslag. Tema for intervjuene med dem var særlig erfaringer med forvaltning av ordningen, herunder informasjon og veiledning i søknadsprosessen og informasjon om avslag og om aktivitetene de hadde søkt støtte til ble gjennomført uten tilskuddet. I tillegg stilte vi spørsmål om syn på tilskuddsordningene og målene de er ment å oppfylle.

### Intervjuer med eksperter

Vi intervjuet også 12 personer som kjenner feltet seksuell helse godt og som kan betraktes som eksperter på seksuell helse eller på ulike tema som inngår i målene for strategiplanen. Tema for intervjuene var seksuell helse, utvikling og arbeid på feltet og tilskuddsordningenes betydning. Vi har intervjuet syv forskere og fem andre aktører. Vi ønsket i utgangspunktet at dette skulle være personer som selv ikke hadde mottatt støtte fra ordningene, men fant at dette er et lite miljø der mange fra forskningsmiljøene har søkt eller mottatt midler gjennom ordningene en eller flere ganger. Selv om noen hadde søkt på ordningen mener vi likevel at disse aktørene var i stand til å ha et kritisk og uavhengig blick på feltet.

### 1.3.2 Spørreundersøkelse

Vi sendte ut en spørreundersøkelse til alle som har mottatt tilskudd i perioden 2017-2020. Totalt ble undersøkelsen sendt ut til 117 respondenter. Vi fikk 77 svar. Det vil si en svarprosent på 65 prosent.

12 av de 77 respondentene hadde fått midler på HIV-ordningen og 65 på seksuell helseordningen. 7 hadde fått midler på begge ordningene.

Bant respondentene hadde 19 fått midler i 2017, 47 i 2018, 41 i 2019 og 44 i 2020.

Tema i spørreundersøkelsen var blant annet erfaringer med Helsedirektoratets forvaltning, kjennskap til og bruk av strategiplanen, vurdering av måloppnåelse i egne prosjekter, spørsmål om hvordan prosjektene bidrar til å nå målene i strategiplanen, synspunkter på tilskuddenes betydning og relevans og hvilke endringer tilskuddsmottakerne ser behov for.

Når det gjaldt vurdering av måloppnåelse i egne prosjekter og bidrag til måloppnåelse i strategiplanen ble tilskuddsmottakerne bedt om å svare for det siste prosjektet de hadde fått midler til.

### 1.3.3 Gjennomgang av søknader og rapportering

Vi har gjennomgått søknadene og rapporteringen på de to tilskuddsordningene for årene 2017-2020. Det er gjort et utvalg av tilskuddsmottakere/prosjekter fra de ulike årene. Totalt er det gjennomgått 32 søknader med tilhørende rapportering for tilskuddsordningen seksuell helse, og 11 for tilskuddsordningen hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Denne fordelingen er gjort fordi det er langt flere tilskuddsmottakere på seksuell helseordningen enn på hiv og soi-ordningen. Med utgangspunkt i denne gjennomgangen har vi vurdert tilskuddsordningenes måloppnåelse langs to dimensjoner:

- 1) Hvorvidt tilskuddsmottakerne besvarer Helsedirektoratets kriterier for måloppnåelse. Med Helsedirektoratets kriterier legger vi til grunn målsettingene i strategien «Snakk om det!» (både strategiens overordnede mål og delmålene) og de særskilte prioriteringene for det aktuelle året for tilskuddsordningen. For hiv og soi-ordningen har vi også vurdert de overordnede målene som er beskrevet i forskriften.
- 2) Vi har også undersøkt hvorvidt tilskuddsmottakerne dokumenterer at de når målene de har definert i søknaden – altså grad av samsvar mellom søknad og

rapportering (resultater). Det heter at rapporteringen skal svare til søknaden og beskrive hvordan og i hvilken grad målene er oppnådd. Ved manglende mål-oppnåelse skal dette begrunnes og tiltak for bedre måloppnåelse i videre drift skal beskrives. Der hvor det ikke er dokumentert, eller i mindre grad er dokumentert, har vi foretatt en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt de planlagte og gjennomførte aktivitetene for prosjektet virker egnet for å nå prosjektets satte mål.

#### 1.3.4 Workshop

I analysefasen av prosjektet inviterte vi et utvalg tilskuddsmottakere til en workshop for å få innspill og synspunkter på hvordan ordningene kan innrettes på en måte som sikrer høyere måloppnåelse. Det var totalt ni tilskuddsmottakere som deltok. Blant disse var det fem tilskuddsmottakere på hiv-ordningen og fire på seksuell helseordningen. De fem på hiv-ordningen besto av representanter for de organisasjonene som har fått treårige driftstilskudd samt to andre tilskuddsmottakere. De fire representantene for mottakere på seksuell helseordningen besto av organisasjoner av ulik størrelse og ulike målgrupper. Vi la vekt på at flest mulige målgrupper skulle være representert på workshopen.

I workshopen presenterte vi foreløpige funn og la deretter opp til diskusjon. Det var særlig sentralt å få synspunkter på hvordan deltakerne vurderer måloppnåelse på ulike nivåer og hvordan de vurderer en eventuell sammenslåing av ordningene.

## 2 Tilskuddsmottakerne og bruk av strategiplanen

I dette kapittelet beskriver vi hvilke aktører som er mottakere av tilskudd og hvilken betydning ordningene har for mottakerne. Videre beskriver vi hvordan de bruker strategiplanen i sitt arbeid og hvilke aktiviteter som får støtte gjennom planen. Vi redegjør også for erfaringer med samarbeid blant tilskuddsmottakerne.

### 2.1 Hvem er mottakerne?

Seksuell helse-ordningen har et bredt spekter av mottakere. I hele perioden er det 112 ulike mottakere som har fått midler. Majoriteten av mottakere er frivillige og ideelle organisasjoner, men det er også flere kommunale prosjekter som har fått støtte, samt tilskuddsmottakere i universitets- og høyskolesektoren og i helseforetak. I tillegg er det en del prosjekter tilknyttet helsetjenester for studenter i regi av studentsamskipnader som har fått støtte.

Det har vært relativt mange søkere på denne ordningen hvert år (se tabell 2.1). I 2017 ble 45 søkere som oppfylte kriteriene for tilskuddsordningen Styrking og utvikling av helsestasjon og skolehelsetjeneste flyttet over til denne ordningen.

Tabell 2.1: Antallet søkere og bevilgede midler 2017-2020 på tilskuddsordningen seksuell helse

År	Antall organisasjoner som søkte midler totalt	Totalt antall prosjekter <sup>4</sup>	Total søknadssum	Total sum bevilgede midler	Antall organisasjoner som fikk bevilget midler
2017	40	49	38.266.645	20.681.800	25
2018	93	116	69.101.519	31.964.191	70
2019	79	96	70.264.619	35.131.860	50
2020	94	111	97.401.750	39.172.880	56

Det er også en del variasjon i antall organisasjoner som får bevilget midler. Midlene viser seg å være relativt jevnt fordelt mellom de fleste av organisasjonene som får støtte, men det er enkelte som skiller seg ut. Dette gjelder særlig Sex og samfunn, som går igjen alle årene. Eksempelvis fikk de i 2017 40 prosent av de bevilgende midlene. I 2018 fikk de 23 prosent av midlene. Oslo Kommunes tilbud til sexarbeidere og Stiftelsen Kvinneuniversitetet er eksempler på andre organisasjoner som har fått støtte til flere prosjekter per år, og som får en større del av midlene.

Hiv-ordningen har langt færre mottakere enn seksuell helse ordningen. I perioden har 13 ulike aktører fått midler. De tre organisasjonene som har fått treårig driftstilskudd omfatter Helseutvalget, Aksept senter som drives av Kirkens bymisjon og HivNorge. Andre mottakere omfatter frivillige organisasjoner, enkelte kommunale prosjekter og enkelte prosjekter knyttet til høyere utdanning og helseforetak. Det er 30 prosent av midlene som går til ettårige prosjekter.

Tabell 2.2: Antallet søkere og bevilgede midler 2017-2020 på tilskuddsordningen for hiv og soi

År	Antall organisasjoner som søkte midler totalt	Totalt antall prosjekter	Total søknadssum	Total sum bevilgede midler	Antall organisasjoner som fikk bevilget midler
----	---	--------------------------	------------------	----------------------------	--

<sup>4</sup> Enkelte organisasjoner har søkt om tilskudd til flere prosjekter

2017	14	24	29.856.614	23.555.000	9
2018	14	22	32.907.847	24.281.000	10
2019	8	10	29.327.344	23.710.500	8
2020	13	14	30.614.764	24.944.348	11

På ordningen hiv og soi er tallene mer stabile og det er stort sett de samme organisasjonene som går igjen mellom årene (det er som følge av dette også langt flere av søkerne som får bevilget midler). Også her er det noen organisasjoner som mottar klart mest av midlene. Dette gjelder særlig HivNorge, som i 2017 mottok 29 prosent av midlene og 27 prosent i 2018. Andelen er omtrent lik for 2019 og 2020. Det samme gjelder også for Helseutvalget og Kirkens bymisjons tiltak i de store byene.

På begge ordningene og særlig på hiv-ordningen forteller Helsedirektoratet at det er mange av de samme organisasjonene som søker om tilskudd de ulike årene. Denne situasjonen er dels en konsekvens av den organisatoriske situasjonen som har vært gjeldende på hiv-feltet i flere tiår, men den ble også forsterket av innretningen av forskriften for tilskuddsordningen som ble innført i 2015.

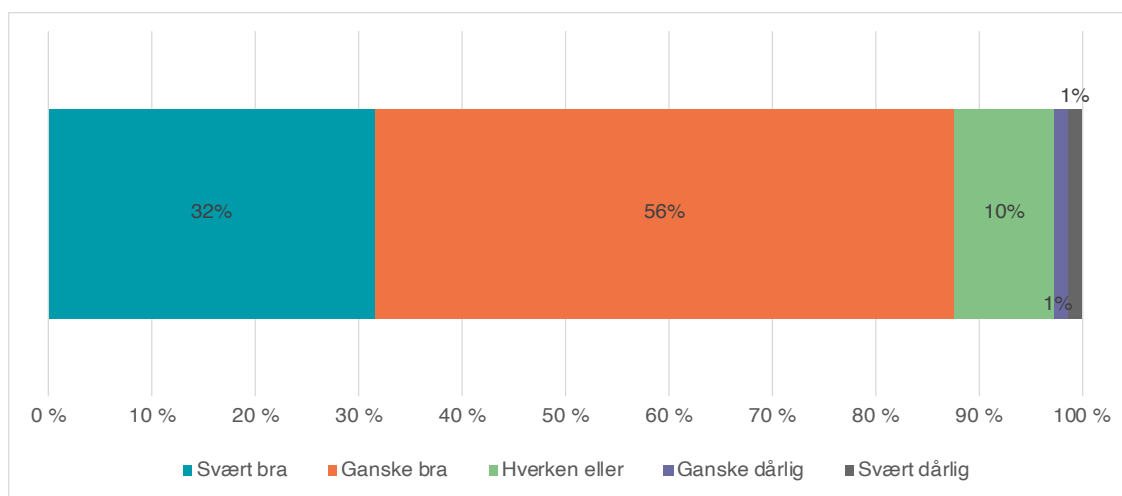
## 2.2 Kjennskap til og bruk av strategiplanen

Strategien for seksuell helse utgjør i stor grad rammeverket for begge ordningene, og de skal begge bidra til å følge opp strategiplanen. Dette gjelder særlig seksuell helseordningen, som har de samme målene som strategien. Vi ønsket derfor å få kunnskap om hvor godt aktørene kjenner denne planen og hvordan de bruker den i sitt arbeid.

Vi har spurt både tilskuddsmottakere og ekspertene vi har intervjuet om hvor godt de kjenner til strategiplanen «Snakk om det!» og om deres synspunkter på strategiplanen. Alle våre informanter kjenner til strategiplanen i større eller mindre grad, og flere forteller at de i dag bruker den aktivt og baserer mye av arbeidet på strategien. Flere deltok også i brede innspillsrunder i forbindelse med utarbeidelse av planen.

Dette inntrykket bekreftes også i spørreundersøkelsen. Figur 2.1 viser at nær 90 prosent av tilskuddsmottakerne som har svart på undersøkelsen sier at de har ganske bra eller svært bra kjennskap til innholdet i strategiplanen.

Figur 2.1: Hvor god kjennskap har du til innholdet i "Snakk om det" strategiplanen for seksuell helse? (N=73)



De aller fleste vi har snakket med er også fornøyde med strategiplanen «Snakk om det!». Flere mener at en samlet strategiplan på området er en positiv utvikling i forhold til de to

tidligere handlingsplanene om uønskede svangerskap og abort og hiv og seksuelt overførbare infeksjoner. Det påpekes at politikken på området lenge har vært preget av de samme utfordringene og temaene, og at den nye strategien representerer en viss grad av fornyelse. Enkelte påpeker også at strategiplanen viser at Helsedirektoratet er fremoverlente og godt oppdaterte på feltet. I tillegg oppleves det positivt at strategien har et minoritets- og likestillingsperspektiv.

Flere av informantene våre gir uttrykk for at «Snakk om det!» gjenspeiler en utvikling der fokuset innenfor seksuell helse har gått fra et frigjøringsperspektiv med fokus på sex uten skyld og skam til fokus på kjønnsmangfold og likeverd for seksuelle minoriteter.

En evaluering det nasjonale SRHR-nettverket har gjennomført finner at strategien oppleves som positiv av aktørene på feltet.<sup>5</sup> Blant annet oppleves det som positivt at man nå har én felles strategiplan på feltet som også dekker et bredere område enn de to foregående planene. SRHR-nettverket finner at strategiplanen så langt har ført til mer samarbeid blant aktørene på feltet, større engasjement og mer legitimitet i arbeidet. I tillegg konkluderer evalueringen med at strategiplanen har ført til økt kompetanse på feltet, samt til flere tjenester – både digitale og fysiske. Det trekkes videre fram som positivt at det har blitt lettere å søke midler nå som man har en bredere, felles strategi (Nasjonalt SRHR-nettverk, 2019).

### Et livsløps- og ressursfokus

Et av aspektene ved planen som særlig trekkes frem som positivt er at den har et livsløpsfokus og retter seg mot alle aldersgrupper og livsfaser. Flere mener at både barn og eldre har hatt en tendens til å falle litt ut når det er snakk om seksuell helse, og at det er positivt at strategiplanen inkluderer disse gruppene. Som en av informantene sier:

*Det er en kunnskap som er relevant for alle mennesker i alle livsfaser. Seksuell helse er ikke et spørsmål som kun er relevant når man er ungdom eller i en fase hvor man får barn. Det handler om at eldre også har en seksualitet, og at små barn trenger kunnskap.*

Noe av det som skiller «Snakk om det!» fra tidligere handlingsplaner på feltet er ressursfokus, altså det å se på seksualitet som viktig, berikende og en livslang ressurs. Flere informanter peker på helseministerens forord i strategiplanen som både vakkert og noe som representerer et annet perspektiv enn det man tidligere har sett på feltet. Imidlertid mener mange at dette fokuset ikke gjennomsyrrer resten av strategien i tilstrekkelig grad. Her mener flere at seksualitet fortsatt blir ansett som noe som må kontrolleres og at det er et fokus på å unngå uønsket atferd. Dette gjelder særlig på områdene uønskede svangerskap og hiv/soi. Selv om alle er enige om at dette er viktige utfordringer som man bør forebygge mot, er det flere av informantene som mener at man også kan forebygge effektivt ved å fokusere mer på de hva som gjør sex positivt og trygt. Det sies for eksempel at man i møte med ungdom ofte fokuserer på alt man skal passe seg for og farlig atferd man skal unngå. I stedet kan man forebygge minst like effektivt ved å spre kunnskap om kropp, lyst og grenser og ved å fokusere på hva som skaper positive seksuelle relasjoner. Noen eksperter og tilskuddsmottakere på seksuell helseordningen mener at strategiplanen fortsatt har et for stort «problemfokus» i stedet for et «ressursfokus» når det kommer til seksualitet. Disse mener at det er behov for en bedre balanse slik at man i større grad integrerer de positive aspektene ved seksualitet. Andre påpeker at det er nødvendig å ha konkrete aktiviteter knyttet til utfordringer som finnes.

---

<sup>5</sup> Nasjonalt SRHR-nettverk ble etablert i 2016 og inkluderer blant annet sykehus, helsestasjoner, kommuner og sivilsamfunnsorganisasjoner som har SRHR som en del av sitt fagfelt. Organisasjonen Sex og samfunn koordinerer nettverket (Nasjonalt SRHR-nettverk 2019).



Noen informanter forteller også at strategien har ført endringer i hvordan de informerer for eksempel ungdom om seksualitet, og at de legger mer vekt på positive sider ved seksualitet enn tidligere.

### **En stor og bred strategi**

Et annet aspekt ved strategien det er delte meninger om er at strategien er svært bred og omfattende. På den ene siden mener mange at det er positivt og nødvendig med en strategi som dekker og representerer alle – også ulike minoriteter. Dette understreker at alle har en seksuell helse, og at dette ikke er forbeholdt grupper som en informant omtaler som de som «er utsatt for kjønnsykdommer eller får barn». Å inkludere alle i én plan motvirker tendensen til at minoriteter sees som noe «annet» som blir håndtert som ulike sidespørsmål. At strategien er bred og lite konkret gir også organisasjonene mulighet til «selv å fylle den med innhold».

Likevel er det en svært vanskelig oppgave å skulle ikke bare inkludere, men også adressere, mangfoldet av grupper og minoriteter på dette området og de unike utfordringene de møter. Å gå detaljert inn på både ulike livsfaser, personer med ulike sykdommer eller funksjonsnedsettelse, ulike kjønnsidentiteter, etniske minoriteter og seksuelle minoriteter – samt personer med flere minoritetsstatuser – blir krevende å gjøre i én strategi. Informantene peker på at det blir svært mange med ulike behov som konkurrerer om både oppmerksomhet i strategien og tilskuddene som følger av den.

Enkelte informanter mener også at strategien fortsatt representerer et heteronormativt perspektiv og har reproduksjonsfokus og at den burde være mer kjønnsnøytral og mangfoldsorientert. Andre informanter mener at minoritetsfokuset har fått for stor plass.

### **Vag og lite forpliktende**

En annen konsekvens av at strategien skal dekke et så stort område, er at den kan bli litt vag og for lite konkret. Noen mener at strategiplanens overordnede mål for så vidt høres fine ut og at det er vanskelig å være uenige i dem, men at målene i liten grad operasjonaliseres i konkrete nok tiltak. Enkelte etterspør en mer konkret ansvarsfordeling der også andre enn Helsedirektoratet kan ha ansvar for tiltak. Det påpekes at prosessen der strategiplanen ble utviklet var god med stor grad av involvering av ulike aktører, men at strategien preges av at Helsedirektoratet «trekkes i alle retninger». Resultatet har derfor blitt lite forpliktende og «mer et festskriv enn et handlingsverktøy».

Mangel på oppfølging og konkret handling er også noe som har blitt trukket frem av det nasjonale SRHR-nettverket. Ifølge en representant for nettverket, har strategiplanen blitt en hvilepute for helsemyndighetene. Nettverket mener den etter lanseringen har forsvunnet litt, og er skuffet over at den ikke har fått større oppmerksomhet og blitt fulgt opp bedre fra myndighetenes sid. Her etterspørres det for eksempel mer konkrete planer for å oppfylle målene i strategien og treffe de prioriterte målgruppene.

Flere informanter nevner at seksuell helse henger tett sammen med andre områder på helse- og velferdssfeltet. Det nevnes også at det har kommet signaler blant annet blant annet fra WHO og verdens sexologforening om at seksuell helse må sees i sammenheng med andre helseutfordringer, og at disse påvirker hverandre. Flere informanter mener at strategiplanen representerer et skritt i riktig retning ved å omhandle seksuell helse mer generelt enn de to tidligere handlingsplanene mot uønskete svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner. Likevel savner noen av informantene en sterkere kobling til andre relevante strategier og planer. Her nevnes særlig planer og strategier knyttet til psykisk helse og rus samt mangfold og inkludering.

## 2.3 Tilskuddsmottakernes bruk av strategiplanen

Vi spurte tilskuddsmottakerne om de anvender strategiplanen i sitt arbeid. Alle svarer at de bruker strategiplanen aktivt i større eller mindre grad. For noen er den grunnpilar i arbeidet og et dokument som støtter opp under det endelige målet om god seksuell helse i befolkningen. Informantene forteller for eksempel at strategiplanen brukes til utvikling av tilbud og aktiviteter, og at den dermed legger føringer for hvilke problemstillinger de fokuserer på. Dette gjør arbeidet mer målrettet. Dette gjelder også organisasjoner og aktører som tidligere ikke har fokusert på seksuell helse. En informant forteller for eksempel at «Snakk om det!» førte til at arbeidet i organisasjonen i større grad ble vinklet mot seksuell helse, og at de siden dette har jobbet mer med temaer som kropp og grenser, uønskede svangerskap og aborter, soi og seksuell helse ved sykdom og funksjonsnedsettelse. En annen aktør er også positivt innstilt til strategien, og mener at redusert smittetrykk for hiv og soi og bedre ivaretagelse av pasientenes seksuelle helse kan bli resultatet hvis strategien og tilskuddsmidlene blir brukt på rett måte.

### Legitimitet og politisk påvirkning

Flere av våre informanter mener strategiplanen gir økt legitimitet og tyngde til arbeid på seksuell helse-feltet – både overfor personer i målgruppen, overfor ulike tjenester og overfor myndighetsaktører. Det at strategiplanen kommer fra myndighetene og gjelder for alle, gir kredibilitet og styrker tilskuddsmottakerne i arbeidet. Strategien blir her brukt både som tema i samtalegrupper og i mer pasientrettet kontakt.

På samme måte kan strategien fungere som en «inngangsbillett» for å drive undervisning, kunnskapsdeling og kompetanseheving i tjenesteapparatet. For eksempel forteller flere at strategien brukes som en del av undervisningsopplegg, både i skolen, på helsestasjoner for ungdom og i høyere utdanning, for eksempel i helsesykepleier- og psykologiutdanninger. Strategien skaper legitimitet, og sier noe om hvor viktig det er for helsepersonell å ha denne kunnskapen. En aktør forteller at strategien sier noe om hvilke nasjonale føringer som finnes på området, og at de ofte viser både til den og til lovverk i sin kursvirksomhet for å vise at det ikke er frivillig for helsepersonell å ha denne kompetansen.

Flere sivilsamfunnsaktører og andre peker også på at strategien gir en viss aktualitet til ulike temaer og utfordringer på feltet, og at de derfor legger seg tett opp til strategien når de planlegger arrangementer, holder kurs eller presenterer prosjekter.

Til slutt brukes også strategiplanen av både bruker- og interesseorganisasjoner og andre aktører i politisk påvirkningsarbeid overfor myndighetene. En informant forteller at de bruker strategien for å peke på myndighetenes manglende oppfølging av tiltak i strategien:

*Vi bruker den stort sett til å slå myndighetene i hodet med det de ikke gjør. Og det er fint det. Men en slik strategi som dette er ikke et veldig forpliktende dokument. Mye bruk av Høies sitater om at seksuell helse er så fint og så videre, mens vi ser at sårbare grupper ikke får noen ting.*

### Grunnlag for tilskuddssøknader

Tilskuddsordningene – særlig ordningen for seksuell helse – er tett knyttet til strategiplanen, og det er svært mange som bruker strategien som utgangspunkt når de skal skrive tilskuddssøknader. Noen aktører legger vekt på at det er viktig å ha et faglig dokument som grunnlag, et dokument som generelt fanger opp situasjonen i samfunnet. Strategien sier noe om hvilke målgrupper det er viktig å prioritere, og gir noen knagger for utforming av tilskuddssøknaden. Flere informanter sier også at dette er deres

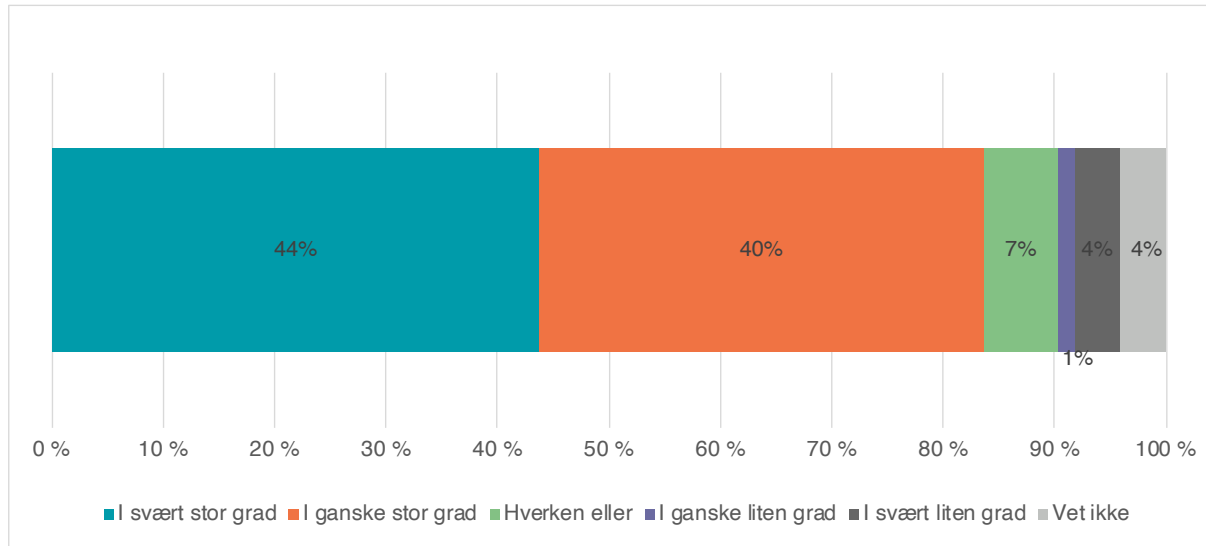
primære bruk av strategiplanen – som et utgangspunkt for å søke om prosjektmidler og for å rapportere på prosjekter de har fått tilskudd til.

På spørsmål om den nye, felles strategiplanen har gjort det lettere å søke om tilskudd, er informantene litt uenige. På den ene siden har det nye, bredere fokuset åpnet opp for nye prosjekter og målgrupper, for eksempel barn, eldre og personer med funksjonsnedsettelse. Enkelte av tilskuddsmottakerne vi intervjuet har søkt tilskuddsmidler på disse ordningene for første gang i inneværende periode nettopp på grunn av dette. Det gjelder for eksempel noen av organisasjonene som jobber lhbtq-feltet (eks Skeiv ungdom).

På den annen side mener også flere at strategiplanen og målene i den er så brede at det er vanskelig å vite om prosjektene de søker tilskudd til faller innenfor eller utenfor strategiens virkeområde og mål. Dette gjelder først og fremst seksuell helse-ordningen som har de samme målene som strategiplanen. Noen klarere prioriteringer og avgrensninger for ordningen fra Helsedirektoratets side, kunne gjort det enklere for tilskuddssøkere å orientere seg i hva man ønsker å oppnå med tilskuddsordningene. For andre har strategien blitt en referanseramme for prosjekter de søker midler til. Sammenhengen mellom strategien og arbeidet som gjøres har blitt mer tydelig, og har blitt noe konkret å relatere søknaden til.

I spørreundersøkelsen spurte vi om i hvor stor grad prosjektene som har fått støtte bidrar til å nå mål i «Snakk om det!». Svarfordelingen er vist i figur 2.2. Vi ser at tilskuddsmottakerne i stor grad mener at prosjektene er i tråd med strategiplanen. 84 prosent mener at prosjektene i stor eller ganske stor grad vil bidra til å nå målene for «Snakk om det!».

Figur 2.2: I hvor stor grad mener du prosjektet dere har fått midler til bidrar til å oppnå mål i "Snakk om det"? (N=73)



## 2.4 Hvilke aktiviteter får støtte gjennom ordningene?

Tilskuddsordningene for seksuell helse og hiv/soi bidrar med økonomiske midler til en rekke ulike aktiviteter, noe som gjenspeiler de vide målene i strategiplanen. Særlig seksuell helse-ordningen har vide mål og mange målgrupper.

## 2.4.1 Individrettede aktiviteter

Tilskuddsordningene har tradisjonelt både gått til utviklingsprosjekter og til individrettet arbeid som personlig informasjon/rådgivning og ulike typer lavterskeltiltak som for eksempel testing for seksuelt overførbare infeksjoner. Informasjon kan gis personlig eller digitalt på for eksempel nettsider som ung.no. De individrettede tilbudene er ofte rettet mot spesifikke målgrupper og gis i mange tilfeller i form av likepersonstiltak. Målgruppene kan være personer som er spesielt utsatte for seksuell uhelse som for eksempel menn som har sex med menn og sexarbeidere, eller personer som trenger spesifikk informasjon som for eksempel ungdom, studenter, personer med innvandrerbakgrunn eller skeive. Tilskuddsmottakerne forteller for eksempel at de har tilbud til ungdom om samtaler og tilbud om testing og hjelp til prevensjon. Noen forteller at de har et fokus på at seksuell helse og psykisk helse henger sammen. Andre prosjekter er for eksempel rettet mot jenter og kvinner med minoritetsbakgrunn der de tar opp temaer knyttet til seksuell helse og andre tilgrensende temaer som press, grenser og negativ sosial kontroll.

Flere tilskuddsmottakere opplyser at de gjennom ordningen får midler til aktiviteter på ungdomsskolene og på helsestasjoner for ungdom. Blant annet brukes midler til å planlegge et undervisningsopplegg for 10. klassinger, hvor tema er kropp og seksualitet, identitet, grenser og samtykke. I et prosjekt er det utviklet en forebyggende animasjonsfilm om seksuelle overgrep mot barn. Målgruppen er barn og ungdom i aldersgruppen 7-18 år. Filmen beskriver hva overgrep er, hvordan snakke om seksuelle overgrep, og er et konkret virkemiddel i tråd med strategiplanens formål.

En annen aktør drifter en rådgivningstelefon ved hjelp av tilskuddsmidlene, som i tillegg til direkte kontakt med brukere også tar imot henvendelser fra «tredjepart», for eksempel foreldre/foresatte eller venner.

Særlig på ordningen for hiv/soi utgjør likepersonarbeid og personlig informasjon/rådgivning en sentral del av aktivitetene. Lavterskeltilbud om testing og tilbud om PrEP er sentrale tiltak.

## 2.4.2 Aktiviteter rettet mot tjenestenivået

Helsedirektoratet har i planperioden lagt vekt på å styrke tiltak hvor målgruppen er ansatte på tjenestenivået, og to av delmålene i strategiplanen er rettet mot å sikre kunnskap og økt forståelse i helse- og omsorgstjenestene. Aktivitetene som har fått støtte omfatter for eksempel prosjekter som skal bidra til å øke tjenesteyternes kompetanse på seksuell helse generelt og økt kompetanse på spesifikke områder som kjønnsmanifold, lhbtq-helse, utviklingshemmedes seksuelle helse og økt kompetanse til helsetjenestene om seksualitet og funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. I flere prosjekter er målgruppene både helsepersonell og brukere.

For begge ordningene er det gitt midler til aktiviteter i form av undervisning, fagseminarer og kursvirksomhet. Gjennom undervisningen og kompetansehevingen er det et mål å nå helsepersonell som helsesykepleiere, fastleger, kommuneoverleger og andre aktører som personell på asylmottak, lærere og sosionomer. Det er også gitt midler til aktører som underviser studenter som utdanner seg til helseprofesjoner. Det har bakgrunn i tilbakemeldinger om at det er lite om seksuell helse på pensum, og at det er nyttig å bygge kompetanse hos studenter som kan ta med seg denne kunnskapen gjennom hele karrieren.

Aktivitetene som får støtte gjennom seksuell helse-ordningen omfatter for eksempel informasjon, rådgivning og undervisning for barnehager, veiledningsmateriell til foreldre og foresatte og opplæring av lærere og lærerstuderenter i helhetlig

seksualitetsundervisning i skolen. Noen eksempler er utvikling av e-læringsverktøy og filmer til bruk i seksualitetsundervisning. Det er også gitt tilskudd til et samarbeidsprosjekt om kompetanseheving på seksuell helse blant eldre og ansatte i eldreomsorgen, med spesiell vekt på kjønns- og seksualitetsmangfold.

Også mer brukerrettet aktivitet blir prioritert, ofte gjennom å øke kompetansen hos helsepersonell. En aktør forteller for eksempel at de har et mål om at helsepersonell skal bli flinkere til å snakke med pasientene sine om sex-livet på en naturlig og ikke-dømmende måte. Noen har prosjekter som innebærer samarbeid med helsestasjonene om hvordan snakke om seksuell helse med unge med minoritetsbakgrunn. Rosa kompetanse i regi av organisasjonen FRI utfører kompetanseheving i helse- og omsorgstjenestene, i barnehage og skole om kjønns- og seksualitetsmangfold.

Flere av tilskuddsmottakerne vi har intervjuet legger vekt på at å oppnå respekt og forståelse krever dyptgående refleksjoner rundt blant annet egne holdninger, verdier og grenser, samt rolleforståelse og at det ikke er tilstrekkelig med enkeltstående kurs. Det trekkes frem at mange helsearbeidere ikke føler seg trygge på temaer innen seksuell helse og derfor henviser pasientene videre til andre. Dette kan være uheldig for tilliten pasientene og brukerne har til tjenestene og i verste fall bidra til følelser av skam og stigma hos pasientene. Videre pekes det på at mange har sterke personlige holdninger og verdier knyttet til seksualitet, og at det krever både forståelse for egne verdier og for sin rolle som helse- eller sosialarbeider å ikke la dette påvirke utøvelsen av arbeidet.

Flere av tilskuddsmottakerne jobber for at helsepersonell i større grad bør inneha mangfoldkompetanse og forståelse for hvordan ulike minoritetsstatuser kan påvirke (seksuell) helse, samt hvordan ulike minoritetsstatuser virker sammen (interseksjonalitet). Noen informanter peker på at mye av den kompetansen som finnes i helsetjenestene om seksuell helse er basert på et majoritetsperspektiv. For eksempel kan en helsesykepleier ha grunnleggende kompetanse i seksuell helse, men mangle kunnskap om hvordan dette påvirkes av seksuell orientering eller innvandringsbakgrunn.

Kompetanseheving om seksuell helse, identitet og psykisk helse skjer blant annet gjennom utarbeiding av undervisningsmaterieell og e-læring. Det er for eksempel utviklet e-læringskurs som vektlegger normkritikk og interseksjonalitet og verktøy som skal øke kompetansen blant sykepleiere og annet helsepersonell på tematikk som omfatter transpersoner, kjønnsinkongruens og forståelse for og kunnskap om kjønnsidentitet.

Noen forteller også at de prøver å spre informasjon og kunnskap gjennom medlemsbladene i ulike profesjonsforeninger eller på tv-skjermer på legekontor eller andre steder der helsepersonell oppholder seg. Videre er det også tilskuddsmottakere som jobber direkte opp mot tilbydere av helsetjenester for å sørge for at ulike målgrupper – særlig ulike minoritetsgrupper – har steder de kan oppsøke og få hjelp.

### 2.4.3 Aktiviteter rettet mot systemnivået

Aktiviteter rettet mot systemnivå kan for eksempel dreie seg om å bidra til holdningsendringer gjennom å skape mer synlighet og å bidra i det offentlige ordskiftet. Det kan også handle om politisk påvirkningsarbeid og arbeid for ulike gruppers rettigheter. Mange av organisasjonene som får støtte jobber også på systemnivå, men det virker som om enkeltprosjektene som mottar tilskudd oftere er rettet mot individ- eller tjenestenivået.

### 2.4.4 Hvilke kanaler er brukt?

I spørreundersøkelsen til tilskuddsmottakere spurte vi om hvilke kanaler mottakerne brukte i det prosjektet de sist hadde fått midler til. Svarfordelingen er vist i figur 2.3.

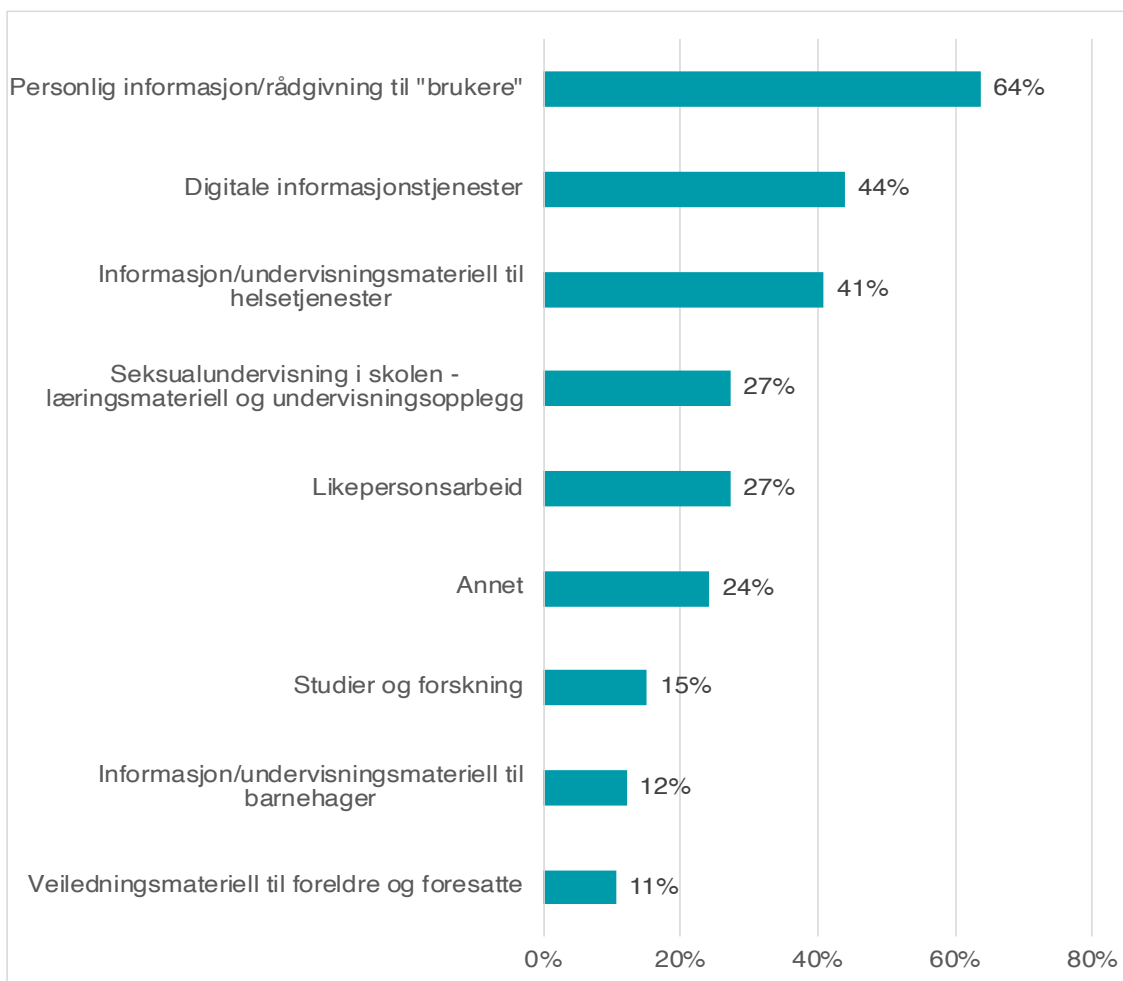
Figuren viser aktiviteter over alle årene for begge ordninger. Hvis vi ser nærmere på fordelingen på de to ordningene og over år, ser vi at likepersonsarbeid, personlig informasjon/ rådgivning til brukere og «annet» utgjør en større del av aktivitetene på hiv-ordningen enn på seksuell helse. Informasjonsarbeid/undervisning til helsetjenester utgjør en større del på seksuell helse-ordningen. I tråd med forskriftens formål er det ingen prosjekter på hiv/soi som omfatter veiledningsmateriell til foreldre og foresatte, informasjon/undervisningsmateriell til barnehager eller seksualitetsundervisning i skolen.

Hiv og soi-arbeidet er et smalere felt enn det feltet seksuell helse-ordningen dekker. Likepersonsarbeid har en større betydning på dette feltet enn på seksuell helse-feltet for øvrig.

Selv om vi har fått høre om flere nyskapende prosjekter opplever Helsedirektoratet at for mange av tilskuddssøkerne holder seg i det sporet de allerede er i. Mange av søkerne på seksuell helse-ordningen har fortsatt fokus på reproduktiv helse og uønskede svangerskap selv om aborttallene nå er svært lave. Det medfører at ungdom 15-25 år er målgruppe for uforholdsmessig mange prosjekter. Helsedirektoratet opplever at det er utfordringer knyttet til å styre tilskuddordningen i en retning som bidrar til at det blir flere prosjekter som svarer på strategien. Helsedirektoratet har imidlertid erfart at endringer i årlige prioriteringer har hatt effekt. Mens det i 2018 og 2019 var henholdsvis null og én søknad knyttet til eldre og seksuell helse, var det i 2020 seks søknader hvorav fire ble innvilget. Behovene til de som lever med hiv og de som er i risiko for hiv er annerledes enn tidligere, men Helsedirektoratet erfarer at det ikke er så mange nye aktører som begynner å jobbe med hiv og soi.

Helsedirektoratet erfarer videre at det fortsatt er en utfordring å få aktiviteter rettet mot seksuell helse hos sårbare innvandrergupper. For begge ordninger er migrantgrupper viktige målgrupper på ulikt vis. En av grunnene til at det er mangel på aktiviteter rettet mot denne gruppen er at organisasjonene som representerer innvandrere ikke søker om tilskudd til prosjekter innenfor disse to ordningene. Dette kan det være mange ulike grunner til.

Figur 2.3: Gjennom hvilke kanaler jobber dere i prosjektet som dere sist fikk midler til? (N=66)



## 2.5 Tilskuddsordningenes betydning

### Hvilke andre finansieringskilder har tilskuddsmottakerne?

Et stort flertall av informantene anser tilskuddsordningene for å være svært viktige eller avgjørende for organisasjonens arbeid på feltet. Enkelte informanter forteller at deres organisasjon ikke ville eksistert uten en av ordningene.

I spørreundersøkelsen til tilskuddsmottakerne spurte vi om hvilke andre finansieringskilder mottakerne av tilskuddsmidler hadde. 34 prosent svarte at de ikke hadde noen annen inntekt. 22 prosent svarte offentlige overføringer og 21 prosent svarte andre tilskuddsordninger. 23 prosent svarte annet. Dette omfatter blant annet inntekter i form av medlemskontingent.

### Betydning for aktivitetene

Svarene fra spørreundersøkelsen tyder også på at tilskuddsmidlene er svært viktige for gjennomføringen av aktivitetene. 64 prosent svarer at aktivitetene ikke ville blitt gjennomført uten støtten. 29 prosent svarer at aktivitetene ville blitt gjennomført i mindre omfang, to prosent svarte at aktivitetene ville bli gjennomført på et senere tidspunkt og fem prosent svarte at de ville gjennomført aktivitetene uansett.

I intervjuene sier mange av tilskuddsmottakerne at uten støtten ville tilbudet bli redusert betraktelig. En aktør sier for eksempel at det ikke ville vært mulig å ha forebyggende aktiviteter, men at de fortsatt kunne hatt noe undervisning. En tilskuddsmottaker sier følgende:

*Selvbestemmelse, kropp, seksualitet er viktig for unge jenter. Uten tilskudd ville vi jobbet med dette i et annet omfang, vi kunne vi ikke fått gjort den jobben vi gjør på samme måte. Det er lett å se at den økningen vi har fått de siste årene betyr mye.*

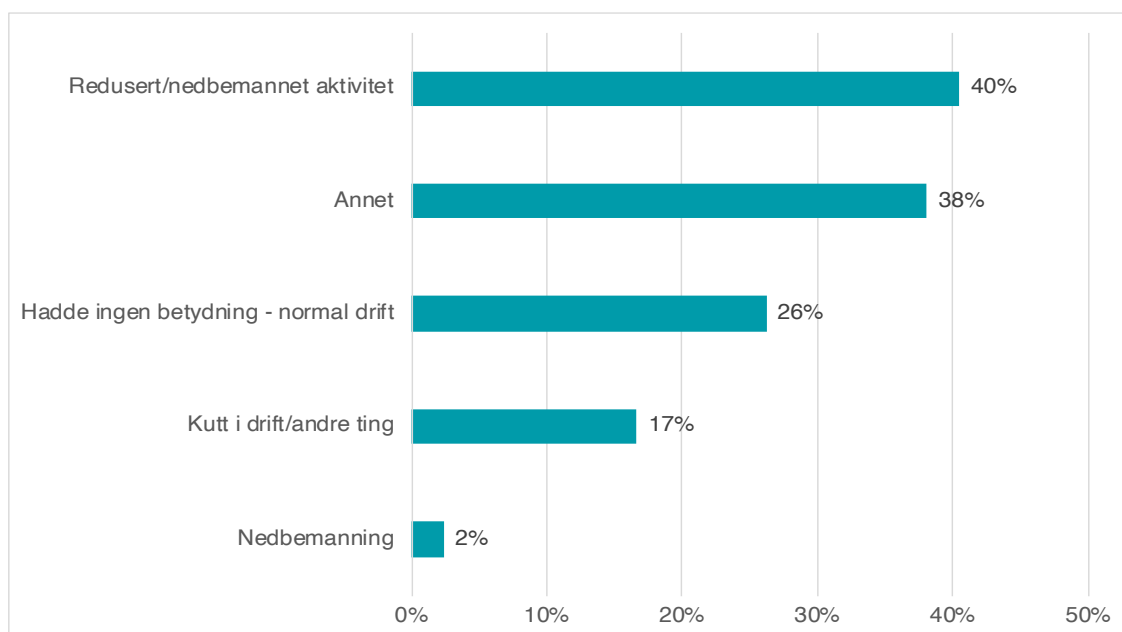
Flere forteller at når de har fått avslag på et prosjekt har dette prosjektet ikke blitt gjennomført. Organisasjonene som får penger baserer seg ofte på prosjektansatte. De opplever at det ofte er mest effektivt å ha en ekstra stilling knyttet til et prosjekt, men at disse må sies opp dersom prosjektet ikke får midler.

### Hvilken betydning har redusert innvilget beløp?

Det er vanlig at mottakerne av tilskuddsmidler ikke får hele beløpet de søkte om. Blant respondentene på spørreundersøkelsen var det 62 prosent som svarte at de hadde fått delvis innvilgelse av midler til det prosjektet de svarte for i undersøkelsen. På spørsmål om hvilke konsekvenser det hadde for aktiviteten i prosjektet svarte 39 prosent at det førte til redusert aktivitet, 15 prosent svarte kutt i drift og 39 prosent svarte «annet». De åpne kommentarene viste at «annet» i stor grad omfattet redusert aktivitet som følge av blant annet redusert bemanning. Svarfordelingen er vist i figur 2.4.

Andelen som svarer at det ikke har betydning er relativt stor, 1 av 4 svarer dette. Utvalget er lite så det er usikkert hvor representativt dette er, men dersom det er representativt vil det altså ha liten betydning for en del av prosjektene at de får tildelt mindre midler enn det de søkte om.

Figur 2.4: Dere har fått delvis innvilgelse, hvilke konsekvenser hadde det for aktiviteten? (N=42)





## 2.6 Samarbeid mellom tilskuddsmottakerne

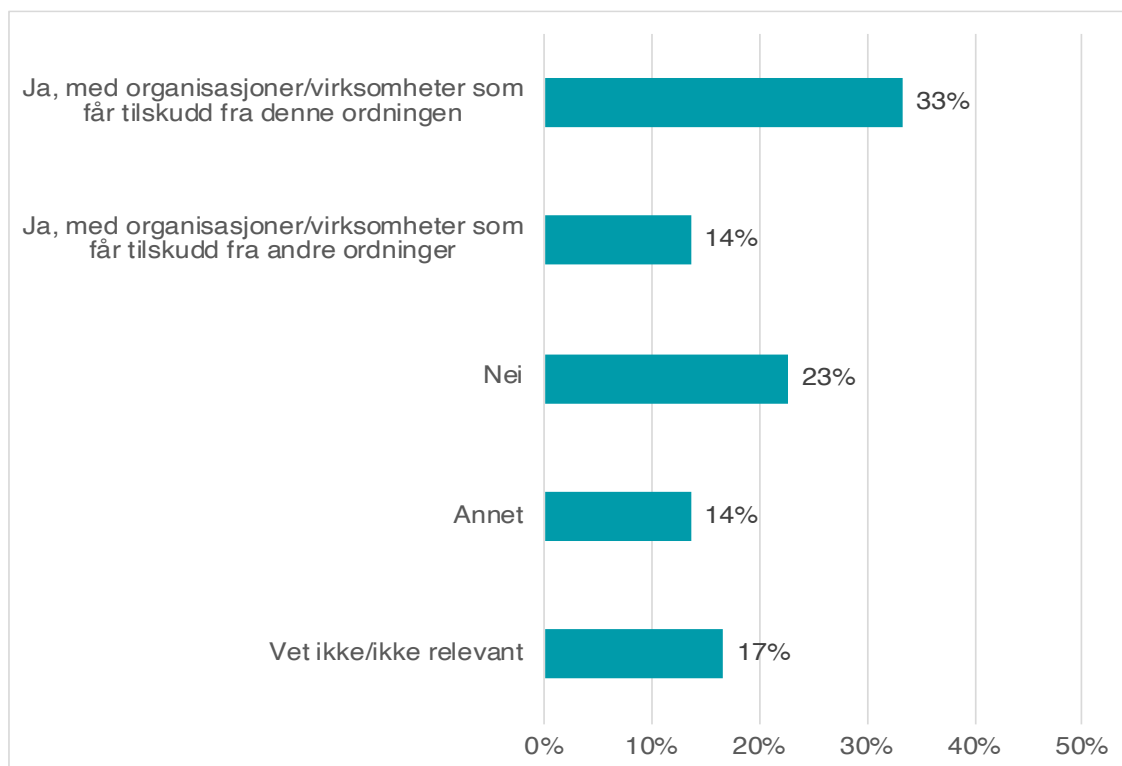
Ved innføringen av dagens tilskuddsordning til hiv/soi ble det etablert en mulighet for å få treårig driftsstøtte. Hensikten er å gi langsiktighet og stimulere til samarbeid. Innføringen av den treårige driftsstøtten fremstår som en forbedring, og mottakerne opplever at støtten gir en langsiktighet, særlig i kombinasjon med innføringen av kravet om samarbeid mellom organisasjonene. Enkelte informanter mener dessuten at strategiplanen «Snakk om det!» har før til mer samarbeid blant aktørene på feltet.

På tilskuddsordningen for seksuell helse oppfordres det til samarbeid mellom aktørene, og Helsedirektoratet har hatt som mål å øke dette samarbeidet. Det har for eksempel vært et mål å skape interkommunale samarbeidsflater, og å prøve å få kommunene til å tenke bredere enn egen krets. Direktoratet mener det er lite hensiktsmessig å gi tilskuddsmidler til lokale, kommunale prosjekter.

Et eksempel fra 2020 viser at fem søkere, etter å ha levert lignende søknader hver for seg ble oppfordret til å samarbeide om et felles prosjekt. Målet med dette var å skape synergier og unngå overlapp. En av disse søkerne forteller i et intervju at de fikk beskjed fra Helsedirektoratet om at det ikke var penger til alle, og at sjansen for å få innvilget tilskuddsmidler ville øke hvis de samarbeidet med andre i et paraplyprosjekt. De måtte altså velge mellom en usikker vei alene, eller tilgang på tilskuddsmidler ved å samarbeide med andre kjente og ukjente aktører. Aktørene valgte å gå sammen i et samarbeid, og fikk tildelt tilskuddsmidler. Samarbeidet ansees som positivt ettersom det førte til innvilgede tilskuddsmidler, samt at aktørene kan lære av hverandre underveis i prosjektet. Likevel forteller en av samarbeidspartene at de opplever at deres unike perspektiv har forsvunnet litt i det nye prosjektet og at de ikke har fått mulighet til å jobbe direkte mot den målgruppen de opprinnelig ønsket å treffe.

I spørreundersøkelsen ble tilskuddsmottakerne spurt om de samarbeider med andre organisasjoner/virksomheter som får midler fra Helsedirektoratet. Figur 2.5 viser at en tredjedel samarbeider med organisasjoner/virksomheter som får midler fra Helsedirektoratet, mens omtrent en av ti samarbeider med noen som har fått midler over andre ordninger. Av de som har fått midler på tilskuddsordningen for hiv og soi svarer imidlertid alle at de har samarbeidet med organisasjoner som har fått tilskudd på denne eller andre tilskuddsordninger. For seksuell helse-ordningen er det 30 prosent som svarer at de samarbeider med andre på samme ordning, mens 11 prosent svarer at de samarbeider med mottakere av tilskudd på andre ordninger.

Figur 2.5: Samarbeider dere med andre organisasjoner/virksomheter som får midler fra Helsedirektoratet? (N=66)



I intervjuene fant vi også at det er mye samarbeid på tilskuddsordningen hiv og soi, men at flere peker på lite samarbeid mellom organisasjonene på tilskuddsordningen seksuell helse.

Videre er det tydelig at flere av organisasjonene har et godt samarbeid med det offentlige, særlig i tilfeller hvor organisasjonene supplerer de offentlige tjenestene. Flere organisasjoner trekker frem at de kan treffe noen av de mest sårbare i samfunnet som de offentlige tjenestene kan ha utfordringer med å nå. Dette kan for eksempel være personer med innvandrerbakgrunn som på grunn av språkbarrierer eller manglende kunnskap om offentlige tjenester ikke vet hvor de skal henvende seg, eller andre minoriteter som tidligere har hatt dårlige erfaringer i møte med det offentlige. I slike tilfeller kan organisasjoner fungere som et viktig supplement til offentlige tjenester i oppgaver det offentlige ikke kan fullbyrde alene.

Blant tilskuddsmottakerne er det litt ulike erfaringer med samarbeid med andre mottakere. Flere av informantene forteller at de er fornøyde med samarbeidet. Ofte har aktørene det samme teoretiske og metodiske utgangspunktet, og det fremheves som positivt at man i samarbeid med andre opparbeider seg bred kunnskap og erfaring fra feltet, og at det er lettere å nå målgruppene når man står flere sammen. Det vises også til at det er nyttig å kjenne til hva andre aktører holder på med fordi man da unngår å bruke tid og penger på å utvikle noe som allerede eksisterer eller er under planlegging. Noen peker på at godt samarbeid krever tid, noe som kan være en utfordring for mange. Andre har erfart at ved å inngå samarbeid med andre måtte de gi slipp på noe av helheten i eget prosjekt. En tilskuddsmottaker på seksuell helse-ordningen sier følgende:

*Vi hadde opprinnelig veldig fokus på skeiv aldring, egentlig hadde vi to deler med sluttmaal om å skape bedre seksuell helse og forebygge sosial isolering. [...] De tingene vi er redde for at blir borte hvis ting slås sammen. At vårt unike fokus blir borte. Vi tenker at dette er det vi kan bidra med, men så blir man tvunget inn i*

*samarbeid med andre. Så blir det perspektivet presset ut. Det er en bekymring hos oss.*

På hiv-feltet er det mye samarbeid, men det er også flere som har erfart at samarbeid er utfordrende. Noen mindre aktører mener at de store, etablerte organisasjonene ikke alltid er interessert i samarbeid. Enkelte uttrykker et ønske om samarbeid, men har opplevd at det er vanskelig å få til på grunn av hard konkurranse om midlene. Det er for øvrig flere som forteller at samarbeidsklimaet på hiv-feltet er bedret, og at det tidligere var mer konkurranse og uenigheter mellom organisasjonene.

Enkelte av tilskuddsmottakerne uttrykker i åpne kommentarer i spørreundersøkelsen at de ønsker at Helsedirektoratet setter strengere krav til samarbeid, og at dette baseres på faglige krav. Kravene bør bidra til at man unngår at samarbeidspartnere iverksetter konkurrerende tiltak. Hovedmottaker av tilskuddet bør ha mulighet til å legge faglige krav til grunn for aktiviteter og tiltak overfor samarbeidspartnere.

Flere aktører trekker for øvrig frem SRHR-nettverket som en god samarbeidsarena. Nettverket favner vidt, og blant annet ulike interesseorganisasjoner og kommunale instanser som helsestasjoner for ungdom. Flere peker også på at de gjennom dette nettverket, ved at Helsedirektoratet var invitert inn på et fagseminar, fikk konkrete tips og råd til hvordan skrive gode tilskuddssøknader.

## 2.7 Oppsummering og vurdering

Vi ser at aktørene på feltet i stor grad er fornøyde med strategiplanen «Snakk om det!» og det er generell enighet blant våre informanter om at denne strategien er bedre enn tidligere strategier og handlingsplaner på feltet. Likevel er det en del som mener det fortsatt finnes et forbedringspotensiale, for eksempel at det kan fokuseres enda mer på seksualitet som ressurs. Vi finner også til dels motstridende synspunkter på deler av strategien. Enkelte mener for eksempel at strategien burde fokusert på ulike minoriteter i enda større grad, mens andre mener at minoritetene har fått for mye oppmerksomhet og at heterofile og cis-personer uten minoritetstilhørighet nærmest har blitt «glemt». Slike uenigheter kommer i stor grad an på hvilke informanter vi har snakket med og hvilke områder de arbeider med. Ofte ønsker man et større fokus på det man selv jobber med og er engasjert i.

Alle tilskuddsmottakerne vi har intervjuet bruker strategien i sitt arbeid i større eller mindre grad. Enkelte bruker strategien aktivt til å gjøre prioriteringer og retningsvalg for arbeidet i organisasjonen, mens andre kun bruker den som grunnlag for å søke på tilskuddsordningene. Det er delte meninger om hvorvidt strategiplanen har gjort det lettere å søke tilskuddsmidler på dette feltet. På den ene siden kan en felles, bred strategi gi grunnlag for flere typer prosjekter og målgrupper. Samtidig mener flere at strategiplanen er så bred og vag at det er vanskelig å vite om man «treffer» målene i en tilskuddssøknad. Vi vurderer at når tilskuddsordningen har samme mål som strategiplanen blir målene så generelle og omfangsrike at det blir krevende å vurdere måloppnåelsen på de enkelte prosjektene. Vi har ikke gjort en egen vurdering av strategiplanen som sådan, men etter vår oppfatning kan en bred strategiplan være et godt utgangspunkt for å velge hvilke områder som bør prioriteres i tilskuddsordningene. Vi mener det er utfordrende at målene for tilskuddsordningen er like brede som strategiplanen. Dette omtales nærmere i kapittel 4 og 6.

På tilskuddsordningen for seksuell helse er det et bredt spekter av mottakere. Midlene er også relativt jevnt fordelt mellom mottakerne, men enkelte organisasjoner får betraktelig mer enn andre. Dette er store organisasjoner som særlig jobber opp mot tjeneste- og systemnivå, for eksempel i form av å tilby undervisning eller drifte

hjemmesider og chat-funksjoner. På tilskuddsordningen for hiv og soi er det langt færre mottakere. Flere av søkerne får bevilget midler på denne ordningen, og det er i større grad de samme som får midler fra år til år. Innretningen på denne ordningen innebærer at tre aktører får en stor del av midlene for tre år av gangen.

Aktivitetene det gis tilskudd til retter seg både mot individ- og tjenestenivå. På individnivå dreier det seg i stor grad om likepersonstiltak og ulike informasjons- og veilednings-tjenester for enkeltbrukere. Tiltak på tjenestenivå omfatter særlig ulike kompetansehevingstiltak, kurs og/eller undervisningsmaterieill for ulike tjenesteytere og studenter. Disse retter seg særlig mot helse- og omsorgstjenestene, men omfatter også for eksempel lærere og barnehageansatte eller ansatte på asylmottak. Det er en viss forskjell mellom de to ordningene når det kommer til hvilket nivå de fleste aktivitetene retter seg mot. Hiv/soi-ordningen gir i større grad støtte til individrettede tiltak, mens seksuell helse-ordningen i større grad støtter tiltak rettet mot tjenestenivået.

I både intervjuene og spørreundersøkelsen får vi inntrykk av at tilskuddsmottakerne er svært avhengige av tilskuddsmidlene de får. Hele en av tre mottakere har ikke andre inntekter enn tilskuddsordningene, og hele 93 prosent sier at uten tilskuddene ville aktivitetene de søkte om tilskudd til ikke blitt gjennomført (64 prosent) eller gjennomført i redusert omfang (29 prosent). I intervjuer med aktører som har fått avslag på tilskuddssøknader, kommer det tydelig frem at avslag i svært mange tilfeller fører til at aktivitetene ikke gjennomføres.

Selv om tilskuddsordningene bidrar til et stort mangfold av aktiviteter, mener flere eksperter at det fortsatt er et stort fokus på reproduktiv helse, uønskede svangerskap og forebygging mot hiv i arbeidet som gjøres på feltet. Det er også en oppfatning blant noen av tilskuddsmottakerne at det er for stort fokus på dette i strategiplanen og at det også har konsekvenser for hvilke aktiviteter som får midler gjennom tilskuddsordningene. Helsedirektoratet forteller også at de ønsker større grad av fornyelse på feltet. Dette gjelder særlig på seksuell helse-ordningen der de mener det er behov for å løfte fokuset fra individ- til tjenestenivå i enda større grad. De etterspør også flere nye aktører som vil jobbe med hiv og soi.

Helsedirektoratet har også ønsket å øke graden av samarbeid, og omorganiserte derfor hiv/soi-ordningen i 2015 slik at det nå er et krav om samarbeid for å motta tilskudd. Vi finner at dette har hatt en effekt og har ført til en høy grad av samarbeid på hiv-feltet. Det er per nå ikke noe tilsvarende krav i seksuell helse-ordningen, men her har Helsedirektoratet ved flere anledninger tatt kontakt med søkere som har levert lignende søknader og oppfordret dem til å gå sammen i samarbeidsprosjekter. Dette kan ha både positive og negative konsekvenser. På den ene siden åpner samarbeid for gjensidig læring, men på den annen side kan det å gå sammen i samarbeidsprosjekter føre til å enkelte unike perspektiver forsvinner. Dette kan særlig være en risiko for organisasjoner som jobber opp mot mindre målgrupper eller minoriteter. I slike tilfeller er det viktig at deres fokus ikke blir borte i større samarbeidsprosjekter.

Til tross for Helsedirektoratets ønske om mer samarbeid, finner vi likevel at det er lite samarbeid mellom aktørene innad i seksuell helse-ordningen. Selv om flere har god erfaring med samarbeid, forteller andre noen av de mindre organisasjonene om utfordringer og at særlig de store, veletablerte organisasjonene ikke alltid er interessert i samarbeid.

Vi vurderer det slik at tilskuddsordningene bidrar med midler til et mangfold av aktører og aktiviteter – særlig gjelder det seksuell helse-ordningen. Det fremkommer også at tilskuddsordningene muliggjør mye av aktiviteten på feltet, og at uten tilskudd ville mange av aktivitetene ikke blitt gjennomført. Samtidig ser vi at seksuell helse-ordningen har

svært vide mål, og at det fører til at aktivitetene blir «smurt tynt utover» og at innsatsen på noen av områdene ordningen skal dekke kan bli lite helhetlig.

Vi har ikke gjort en vurdering av hvordan aktivitetene fordeler seg geografisk, men mange av organisasjonene holder til i de store byene, og det varierer om de også har lokallag som jobber med disse tiltakene. Samtidig er det også en høyere andel fra flere av de prioriterte målgruppene som bor i de større byene. Det gjelder for eksempel seksuelle minoriteter og personer med migrantbakgrunn. Når det gjelder kommuner som har fått støtte har ikke disse kommunene noen bestemt geografisk profil.

I gjennomgangen av hvem som har mottatt tilskudd gjennom de to ordningene, ser vi at enkelte organisasjoner og tiltak har etablert seg godt på feltet og får støtte fra år til år. Dette gjelder særlig på hiv/soi-ordningen. Dette kan være positivt, ettersom man dermed viderefører støtte til aktører og aktiviteter som man vet fungerer godt og har gode erfaringer med. Imidlertid kan det også gjøre det utfordrende for andre eller nye aktører å komme til. I verste fall kan det hindre nye aktører i å søke på ordningene. Vi vurderer dette som lite heldig, med tanke på tilskuddsordningens måloppnåelse. Nye aktører kan ha andre interessante perspektiver og løsninger som i verste fall ikke fanges opp. Som vi har sett forteller enkelte tilskuddssøkere at det er vanskelig å vite om man «treffer» målene med ordningene og/eller Helsedirektoratets prioriteringer. Dersom Helsedirektoratet ønsker at nye/andre aktører skal søke eller at organisasjonene skal tenke mer innovativt når det kommer til tiltak, kan dette kommuniseres tydeligere ut til potensielle søkere, for eksempel gjennom tilskuddsordningens prioriteringer og målformuleringer.

## 3 Forvaltning av tilskuddsordningene

Forvaltningen av tilskuddsordningene handler om hvordan Helsedirektoratet «drifter» ordningene. Gjennom forvaltningen av ordningene skal direktoratet sikre at potensielle mottakere får god informasjon om tilskuddene og kriteriene for å få tilskudd, at riktig tilskudd tildeles i tråd med mål og tildelingskriterier og at utforming av søknad og krav til rapportering er meningsfull og gir hensiktsmessig informasjon om måloppnåelse.

I dette kapitlet redegjør vi for tilskuddsmottakernes erfaringer med og synspunkter på forvaltningen av ordningene.

### 3.1.1 Informasjon i søknadsprosessen

I intervjuene med tilskuddsmottakerne uttrykker de fleste at de har god kontakt med Helsedirektoratet, at ansatte i direktoratet er tilgjengelige og at de får svar når de tar kontakt og rask hjelp ved behov. Mange sier at de i direkte dialog alltid har fått god og relevant informasjon. Flere større aktører oppfatter Helsedirektoratet som lydhøre og positive og forteller at de stiller opp i møter for å informere hvis de blir invitert.

Noen forteller også at de har fått tilbakemeldinger på hvordan de kan endre mindre ting som formuleringer i søknaden for å øke sjansen for å få midler. Mindre aktører fremhever dette som positivt. De opplever at større organisasjoner ofte er langt mer drevne i å skrive søknader. De har ansatte som kan fokusere på dette, mens de mindre organisasjonene ofte har mindre kompetanse på hva som skal til for å skrive en god søknad. En mindre tilskuddsmottaker på seksuell helse-ordningen sier følgende:

*Det krever kompetanse å skrive søknader – det er nesten et eget språk. Man må forstå hvordan man skal tilnærme seg det. Vi er en ungdomsorganisasjon og styret vårt består av unge folk. 17-åringer har ikke erfaring på dette. Mange små organisasjoner har ikke kapasiteten til å gjøre det. Er så mye annet å jobbe med. Må få hodet over vannet. Er en terskel der.*

Enkelte ønsker seg mer informasjon og opplæring i hva som skal til for å skrive en god søknad. Også i Nasjonalt SRHR-nettverks evaluering etterlyses det tips og veiledning til hvordan man kan skrive søknader. Vi finner dessuten at flere av tilskuddsmottakerne ønsker at det går tydeligere frem hva myndighetene ønsker at tilskuddsordningen skal bidra til.

Videre uttrykkes et ønske om at Helsedirektoratet i større grad bidrar med generell informasjon til aktuelle søkere om når søknadsfristen vil foreligge, samt om eventuelle endringer i regelverk og søknadsskjema. Det vises for eksempel til at for søknadsåret 2020 ble det gjort store endringer i søknadsskjemaet for ordningen, uten at tidligere tilskuddsmottakere fikk informasjon om dette, og at dette gjorde det vanskelig for organisasjonene å planlegge søknadsarbeidet.<sup>6</sup> Det er et ønske om at Helsedirektoratet kan gi informasjon om endringer på mail til tidligere søkere.

Det blir også påpekt at det ved en anledning var igjen penger i potten på seksuell helse-ordningen, men at det ble gitt lite informasjon om dette til søkere som kunne være relevante. Informantene mener at mer informasjon kunne vært nyttig for å motivere feltet til å komme med gode prosjektsøknader.

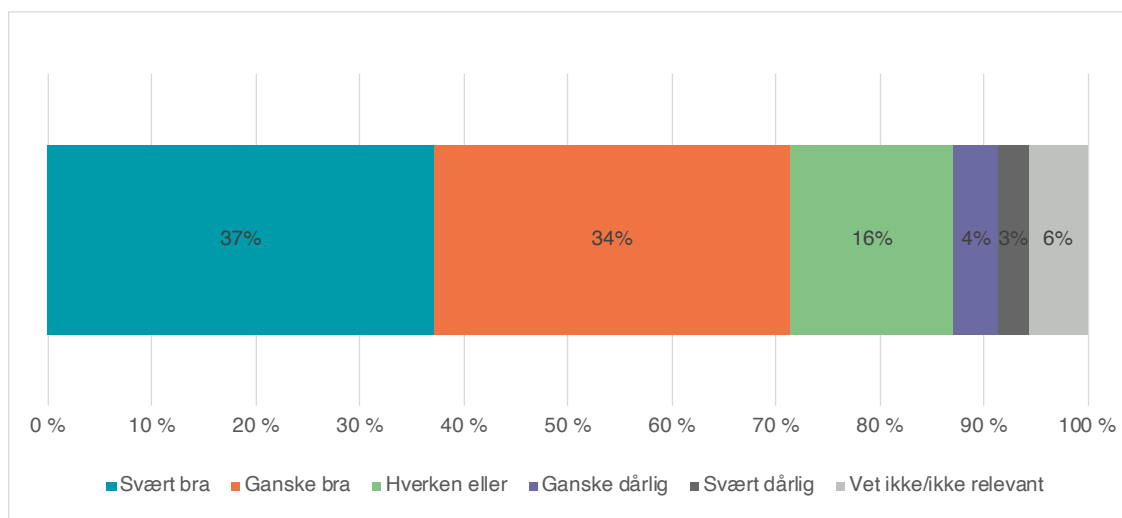
Spørreundersøkelsen viser også at en høy andel av mottakerne vurderer informasjonen de har fått om tilskuddsordningene og mulighetene for egen organisasjon til å søke som

---

<sup>6</sup> Helsedirektoratet opplyser at dette ble gjort etter innspill fra enkelte søkere, og at det ble opplyst om dette i kunngjøringen.

bra. 71 prosent av respondentene svarer ganske eller svært bra på dette spørsmålet. Det er 7 prosent som svarer ganske eller svært dårlig. Svar fordelingen er vist i figur 3.1.

Figur 3.1: Hvordan vurderer du informasjonen du fikk i/om tilskuddsordning(e) og mulighetene for din organisasjon/virksomhet til å søke? (N=70)



### Erfaringer hos de som har fått avslag

Noen av de vi har intervjuet som har fått avslag synes de har fått gode begrunnelser for avslaget, som for eksempel at prosjektet deres har hatt for lite nedslagsfelt. Andre synes kriteriene for vurdering av søknadene har vært utydelige, og ønsker seg mer begrunnede og utfyllende avslag. De påpeker at det vil kunne bidra til at de kan skrive bedre søknader i neste omgang.

*I avslaget ble det skrevet at det (prosjektet) ikke i tilstrekkelig grad bidrar til å nå målene i 2020. Det synes jeg er rart for målgruppen er prioritert.*

Flere forteller at de selv har tatt kontakt for å få en begrunnelse og gjerne skulle hatt en mer detaljert tilbakemelding på årsaken til avslag på søknaden de sendte.

### 3.1.2 Søknadsprosess

Både i intervjuer og i åpne kommentarer i spørreundersøkelsen er det flere som forteller at de opplever søknadsskjemaet for seksuell helse-ordningen som tidkrevende og tungvint å fylle ut. Noen synes søknaden er for teknisk og gir lite rom for å vise behov for nye satsinger. Andre påpeker at kravene om dokumentert metode og litteratur gjør det vanskelig å fylle ut søknaden.

Det er et stort ønske om at søknadsfristen kunne vært tidligere enn januar slik at mottakerne hadde mer forutsigbarhet. Når midlene ikke mottas før i april/mai blir gjennomføringen av aktivitetene intensiv, mens det i mange tilfeller kunne vært mer hensiktsmessig å spre aktivitetene utover hele året. Mange mottakere må gjennomføre ansettelse i forbindelse med aktivitetene, og dette gjør behovet for mer forutsigbarhet enda større. Noen mener det hadde vært en fordel med to søknadsfrister, en i januar og en i juni. En del mottakere søker om videreføring av pågående prosjekter. Det vil være lettere å planlegge slike prosjekter dersom avgjørelsen om tildeling hadde kommet tidligere.

Direktoratet har gjort endringer når det gjelder søknadsprosess og rapportering i Altinn. Både i intervjuene og i spørreundersøkelsen er det flere som påpeker at Altinn-skjemaet er firkantet og at prosjektet ikke nødvendigvis passer inn i den malen. I Altinn er det ingen

forskjell om du søker om syv millioner eller 350 000 kroner til et prosjekt. En søker som synes skjemaet er lite egnet sier følgende:

*Følte litt at jeg satt og knekka ut målsetninger og kriterier for måloppnåelse som var selvsagte, bare fordi det skulle stå noe der. Ikke sikker på om det blir lest en gang. Mer rituelt, enn at det hadde en funksjon.*

Andre synes skjemaet i Altinn er en utvikling i riktig retning og at søknadsskjemaet har blitt mer spisset, men at det fortsatt kan gjøres enda mer målrettet. Noen opplever at søknadsprosessen har blitt vanskeligere. I 2020 kom det for eksempel inn et spørsmål knyttet til kunnskapsgrunnlag for metodikken som skal brukes og at prosjektet det søkes midler til må være evidensbasert. En aktør mener slike endringer favoriserer større og mer profesjonelle organisasjoner, og at terskelen for å søke tilskudd for dem har blitt høyere. Mange av tilskuddsmottakerne forteller dessuten om stort tidspress. En tilskuddsmottaker forteller:

*Fra utlysning til opprinnelig søknadsfrist gikk det kun én måned. På den måneden skal man da skrive en velbegrunnet og kunnskapsbasert prosjektsøknad, gjerne i samarbeid med flere aktører. Hvem har kunnskap nok til å skrive, og hvem har kunnskap om hva som skal skrives?*

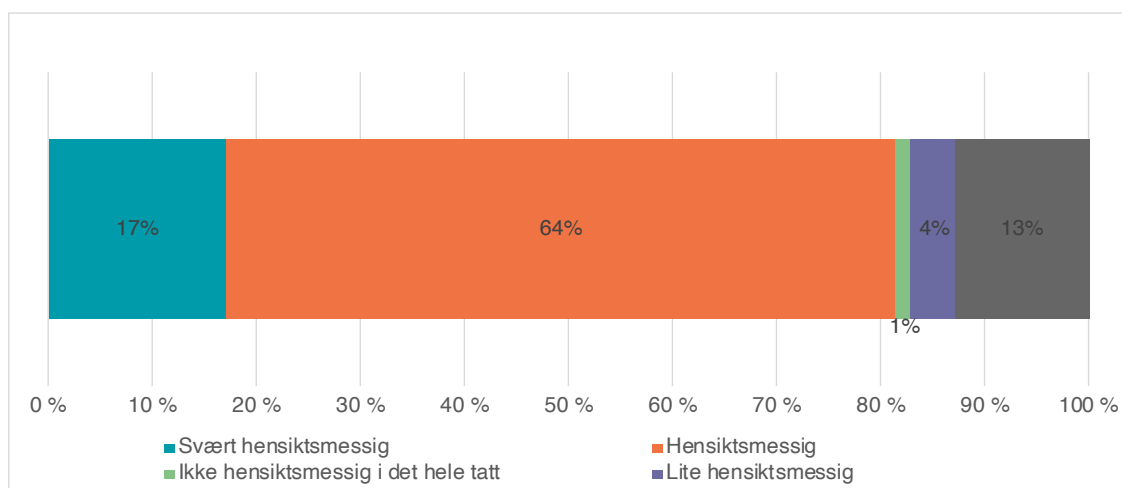
### 3.1.3 Tilskuddsordningenes rapporteringskrav

Tilskuddsmottakerne har gjennomgående få innvendinger til tilskuddsordningenes rapporteringskrav. Kravene oppleves overkommelige, og flertallet beskriver det som positivt at det stilles krav til rapportering på prosjektene. Mottakerne forteller at de bruker mye tid på søknadsskriving og rapportering, men at dette oppleves som en viktig og nødvendig del av arbeidet. Enkelte mener at det med fordel kunne vært stilt høyere krav til organisasjonene som mottar midler og leverer tjenester. Det trekkes frem som positivt at rapporteringskravene tilknyttet måloppnåelse fra 2020 er mer detaljerte, da organisasjonene uten tydelige rapporteringskrav i verste fall kan gi løfter de ikke innfrir i søknadene. Noen opplever det som frustrerende at søkerne i slike tilfeller kan levere samme søknad flere år på rad, og få bevilget penger, uten å måtte vise til konkrete resultater.

På spørsmål i spørreundersøkelsen om hvordan de vurderer rapporteringskravene er det 65 prosent som svarer at disse er hensiktsmessige. 16 prosent svarer svært hensiktsmessig. Det er bare fem prosent som svarer at er lite eller ikke hensiktsmessige (se figur 3.2). Vi finner at det er liten forskjell i svarfordelingen for de to ordningene.



Figur 3.2: Hvordan vurderer du rapporteringskravene med hensyn til krav om innhold og form? (N=70)



Enkelte opplever noen av rapporteringskravene som for stringente og forhåndsdefinerte, ettersom de opplever behov for å beskrive prosjektene sine og eventuell måloppnåelse mer i detalj. Det trekkes for eksempel frem at det er krevende å skulle beskrive prosjektene i Altinn med bare 500 ord, uten vedlegg:

*Jeg skjønner at kriteriene på rapportering er der og at man må være konkret, men noen ganger vil de kriteriene vi må rapportere på være lite viktige. De kan gi et misvisende bilde, eller vi får ikke dokumentert det vi mener er det viktige. Vanskelig å vite om man har forklart prosjektet og resultatene godt nok. Bra at det er kortet ned, men det kan være vanskelig.*

En utfordring som trekkes frem av informantene er at det er krevende å skulle rapportere godt på mange av prosjektene fordi de er preget av kvalitative forhold, som er vanskelige å måle og tallfeste. Det oppleves utfordrende å dokumentere måloppnåelse av prosjektene. Flere informanter påpeker også at det er vanskelig å dokumentere virkning og treffsikkerhet når tiltakene skal virke forebyggende eller at arbeidet på feltet er av langsiktig karakter. Noen ønsker seg mer veiledning i å finne gode kriterier for måloppnåelse.

For noen er kravene om forsknings-/evidensbaserte aktiviteter utfordrende dersom det er lite forskning på feltet de jobber på. Flere opplever at de har prosjekter som faller litt utenfor kriteriene for mål- og resultatoppnåelse. Noen er kritiske til at de måles på kvantitative mål som ikke viser betydningen av den jobben de gjør. En aktør forteller for eksempel at de har et åpent tilbud til personer som ikke har reell tilgang til andre helsetjenester på feltet. De mener det er feil at de bare skal måles på antall personer som oppsøker dem, det må også må ha betydning at de når mennesker som ellers er vanskelig å nå og at det at helsetilbudet er åpent har en verdi i seg selv.

Andre mener at Helsedirektoratet burde sette strengere faglige krav til tilskuddsordningen, slik at man blir tydeligere utfordret på at tildelte midler blir benyttet i henhold til de målsettingene som er satt i strategiplanen.

Noen av informantene forteller at organisasjonen fører statistikk over egne aktiviteter, og at de selv har bedre krav til måloppnåelse enn det Helsedirektoratet har.

### 3.1.4 Samarbeid med Helsedirektoratet

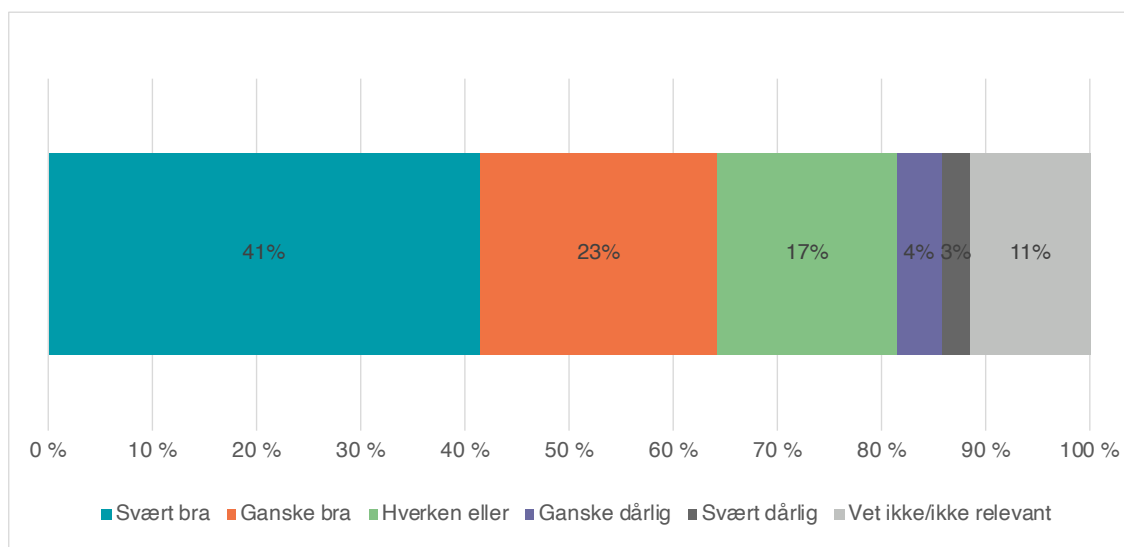
Tilskuddsmottakernes opplevelse av kontakten med Helsedirektoratet varierer, delvis avhengig av tilskuddsordningen og størrelsen på organisasjonen.

Flere av tilskuddsmottakerne forteller at de har mye kontakt med kontaktpersonene for ordningene, og at Helsedirektoratet også tar kontakt med dem for å få faglige innspill. Helsedirektoratet forteller at de bruker enkelte aktører som for eksempel Sex og samfunn aktivt for å få informasjon og kunnskap. Helsedirektoratet arrangerer møter med store organisasjoner som gjerne mottar støtte til flere prosjekter og/eller over flere år, og inviterer dem til egne arrangementer. Flere har vært med i ulike referansegrupper som direktoratet har opprettet. Med mindre organisasjoner er det lite samarbeid utover at de får tilskudd.

På begge ordningene opplever de store organisasjonene kontakten som bedre enn de små. Flere større aktører forteller at de har søkt midler i mange år, at dette er et lite felt hvor mange medarbeidere i sentrale posisjoner tidligere har arbeidet i organisasjoner på feltet og at de derfor har veldig god kontakt med medarbeidere i Helsedirektoratet. De mindre organisasjonene forteller at de har hatt lite kontakt, og ønsker at Helsedirektoratet var lettere å ta kontakt med og i større grad kunne gi veiledning og hjelp for å vurdere om det de tenker er i tråd med målene for ordningene.

De fleste som har svart på spørsmål om oppfølging og samarbeid med Helsedirektoratet i søknadsprosessen oppfatter dette som bra. 41 prosent svarer svært bra, og 23 prosent svarer ganske bra. 17 prosent svarer hverken eller og 10 prosent svarer vet ikke. Syv prosent synes samarbeid og oppfølging er dårlig. Svarfordelingen er vist i figur 3.3.

Figur 3.3: Hvordan vurderer du oppfølging og samarbeid med Hdir i søknadsprosessen? (N=70)



På spørsmålene i spørreundersøkelsen om informasjon og oppfølging er mottakerne av tilskudd på hiv-ordningen noe mer positive enn mottakerne på seksuell helse-ordningen. Blant mottakerne på hiv-ordningen er det nærmere 80 prosent som svarer at informasjonen er ganske eller svært bra, mens på seksuell helse-ordningen er det litt over 70 prosent som svarer dette. På spørsmål om oppfølging og samarbeid er det over 80 prosent på hiv-ordningen som svarer at dette er ganske eller svært bra, mens dette gjelder i underkant av 70 prosent på seksuell helse-ordningen. Disse forskjellene kan ha sammenheng med at det er flere som har fått midler over tid på hiv-ordningen. Vi ser også at de som har fått midler på begge ordningene er mest positive. Samtidig er det få respondenter som har fått midler på hiv-ordningen slik at det kan også være tilfeldige utslag.

I intervjuene har vi erfart at de mindre organisasjonene på tilskuddsordningen hiv og soi til dels opplever kontakten som dårligere enn tilsvarende tilskuddsmottakere på seksuell helse. Enkelte trekker frem omleggingen av tilskuddsordningen i 2015, og det faktum at

det nå er mindre dialog, og større grad av skriftlig kommunikasjon med direktoratet. Dette bekreftes av Helsedirektoratet.

Det er også flere som opplever det som mer krevende å søke om midler på tilskuddsordningen hiv og soi etter omstruktureringen til samarbeidskonstellasjoner, og en tilskuddsmottaker på ordningen seksuell helse forteller at de aldri har klart å få innvilget støtte gjennom tilskuddsordningen hiv og soi. Flere av organisasjonene på feltet uttrykker at de tror dette kan henge sammen med en generelt lavere interesse for feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, enn feltet seksuell helse i stort.

Evalueringen fra SRHR-nettverket mener det er behov for mer åpenhet rundt prosjektene som får midler. Det er også flere av våre informanter som etterlyser dette. Helsedirektoratet publiserer en oversikt over hvem som tidligere har fått midler sammen med kunngjøringen av tilskuddsmidlene. Flere av informantene forteller at de bruker denne oversikten for å få informasjon om hva som tidligere har blitt prioritert. Oversikten inneholder informasjon om søkers navn, prosjektittel og innvilget beløp, men gir ikke informasjon om prosjektene utover dette. Flere ønsker seg mer utfyllende informasjon samt opplysninger om hvordan prosjektene er evaluert.

*Den enkelte aktør får ikke info om hva andre driver med. Hadde vært fint med en sluttevaluering på tiltaks- og prosjektnivå.*

Noen av informantene påpeker at dette ville være nyttig i læringsøyemed. Det er først og fremst mindre aktører som ikke har lang erfaring med å søke disse tilskuddsmidlene som fremholder dette. De påpeker at det kunne vært nyttig å få informasjon om både hva som er oppnådd og hva som ikke har fungert. Dette kunne også bidratt til å hindre overlapp mellom prosjekter og å stimulere til samarbeid. Større aktører som har fått midler gjennom mange år uttrykker mindre interesse for slik informasjon.

## 3.2 Hvor godt treffer ordningene utfordringene på feltet?

I spørreundersøkelsen kommer det frem at de fleste respondentene mener tilskuddsordningene treffer utfordringene på feltet. Totalt sett mener 19 prosent at ordningene treffer i svært stor grad, mens 69 prosent svarer at de gjør det i stor grad. Ni prosent svarer hverken eller og 3 prosent mener ordningene møter utfordringene i liten grad. Blant mottakerne på hiv-ordningen mener alle at tilskuddsordningen i stor grad møter utfordringene som finnes på området seksuell helse.

Dette bekreftes også til en viss grad i intervjuene. Flere mener at de overordnede målene med tilskuddsordningene i stor grad svarer til utfordringene i samfunnet, og at ordningene bidrar til viktige aktiviteter for å fremme seksuell helse. Likevel påpeker flere at de faktiske tildelingene til en viss grad forskyver midlene på en måte som gjør at enkelte temaer og målgrupper faller litt utenfor. Her er informantene ofte litt uenige i hva som trenger mer fokus, og dette samsvarer ofte med hvilke områder og målgrupper de selv jobber med.

Noen mener at det, til tross for det brede fokuset i «Snakk om det!» og tilskuddsordningen seksuell helse, fortsatt er et for stort fokus på seksuelt overførbare infeksjoner og uønskede svangerskap. Det trekkes frem at temaer som hvordan man kan utvikle sunne seksuelle relasjoner med andre, samliv, identitet, tennings- og lystproblematikk og grenseoverskridelse i liten grad får fokus. Det samme gjelder hvordan andre utfordringer i livet, som familiekonflikter, skilsmisse og mental uhelse kan påvirke seksuell helse – og omvendt.

Flere kommunale aktører opplever at det har blitt vanskeligere for dem å tilby gode tjenester knyttet til seksuell helse etter at tildelingskriteriene på seksuell helse-ordningen ble endret og midlene ble mindre tilgjengelige for kommunene. Det påpekes også at det er flere grupper som ikke dekkes godt nok gjennom tilskuddsordningene og prosjektene som får tilskudd. Her trekkes særlig etniske minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn frem. Disse er ofte vanskelige å nå og mange har behov for kunnskap og informasjon om seksuell helse. Det trekkes også frem at temaer som negativ sosial kontroll og skam er tett knyttet til seksuell helse, og bør få et større fokus.

En av ekspertinformantene peker på at dette er et uttrykk for en «silo-tankegang» der seksuell helse og for eksempel psykisk helse sees som separate temaer. På den ene siden er dette en utfordring fordi seksuell helse er tett sammenflettet med både generell fysisk og psykisk helse, livssituasjon og relasjoner til andre. Mange av disse sammenhengene kan gå tapt dersom tilskuddsordningen har et for snevert syn på seksuell helse. På den andre siden blir feltet svært bredt og omfattende dersom man skal inkludere alle områdene som kan påvirke eller påvirkes av seksuell helse. Å dekke et så bredt felt kan være utfordrende for én tilskuddsordning.

Når det gjelder hiv-ordningen, mener enkelte av ekspertene at hivs særposisjon og aktivitetene på feltet til en viss grad er utdatert. De peker på at tilskuddsordningen og aktivitetene det gis midler til delvis baserer seg på hvordan situasjonen var for 10-20 år siden og ikke tar hensyn til de store endringene som har skjedd på dette feltet. Disse endringene gjelder særlig synkende smittetall og økt tilgang på medisiner og PrEP.

Blant tilskuddsmottakerne på hiv-ordningen er det stor enighet om at forebygging og behandling av hiv fortsatt er svært viktig, men også blant disse mottakerne peker noen på at det nå er andre seksuelt overførbare infeksjoner, med høyere smittetall, som trenger et større fokus. I tillegg nevner enkelte informanter at sammenhengen mellom rusbruk og hiv (bl.a. gjennom chemsex) bør prioriteres, samt ulike marginaliserte grupper som kan være særlig utsatt for hiv og andre soi-er. Noen av de som jobber på hiv-feltet er videre opptatt av at aktivitetene i større grad enn i dag må ta hensyn til at halvparten av de som er hivpositive er over 55 år, og at det er behov for mer kompetanse i helsetjenestene på hiv *kombinert* med aldersrelaterte utfordringer.

Til sist peker også enkelte av mottakerne på seksuell helse-ordningen og ekspertene på at tilskuddsordningene ikke er *tilstrekkelige* til å møte alle utfordringer på feltet. Dette krever både flere midler og mer langsiktig arbeid enn det tilskuddsordningene åpner for. Flere mener ordningene kan være nyttige for å sette i gang initiativer, eller å tilby tjenester som enda ikke tilbys på en god nok måte gjennom alminnelig tjenesteapparat. Men at dette må følges opp av mer langsiktig arbeid for å føre til nødvendige positive effekter på sikt.

### 3.3 Sammenslåing av ordningene?

Begge tilskuddsordningene skal følge opp strategien for seksuell helse, og det er til dels sammenfallende mål for ordningene. Disse forholdene gjør at en sammenslåing av ordningene er aktuelt å vurdere.

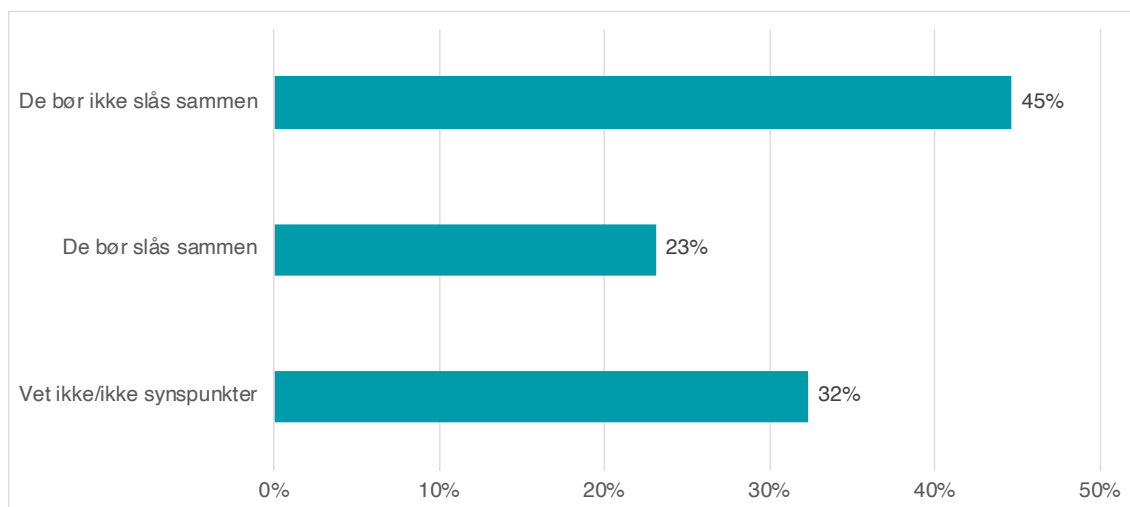
I den forrige evalueringen av hiv-ordningen (2018), konkluderte Oxford Research med at ordningen på daværende tidspunkt burde videreutvikles innenfor de eksisterende rammene – fremfor at ordningen ble fusjonert med tilskuddsordningen for seksuell helse. Det ble imidlertid tydeliggjort at det var et potensial for å se seksuell helse for øvrig og hiv og soi i sammenheng, i tråd med den gjeldende strategien på feltet.

Vi har i intervjuene spurt tilskuddsmottakerne og ekspertene om hva de mener om denne problemstillingen. Mange synes dette er vanskelig å ta stilling til fordi de ikke kjenner begge ordningene godt nok. Ekspertene hadde ikke sterke synspunkter på dette, men et flertall av informantene var positive til sammenslåing. I intervjuene var det særlig noen av mottakerne på hiv-ordningen som var skeptiske til en sammenslåing.

Dette var også et spørsmål i spørreundersøkelsen. Svarfordelingen er vist i figur 3.4. Vi ser at en ganske stor andel (31 prosent) svarer vet ikke/ikke synspunkter. 45 prosent svarer at de ikke bør slås sammen og 23 prosent svarer at de bør slås sammen. Mottakere på hiv-ordningen utgjør få respondenter. Blant disse mottakerne mener omtrent halvparten at de bør slås sammen. Mange av respondentene svarte også her at de først og fremst kjenner den ordningen de mottar midler gjennom, og syns derfor det er vanskelig å vurdere om ordningene bør slås sammen eller ikke. Det er særlig mottakere på seksuell helse-ordningen som svarer dette. Andelen som mener at de *ikke* bør slås sammen er omtrent den samme på begge ordningene.

De som argumenterer for å slå sammen ordningene viser til at begge ordningene handler om seksuell helse og at det er unaturlig å dele opp feltet i to ordninger. Disse informantene påpeker at å ha én ordning kan bidra til at ulike områder sees mer i sammenheng, og noen mener det kanskje kan bidra til å vri problemfokuset i hiv/soi-ordningen til å i større grad bli et ressursfokus. Det vil kunne bidra til et fokus på å fremme seksuell folkehelse, noe som også vil virke forebyggende på hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Figur 3.4: Synspunkter på om ordningene Seksuell helse og Forskrift om tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare sykdommer bør slås sammen, (N=65)



De som er positive til en sammenslåing påpeker også at en sammenslåing vil gjøre forvaltningen mer effektiv. Det vil være ett regelverk, ett skjema og én frist. Det legges vekt på at ved en sammenslåing er det nødvendig med tydelige prioriteringer slik at de ulike feltene fortsatt blir ivaretatt.

Argumentene mot å slå sammen ordningene handler mye om at en slik ordning vil få et svært bredt nedslagsfelt, og at de ulike målene kan bli «vannet ut». Det er en bekymring for at en sammenslåing kan føre til at noen målgrupper blir lavere prioritert enn tidligere.

Mottakerne på seksuell helse-ordningen er redd fokuset på å fremme mangfold og positive relasjoner til seg selv og egen kropp og seksualitet kan forsvinne i det de oppfatter som sykdomsfokuset i hiv-ordningen. Det påpekes at seksuell helseordningen tar for seg alt fra arbeid med barn og unge til kvinners reproduktive rettigheter og sexpositivisme. Dette er viktige temaer som fortsatt bør styrkes gjennom en egen

tilskuddsordning. Det understrekes at man ved en eventuell sammenslåing må sørge for å ivareta tilskuddsordningens fokus på å sikre god seksuell helse i hele befolkningen, gjennom hele livsløpet.

*Vi er særlig bekymret for at fokus på målgruppene 0-5 og 6-12 år, samt identitetsaspekter ved seksuell helse, kan bli nedprioritert ved en eventuell sammenslåing.*

*Min bekymring er at man ikke klarer å ha nok fokus på minoritetsgruppene. Seksuell helse – blir veldig fort kondomer og klamydia. Jeg er redd alt blir spist opp av soi.*

*Jeg blir redd for at kvinnehelse blir taperen. Når andre viktige helsespørsmål kommer opp mister man ofte det kjønns spesifikke fokuset på kvinnehelse, eks kunnskap om konsekvensene av svangerskap, overgangsalder... Alt i en pott; transseksuell helse, HIV. Helt klart at alle temaene er viktig. Dersom det skal bli kriging mellom at disse skal ha midler, hva blir det igjen i potten til kvinner da.*

Flere av informantene mener det er en risiko for at det blir mye krangling mellom mange gode formål, at det blir diskusjoner om hvem som er viktigst og mest undertrykt og at det er uheldig å overføre dette til å bli en kamp om midler i stedet for å gjøre det til politiske spørsmål.

Noen av tilskuddsmottakerne på hiv-feltet mener at det fortsatt er viktig at hiv har en egen tilskuddsordning fordi arbeidet på dette feltet skiller seg fra det mer generelle arbeidet for seksuell helse. De er bekymret for at ressursene til hiv-feltet skal bli mindre, og opplever at seksuell helse-ordningen er svært omfattende. Derfor er det en fordel med egen ordning.

Disse tilskuddsmottakerne argumenterer med at personer som lever med hiv og seksuelt overførbare infeksjoner er særlig sårbare og trenger et eget fokus samt midler som kan støtte opp om aktiviteter og organisasjoner som jobber på feltet. Det pekes på at det fortsatt er behov for å ivareta de som lever med hiv gjennom politisk arbeid og innats overfor myndighetene for å sikre denne pasientgruppen nødvendige rettigheter og tilgang til gode legemidler. Dette er et arbeid som ikke fanges opp av strategien for seksuell helse. Enkelte aktører påpeker at ivaretagelse av de som lever med hiv blir avgjørende i årene fremover ettersom disse er avhengig av daglige medisiner og mange vil i årene som kommer få økte utfordringer som følge av alder. Det vil være økt behov for samarbeid mellom infeksjonsmedisinere og andre behandlere. Det argumenteres også for at hiv-feltet bør ivaretas med en egen tilskuddsordning frem til 2030 fordi UNAIDS målsettinger på hiv-området går frem til det tidspunktet.

Andre påpeker at hivpositive har utfordringer som er knyttet til seksuell helse, og at ordningene derfor bør slås sammen:

*For eksempel etter at man får hiv får man problemer med å gå på date. Tør ikke si det, redd for å bli avvist. Det er også en del av seksuell helse, det å ikke tørre å ha sex, ikke tørre å være nær noen. Hvordan skal man forholde seg til dette. Så det kommer an på hvordan man forstår og snakker om seksuell helse. De to ordningene er det samme – burde slås sammen. Og over tid utvide forståelsene av hva seksuell helse er.*

Det er også flere av tilskuddsmottakerne som påpeker at hiv-ordningen i dag har en annen forutsigbarhet for mottakerne ettersom deler av tilskuddet gis som et treårig driftstilskudd. Flere mottakere på denne ordningen og også en del mottakere på seksuell helse ordningen mener det er ønskelig å få på plass en slik løsning dersom ordningene skal slås sammen.

### 3.4 Oppsummering og vurdering

De fleste tilskuddsmottakerne vurderer informasjonen om tilskuddsordningene og søknadsprosessen som bra. Selv om direktoratet gir tips og veiledning til utfylling, er det flere som ønsker mer informasjon og opplæring i søknadsskriving. . Noen opplever også at søknadsskjemaet i Altinn er tidkrevende og tungvint å bruke, at selve søknadsprosessen har blitt vanskeligere, og at den nå i større grad favoriserer de store og mer profesjonelle aktørene. I tillegg ønsker flere mer generell informasjon om søknadsfrist og eventuelle endringer i regelverk og søknadsskjema. Det er også et stort ønske om fremskynde søknadsfrist og tildeling av midler fordi dette vil skape mer forutsigbarhet og gjøre det enklere å planlegge aktiviteter. Vi mener det er rimelig å anta at en slik omlegging vil kunne bidra til større måloppnåelse i ordningene. Særlig for tilskuddsmottakere som mottar årlige prosjektmidler vil dette ha stor betydning, både når det gjelder forutsigbarhet i arbeidet og muligheten for å knytte til seg faglig kompetanse i virksomheten.

Vi finner få innvendinger til ordningenes rapporteringskrav. Det oppleves som en viktig og nødvendig del av arbeidet, og noen av tilskuddsmottakerne mener det bør stilles strengere krav til tilskuddsmottakerne om dokumentasjon av måloppnåelse og konkrete resultater. Mange opplever det imidlertid som krevende å dokumentere måloppnåelse, for eksempel når det gjelder aktiviteter av forebyggende art. Vi mener det er behov for å utforme rapporteringskrav som gir mer informasjon om resultater og måloppnåelse enn det som er tilfelle i dag. Dette kan blant annet gjøres ved å tydeliggjøre sammenhengen mellom målene som oppgis i søknaden og hva mottakeren skal rapportere på i rapporteringsskjemaet.

Flere av tilskuddsmottakerne ønsker seg en mer utfyllende oversikt over hvilke aktiviteter som får støtte gjennom ordningene. Vi mener at mer detaljert informasjon om målgruppe og type aktivitet i oversikten over tidligere prosjektene på Helsedirektoratets nettsider vil fylle krav til transparens og gi innsikt i Helsedirektoratets prioriteringer. Dette vil kunne svare på behovet for mer åpenhet rundt tildeling av midler og evaluering av prosjekter, som flere tilskuddsmottakere etterlyser. Dersom potensielle tilskuddsmottakere får informasjon om type aktiviteter som får støtte, kan dette også bidra til bedre måloppnåelse for ordningene.

Samarbeidet mellom tilskuddsmottakerne og Helsedirektoratet oppleves i hovedsak som godt. De større organisasjonene opplever at kontakten er bedre enn de mindre. Noen savner mer engasjement i forvaltningen, og noen opplever direktoratet som lite koordinerte og delvis lite oppdatert. Vår vurdering er at en nærmere dialog med potensielle tilskuddsmottakere vil tjene mottakersegmentet, men også forvalter – da man i større grad kan tydeliggjøre ønsket retning og fokus i aktiviteter og prosjekter.

De fleste tilskuddsmottakerne mener ordningene treffer utfordringene på feltet på en god måte og bidrar til å fremme seksuell helse. Enkelte opplever en form for skjevhet i tildelingen, ved at fokuset er for problem- og sykdomsorientert, og at arbeidet i større grad bør rettes mot forebygging og seksuell helse som ressurs. Hiv-feltet oppleves av enkelte eksperter og tilskuddsmottakere som til dels utdatert, og at det ikke tas hensyn til de store endringene på feltet de siste ti årene, blant annet knyttet til synkende smittetall og innføringen av PrEP. På dette området mener vi at det kan stilles spørsmål ved om tilskuddsordningene i dag gjenspeiler utviklingen og behovene i samfunnet i stor nok grad.

Tilskuddsmottakerne ser både fordeler og ulemper med en eventuell sammenslåing av tilskuddsordningene. En fordel er at feltet i større grad vil kunne ses i sammenheng og at en felles ordning vil kunne fremme seksuell folkehelse på en bedre og mer helhetlig måte. Det påpekes at dagens oppdeling virker kunstig. Forvaltningen vil også bli mer

effektiv med en sammenslåing, noe som vil komme tilskuddsmottakerne til gode, i form av mindre behov for saksbehandling og mer tid for direktoratet til å gå dypere inn i de enkelte prosjektene og aktivitetene.

En del av tilskuddsmottakerne mener at en ulempe med en sammenslåing er at ordningen vil få et mye bredere nedslagsfelt. Prioriteringer og mål vil kunne bli endret. Andre frykter et større problem- og sykdomsfokus. En sammenslåing vil også kunne føre til større kamp om midlene, og mer konkurranse mellom ulike gode formål.

Etter vår vurdering vil det være flere fordeler ved å slå sammen tilskuddsordningene til én ordning. Vi redegjør nærmere for dette i kapittel 6. Vi ser imidlertid at mange av tilskuddsmottakernes innvendinger er relevante og bør tas hensyn til ved en eventuell sammenslåing. En forutsetning for en vellykket sammenslåing er at ordningen blir i stand til å ivareta feltet hiv og soi, og samtidig bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. En annen forutsetning handler om forutsigbarhet. På hiv- og soi-ordningen eksisterer i dag en annen forutsigbarhet ved at mottakerne får et treårig driftstilskudd. Ved en eventuell sammenslåing av ordningene bør det vurderes om det bør opprettes en tilsvarende løsning for den nye, felles ordningen. Vi anser kombinasjonen av treårige driftstilskudd og ettårige prosjekttilskudd som hensiktsmessig. Dette åpner for forutsigbarhet på den ene siden og mindre, innovative prosjekter og satsninger på den andre. Mange av tilskuddsmottakerne på begge ordninger fremhever at dette er en fornuftig innretning. Samtidig må det tas hensyn til at en del av de små organisasjonene opplever at det er krevende å få innpass når innretningen av ordningen legger opp til at det må inngås samarbeid med en av de store organisasjonene som mottar driftstilskudd



## 4 Måloppnåelse

En av hovedproblemstillingene for evalueringen er å vurdere hvordan tilskuddsordningene bidrar til å oppfylle sine tiltenkte mål. For å gjøre dette har vi tatt utgangspunkt i hovedmål og delmål i strategiplanen for seksuell helse og i målene for seksuell helse-ordningen og hiv- og soi-ordningen, både samlet og for de ulike årene.

Strategiplanen har fem delmål. To av målene er en videreføring av mål fra tidligere handlingsplaner på feltet (*fortsatt reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter og reduksjon i smitte av overførbare infeksjoner, inkludert hiv*). De øvrige målene er til dels rettet mot å inkludere mangfold og livsløpsperspektiv i arbeidet med seksuell helse, og til dels er det en vektlegging av at tjenestene skal ha økt kompetanse og forståelse for brukernes seksuelle helse og deres behov.

Vurderingen av måloppnåelse har vært krevende av flere grunner. For det ene er tilskuddsordningenes målsettinger mange og omfattende. Dette gir seg for eksempel utslag i de særskilte prioriteringene for de ulike årene per tilskuddsordning. Målsettingene for hiv-ordningen er også delvis overlappende med målene i «Snakk om det!». For det andre er målformuleringene til dels vage. Det er for eksempel vanskelig å vurdere måloppnåelse når det gjelder i hvilken grad prosjektene som får støtte gjennom seksuell helse-ordningen bidrar til å sikre mennesker i «alle aldre» god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse.

En vurdering av måloppnåelse handler både om hvilke aktiviteter som er gitt støtte, dvs. i hvilken grad alle målene er dekket, og om måloppnåelse (resultater) av de enkelte aktivitetene. En vurdering av sistnevnte avhenger av at rapporteringene fra prosjektene gjør det mulig å vurdere måloppnåelse.

For å vurdere måloppnåelse baserer vi oss på flere kilder. Vi har gjennomgått et utvalg rapporteringer fra tilskuddsmottakere for å gjøre en vurdering av hvordan de dokumenterer egen måloppnåelse. I spørreundersøkelsen til tilskuddsmottakerne og i intervjuene har vi spurt om hvilke aktiviteter og målgrupper prosjektene de har fått støtte til har. Vi har også spurt om hvilke mål prosjektene har og hvordan tilskuddsmottakerne vurderer egen måloppnåelse. Videre har vi i intervjuer med eksperter spurt om deres vurderinger av måloppnåelse på sine felt.

Kapitlet starter med en gjennomgang av et utvalg søknader og rapporteringer. Funnene fra rapporteringene suppleres enkelte steder med funn fra spørreundersøkelsen. Vi vurderer måloppnåelsen for prosjektene og vi gjør en vurdering av i hvilken grad aktivitetene støtter opp om et kjønns-, minoritets og livsløpsperspektiv. Videre gjør vi en vurdering av måloppnåelse på individ-, tjeneste og systemnivå. Til slutt gjør vi en kort vurdering av hvorvidt ordningene oppfyller de ulike delmålene de har.

### 4.1 Gjennomgang av rapportering

I det følgende presenteres funnene fra søknads- og rapporteringsgjennomgangen (ref. 1.4.3). Gjennomgangens formål er å undersøke hvorvidt tilskuddsmottakerne besvarer Helsedirektoratets kriterier for måloppnåelse. Vi har også undersøkt hvorvidt tilskuddsmottakerne dokumenterer at de når målene de har definert i søknaden – altså grad av samsvar mellom søknad og rapportering (resultater).

Flere av målene for tilskuddsordningene er lite konkrete, og de fleste prosjektene kan tenkes å bidra til flere av dem. Derfor har vi vært nødt til å forholde oss til prosjektenes egne, uttalte mål. For eksempel kan et kurs for helsepersonell om trygg seksualitet eller et selvforsvarskurs tenkes å bidra til å redusere uønskede svangerskap og/eller smittetall for seksuelt overførbare infeksjoner, men med mindre dette er et eksplisitt mål

for prosjektet har vi ikke registrert dette som et mål. På samme måte kan flere av prosjektene tenkes å fange opp ulike målgrupper, men her har vi holdt oss til søknadens eksplisitte målbeskrivelser og presisering av målgruppe.<sup>7</sup>

For å kunne dokumentere måloppnåelsen bør organisasjonene rapportere på målene de definerte i søknaden. Gjennomgangen av rapporteringsskjemaene viser imidlertid at dette ofte ikke er tilfellet. Når organisasjonene ikke rapporterer på mål de satte i søknaden, blir det vanskelig å vurdere hvorvidt tilskuddsmottakerne nådde samtlige mål. Vurdering av måloppnåelse har blitt ytterligere komplisert i de tilfellene hvor tilskuddsmottaker ikke spesifiserer i søknaden hvilke mål prosjektet er ment å dekke.

Det er viktig å presisere at vurderingene av måloppnåelse er basert på vår fortolkning av det som fremkommer av rapporteringsskjemaet og vedleggene. Det vil si at organisasjonenes reelle måloppnåelse kan være ulik fra vår vurdering. Der hvor organisasjonen har listet opp konkrete tiltak og/eller dokumentert måloppnåelsen godt gjennom å vise til resultater og vedlegg, som årsrapporter og prosjektevalueringer, er vurderingene mer pålitelige. Det samme gjelder i de tilfellene hvor det er tydelig definert i rapporteringen hvilke mål det redegjøres for. Det er stor variasjon i strukturen og kvaliteten på rapporteringen opp mot de uttalte målsettingene.

Flere av målsettingene og prosjektene dreier seg om kvalitative forhold, som kunnskapsspredning og kompetanseheving. Selv om det er utformet indikatorer og målt for eksempel hvor mange informasjonsbrosjyrer som er delt ut eller hvor mange undervisningstimer som er gjennomført, er ikke dette ensbetydende med at målene er nådd og at informasjonen faktisk har hatt ønsket effekt. I disse tilfellene er det i større grad snakk om å *sannsynliggjøre* resultater. Det varierer hvorvidt tilskuddsmottakerne gjør dette. Noen sannsynliggjør effekter og resultater godt, gjennom å vise til forskning og relevant litteratur eller gjennom erfaringer fra tidligere prosjekter. Andre sannsynliggjør resultater i liten grad.

---

<sup>7</sup> Da vi kun har studert et utvalg av prosjekter for de ulike årene, har vi valgt å se bort fra de andre elementene i søknaden, slik som trekk ved tilskuddsmottaker, regnskap og revisjon. Dette ville vært interessant dersom en hadde studert alle søknader for et aktuelt år, eller dersom det var gjort et representativt utvalg

#### Eksempler på god redegjørelse for relevans og sannsynliggjøring av resultater:

«Manglende kjennskap til seksualitet og kjønn fører lett til seksuell trakassering og overgrep mellom utviklingshemmede, men de kan også bli utsatt for overgrep fra omsorgspersoner og personale, ettersom de ikke har lært eller forstår hvor grensene går. Trygg seksuell helse for utviklingshemmede er derfor i første rekke å få en åpen dialog om seksualitet og kjønn ved å ha trygge personer rundt seg som de kan henvende seg til og spørre om seksualitet. For å hindre trakassering og overgrep er det viktig at utviklingshemmede forstår hvor grensene går og hva som er «normal» og akseptert seksualitet. Det er følgelig viktig å gi tjenesteyterne grunnleggende kunnskap og trygghet til å kunne snakke med brukerne om kjønn, seksualitet, trakassering og overgrep for å gi en trygg seksuell helse og forebygge mot overgrep».

«Svært mange studenter har gjennom tiltaket fått anledning til å møte kompetent helsepersonell og slik fått tilpasset informasjon og veiledning. Dette vil kunne bidra til bevissthet og personlig handlingskompetanse når det gjelder egen seksuell helse. Det er også grunn til å anta at et slikt lavterskeltilbud til studenter over 20 år kan bidra til forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner og uønskede svangerskap og abort. Hoveddelen av henvendelsene dreier seg om disse temaene, og viser at tiltaket treffer godt med tanke på viktige mål for ordningen».

«Selv om synkende aborttall og økende bruk av LARC er positive tendenser, mener vi at det er viktig å fortsette med en strategi for nasjonal kompetanseheving om LARC-metodene de kommende årene. Det er viktig at alle kvinner i Norge har et reelt valg om selvbestemt prevensjon. Kvinnen skal ideelt sett få velge mellom alle tilgjengelige metoder og, på bakgrunn av god og fullstendig informasjon, selv finne fram til prevensjonsmetoden som hun er mest fornøyd med. Dette krever oppdatert kunnskap både hos helsepersonellet hun møter i prevensjonskonsultasjonen og hos kvinnen selv. Valgfrihet og lett tilgang på prevensjon styrker kvinnens seksuelle autonomi, øker sikker bruk av prevensjon og forebygger uønskede svangerskap og abort».

Flere organisasjoner har også utfordringer med å skille mellom tiltak og resultater. Det vises i noen tilfeller ikke til konkrete resultater i det hele tatt, men kun til tiltak, både i søknaden og rapporteringen. Enkelte prosjekter mangler rapportering, eller skriver at Helsedirektoratet vil få oversendt rapport ved prosjektets slutt.

For året 2020 foreligger det så langt ingen rapportering. Vi har derimot studert et utvalg av foreløpig rapportering for prosjekter dette året. Dette året har tilskuddsmottakerne heller ikke spesifisert mål og tiltak i tekstform – kun krysset av for ulike forhåndsdefinerte mål. Her er det også krevende å vurdere prosjektenes mulige/tiltenkte virkninger. At søknadskriteriene og rapporteringskravene har endret seg mellom årene, har vanskeliggjort sammenligning på tvers av årene og mellom ordningene.

Sammenhengen mellom aktiviteter og mål fra den foreløpige rapporteringen for 2020 fremstår jevnt over som hensiktsmessig. Imidlertid avdekkes visse variasjoner. Det er tydelig at koronasituasjonen har hatt en innvirkning på den tiltenkte gjennomføringen for flere av aktivitetene i prosjektene. Den foreløpige rapporteringen viser at tilskuddsmottakerne har håndtert disse utfordringene ulikt. Flere tilskuddsmottakere har funnet alternative løsninger, som for eksempel å gjennomføre digitale møter og workshops fremfor fysiske samlinger. Videre avdekker rapporteringen at flere aktiviteter har blitt usatt eller avlyst som følge av pandemien. Gjennomgående rapporterer tilskuddsmottakere at prosjektene har bidratt til å gi målgruppen «økt kunnskap» om temaene prosjektene retter seg mot. I disse tilfellene (hvor måloppnåelsen ikke er ytterligere konkretisert), kan det være utfordrende å vurdere måloppnåelsen. Flere tilskuddsmottakere viser imidlertid til formålet med den enkelte aktivitet, og til hvilken målsetting hver aktivitet har bidratt til, eller skal bidra til å oppfylle. Generelt trekkes det frem gode tilbakemeldinger fra personer i målgruppen og aktører i nær tilknytning til prosjektet. Avslutningsvis viser også rapporteringen at flere tilskuddsmottakere ønsker å få overført deler av tilskuddet til 2021.

#### **Eksempel på rapportering uten resultater:**

*«Fagpersonene har veiledet og gitt opplæring til både brukere og ansatte i tjenesten etter innmeldte behov. Dette har foregått både i individrettede tiltak og i grupper. Ressurspersonene har selv bidratt til kompetanse- og erfaringsdeling via forelesning på Habileringskonferansen (Hafjellseminaret) for Oppland i 2018, samt hatt forelesninger for og med brukerrepresentanter i NFU sitt årsseminar i 2018. Tjenesteleder har tatt initiativ til samarbeidstiltak mellom Oppvekst og Helse og omsorg internt, og inn mot Habileringsstjenesten.*

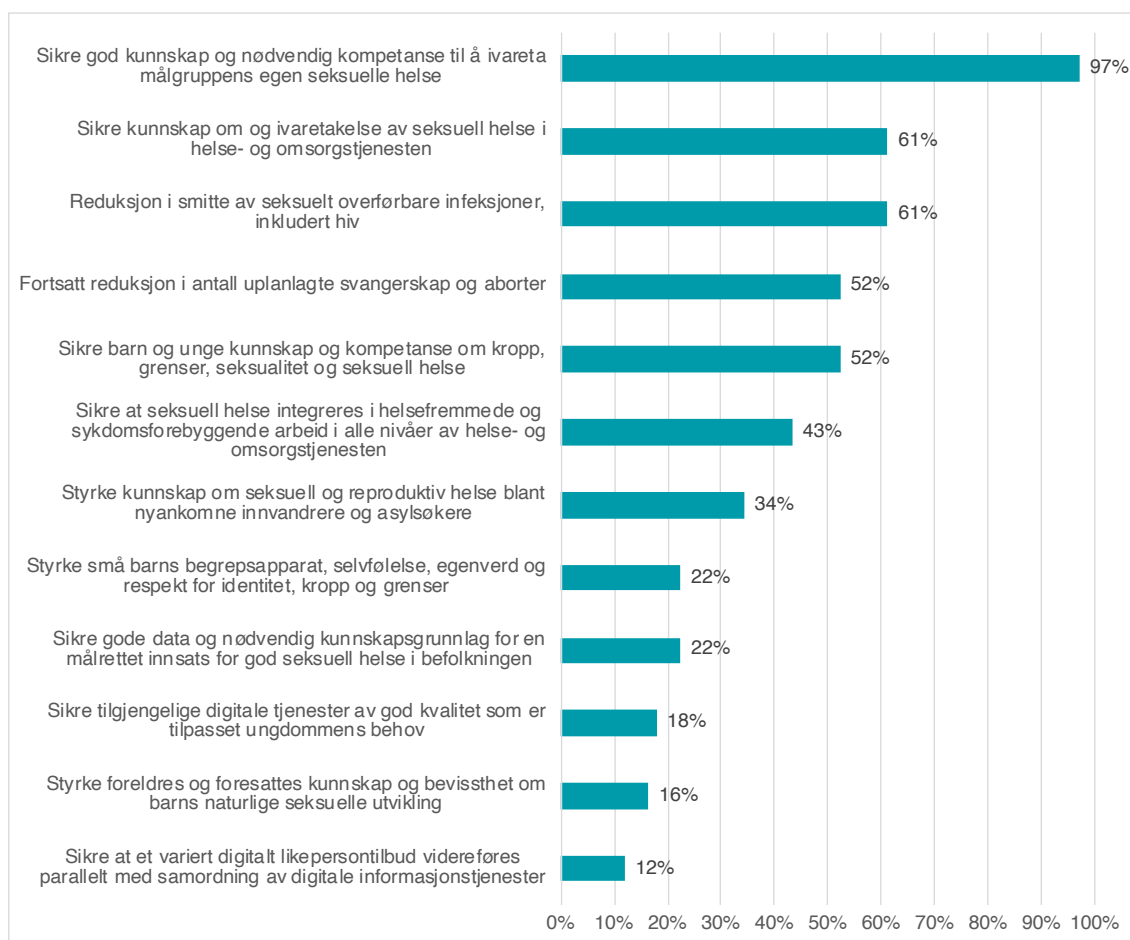
*Helsestasjonen i kommunen har i inngangen av 2019 besluttet at de skal skolere to Helse-sykepleiere på temaet, og vi vil dermed få et kompetanseteam på tema SexKunn og KroppsKunn rettet mot barn og unge og unge voksne med behov for oppfølging over tid.»*

Vi vil i det følgende sammenfatte funnene for de spesifikke tilskuddsordningene, hva angår besvarelse av kriteriene for måloppnåelse, dokumentasjon av resultater og samlet vurdering av måloppnåelse. Vi har ikke sett behov for å gjøre særskilte vurderinger for de ulike årene, og gjør derfor en vurdering av tilskuddsordningenes måloppnåelse samlet sett.

Vi har i de løpende vurderingene forholdt oss til delmålene i «Snakk om det!», som vi senere har plassert inn under strategiens hovedmålsettinger. For eksempel har delmålet «sikre barn og unge kunnskap og kompetanse om kropp, grenser, seksualitet og seksuell helse» blitt plassert inn under hovedmålet om å «sikre mennesker i alle aldre god og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse», og delmålet om å «sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten» er blitt plassert under hovedmålet om å «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten».

Overordnet favner begge ordningene et bredt spekter av målgrupper, og bidrar dermed til sitt formål. I spørreundersøkelsen ba vi også mottakerne for begge ordninger krysse av for hvilke mål de hadde for prosjektene de hadde fått støtte til sett i forhold til målene i «Snakk om det!». Svarfordelingen vises i figur 4.1.

Figur4.1: Snakk om det har følgende mål. Hvilke av disse målene passer med det prosjektet dere har fått støtte til? (Det er mulig å oppgi flere svar)



Spørreundersøkelsen viser at nesten alle prosjektene passer med målet om å sikre god og nødvendig kompetanse til å ivareta målgruppens seksuelle helse. Dette bekrefter funnene fra rapporteringsgjennomgangen. Videre viser både spørreundersøkelsen og rapporteringsgjennomgangen at prosjektene har overlappende mål. Spørreundersøkelsen viser at over 50 prosent av prosjektene har som mål å bidra til fortsatt reduksjon i uplanlagte svangerskap og aborter. Reduksjon i seksuelt overførbare smitte er mål for 61 prosent av prosjektene. Rapporteringsgjennomgangen av et utvalg prosjekter finner at det er flest av prosjektene innenfor ordningen hiv og soi som retter seg mot denne målsettingen. Vi finner at det er en begrenset andel av prosjektene som er rettet mot mindre barn. Videre er det relativt få – 34 prosent av respondentene i undersøkelsen – som har som mål å styrke kunnskap om seksuell og reproduktiv helse hos nyankomne innvandrere og asylsøkere. Relativt mange prosjekter har som mål å bidra til å sikre kunnskap og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten.

Tilskuddsmottakerne på begge ordninger vurderer måloppnåelsen på sine prosjekter som god. Imidlertid fokuserer informantene i liten grad på den konkrete måloppnåelsen av sine aktiviteter. Opplevelsen baserer seg på en samlet vurdering.

### Tilskuddsordningen seksuell helse

Som tabellen under viser retter de fleste prosjektene fra rapporteringsgjennomgangen seg mot sammensatte grupper (altså flere av de nevnte målgruppene i ett og samme prosjekt) og barn og ungdom. Videre er det noen flere prosjekter som retter seg mot

helsepersonell og personer med funksjonsnedsettelse. Utover dette fordeler prosjektene seg langs ulike målgrupper.

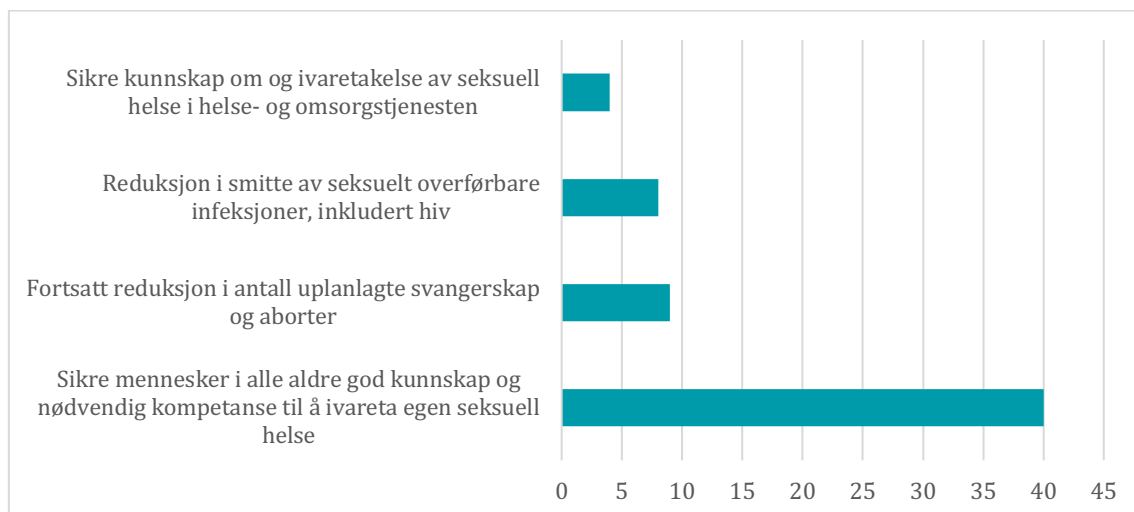
Tabell 4.1: Målgrupper i utvalgte prosjekter, Seksuell helse (2017-2020).

Målgruppe	Antall
Barn og ungdom	6
Jordmødre og helsesøstre	1
Mennesker i lhbti-miljøet	1
Helsepersonell	4
Personer med funksjonsnedsettelse	4
Personer med innvandrerbakgrunn	2
Prester og trosopplærere	1
Kvinner	3
Eldre	1
Innsatte	1
Sammensatt	7
Ikke spesifisert	1
<b>Totalt</b>	<b>32</b>

Figur 4.2 viser hvordan de utvalgte prosjektene fordeler seg på målsettingene i «Snakk om det!». Det er et klart flertall av prosjektene som retter seg mot målsettingen om å sikre mennesker i alle aldre god og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse. Det er også slik at mål om økt kunnskap i tjenestene i mange tilfeller sammenfaller med mål om redusert smitte og eller redusert antall uplanlagte svangerskap.

Gjennomgangen av den foreløpige rapporteringen for prosjektene fra 2020 viser at det også her er et flertall av prosjektene som retter seg mot målsettingen om å «sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse». De ulike prosjektene retter seg videre mot flere av de overordnede målene i strategien. I tillegg er det flere som har krysset av for «annet». Herunder fremsetter tilskuddsmottakerne målsettinger som er mer konkrete enn den overordnede beskrivelsen av målsetting og målgruppe for prosjektet. Der hvor tilskuddsmottakerne blir bedt om å krysse av for hvilke målområder og målsettinger prosjektet bidrar til å oppnå er det et flertall av prosjektene som retter seg mot målsettingen «autonomi, kropp og grenser – et godt grunnlag for god seksuell helse».

Figur 4.2: Utvalgte prosjekter fordelt på målsettinger i «Snakk om det» (2017-2020).

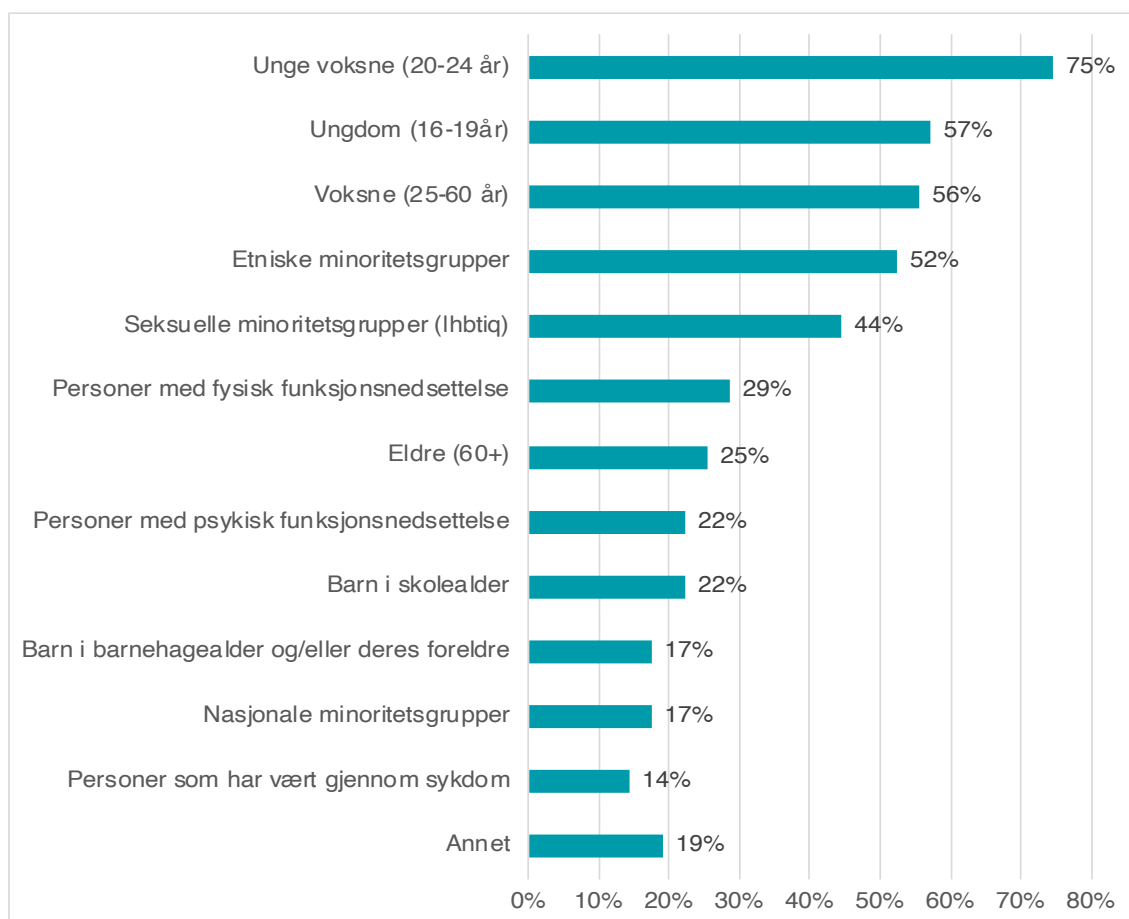


Note: Ett og samme prosjekt kan etterleve flere av målsettingene.

Sett i lys av de særskilte prioriteringene for de ulike årene, viser prosjektgjennomgangen at det i 2018 og 2019 var flest prosjekter som rettet seg mot migranter, minoriteter og mennesker med funksjonsnedsettelse. Dette var en felles prioritering disse årene. Et fåtall av prosjektene rettet seg mot økt bruk og tilgjengelighet av LARC. I 2019 var det også en målsetting om å bidra til økt kompetanse om seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten og/eller i utdanning av helsepersonell. Omtrent en fjerdedel av prosjektene fra dette året var rettet mot dette formålet. I 2020 var prosjektene mer spredt langs ulike målsettinger. Flest (nesten halvparten) var rettet mot reduksjon i antall uplanlagte svangerskap og aborter, med særlig vekt på voksne over 25 år.

I spørreundersøkelsen ba vi tilskuddsmottakerne krysse av for hvem som har vært målgruppe for det siste prosjektet de har fått midler til. Det var mulig å krysse av for flere målgrupper. Svarfordelingen blant mottakere på seksuell helse-ordningen er vist i figur 4.3.

Figur 4.3: Hvem er målgruppen(e) for prosjektet som dere sist søkte tilskudd til? (N=63)



Flertallet av de som har svart «annet» svarer at dette er prosjekter for studenter. For øvrig viser svarene under «annet» at målgruppene kan være vanskelig å definere fordi de er brede. En kommentar er for eksempel at de har prosjekter for «alle elever i grunnskolen og alle eldre og de som jobber med disse, så vi kunne krysset av for alle». Andre svarer svært spesifikke målgrupper som «sårbare barselkvinner i risikogruppe» eller «innsatte i norske fengsler».

Figuren viser at målgruppene er overlappende. Prosjekter som omfatter ulike minoritetsgrupper omfatter jo samtidig personer i ulike aldersgrupper. Det figuren først og fremst viser er hvilke grupper som i liten grad omfattes av midlene. I aldersperspektiv ser vi at

det er en relativt begrenset andel av prosjektene som er rettet mot eldre over 60 år. At det har vært få prosjekter rettet mot eldre ble tatt hensyn til i 2020 ettersom Helsedirektoratet da definerte eldre som er prioritert gruppe. Videre er det relativt få aktiviteter rettet mot nasjonale minoritetsgrupper. Det ser også ut til å være få prosjekter som er rettet mot personer som har vært gjennom sykdom. Mange sykdommer har konsekvenser for seksualitet og det kan være behov for større innsats på dette feltet.

Vi ser også at seksuelle minoritetsgrupper er målgruppe for 45 prosent av prosjektene. Dette er målgrupper som har fått større fokus i den nye strategiplanen sammenlignet med tidligere handlingsplaner. Vi ser også at ungdom og unge voksne utgjør store målgrupper. Disse vil jo som nevnt også omfatte grupper med minoritetstilhørighet. Men dette indikerer at det fortsatt er relativt mange prosjekter som er rettet mot informasjon og veiledning om seksuell helse til ungdom. 75 prosent av prosjektene på begge ordninger oppgis å rette seg mot unge voksne, mens 57 prosent av prosjektene er rettet mot ungdom.

Etter at Helsedirektoratet i 2020 prioriterte mål om å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig seksuell helsekompetanse til å ivareta egen seksuell helse, med særlig vekt på eldre over 60 år, har det vært en økning i antall prosjekter rettet mot eldre.

Vi vurderer den samlede måloppnåelsen for prosjektene innenfor tilskuddsordningen seksuell helse som god. Prosjektene som har fått tilskudd samsvarer med de årlige prioriteringene for ordningen og målene i «Snakk om det». Rapporteringen er jevnt over god, og i de tilfellene hvor resultatene er mindre godt dokumentert, vurderer vi tiltakene å være fornuftige opp mot de satte målene. Derimot vurderer vi prosjektene for 2020 å være dårligere beskrevet, sammenlignet med tidligere år. Det skyldes trolig at søker dette året ble bedt om å krysse av på forhåndsdefinerte målsettinger. Det ser ut til at søknader fra 2020 består av noe mindre fritekst enn tidligere år. Dette grepet kan tenkes å ha forenklet både utarbeidelse og behandling av søknadene. Samtidig er det noe mindre tydelig hvordan søker konkret har planer om å oppnå de enkelte målene. På den annen side viser gjennomgangen av den foreløpige rapporteringen for 2020 at en del av tilskuddsmottakerne beskriver prosjektene sine mer i detalj og mer konkret enn de overordnende målsettingene.

Vi opplever også at det noen steder er uklart på hvilken måte prosjektet er egnet for å nå de konkrete målene. En måte å løse dette på er å kombinere avkryssingen på forhåndsdefinerte målsettinger med en fritekstspalte hvor søker kan beskrive hvordan de har tenkt å gå frem for å nå de ulike målsettingene.

### Tilskuddsordningen hiv og soi

Tabellen nedenfor viser hvilke målgrupper de utvalgte prosjektene i gjennomgangen har hatt. Alle disse målgruppene er hovedsakelig innenfor ordningens hovedmålgrupper - personer som er sårbare for smitte av hiv og soi og personer som er hivpositive - i tillegg til helsepersonell.

Tabell 4.2: Målgrupper i utvalgte prosjekter, tilskudd for hiv og soi (2017-2020).

Målgruppe	Antall
Eldre	1
Helsepersonell	1
Sexarbeidere	1
Menn som har sex med menn	1
Personer som kjøper sex	1
Personer innenfor Tverrfaglig spesialisert behandling	1

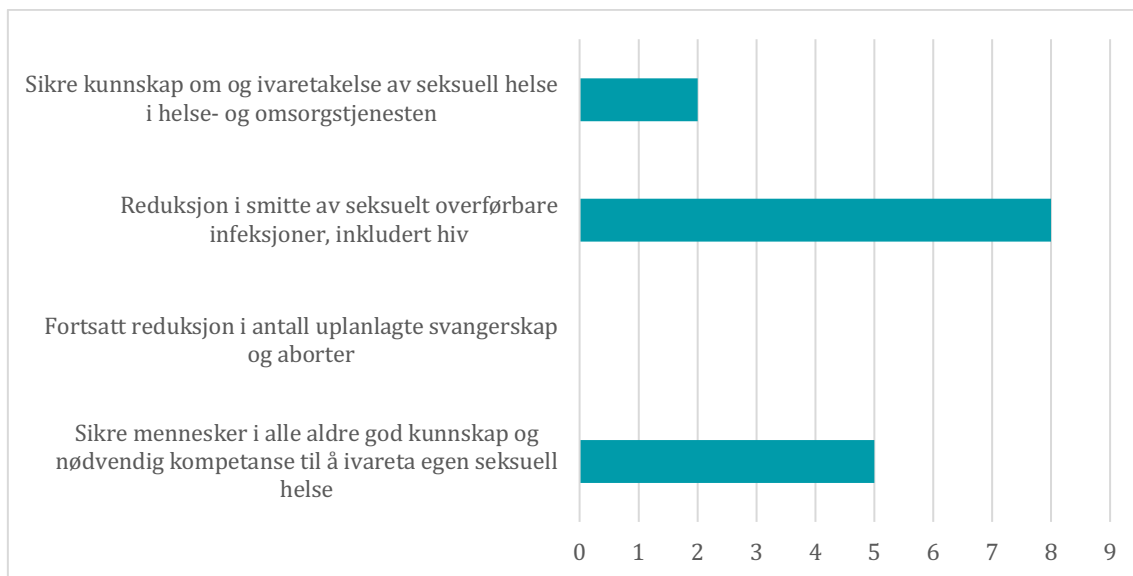


Migranter	1
Mennesker i chemsex-miljøet	1
Eldre	1
Innsatte	1
Sammensatt	3
Ikke spesifisert	1
<b>Totalt</b>	<b>11</b>

Flest (3) av prosjektene innenfor hiv og soi retter seg mot sammensatte målgrupper (altså flere av de nevnte målgruppene). Ellers er prosjektene jevnt fordelt langs ulike målgrupper.

Figur 4.4. viser fordelingen av de utvalgte prosjektene på målsettingene i «Snakk om det!». Figuren viser at flestparten av prosjektene retter seg mot målet om å redusere smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. Videre handler en del av prosjektene seg om å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse.

Figur 4.4: Utvalgte prosjekter fordelt på målsettinger i «Snakk om det!» (2017-2020).

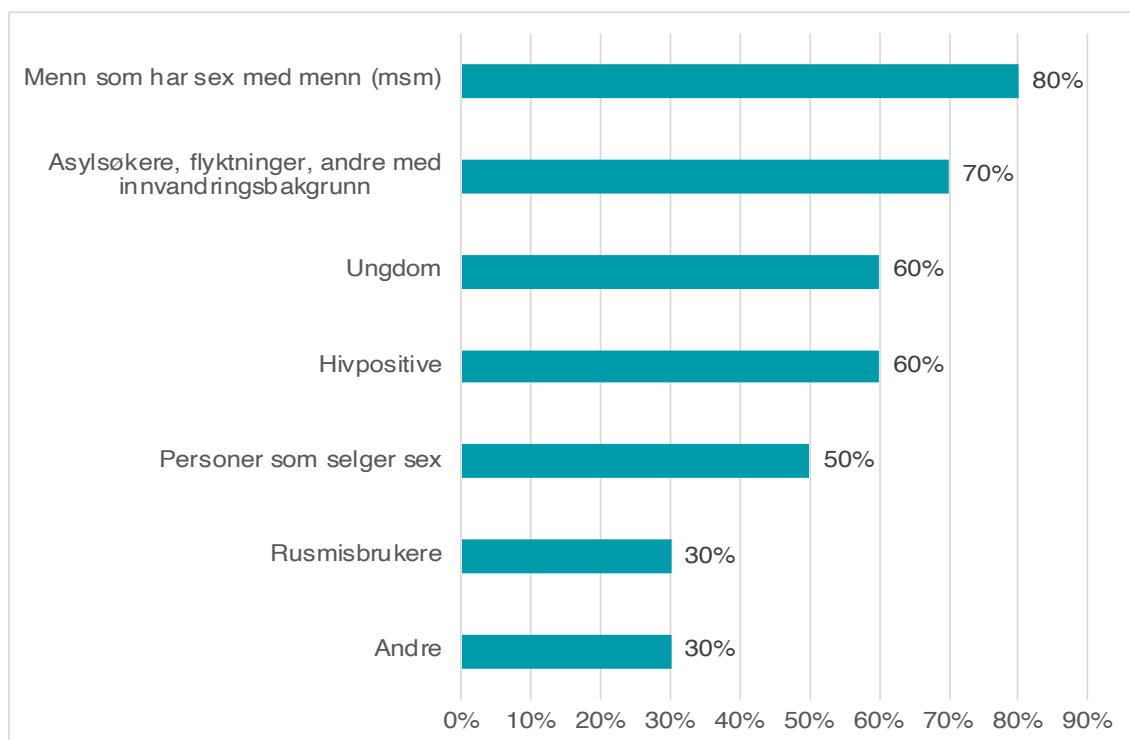


Note: Ett og samme prosjekt kan etterleve flere av målsettingene

Tilskuddsordningen hiv og soi har hatt ulike prioriteringer de ulike årene. Blant de utvalgte søknadene vi har sett på, rettet tre (av fire) av prosjektene i 2017 seg mot målsettingen «konkrete tiltak mot spredning av hiv med nasjonalt nedslagsfelt». Ett prosjekt rettet seg mot tiltak for å bedre ivaretagelsen av mennesker som lever med hiv i høy alder. I 2018 rettet to (av tre) av prosjektene seg mot lavterskeltilbud for grupper som er sårbare for hiv og soi. Ett prosjekt rettet seg mot målsettingen «implementering og følgestudie av preeksponeringsprofylakse» og ett mot målsettingen «tiltak som passer sammen med kondomkampanje Helsedirektoratet skal gjennomføre i 2018 rettet mot grupper som er sårbare for hiv og soi». I 2019 var tre (av tre) av prosjektene rettet mot lavterskeltilbud for grupper som er sårbare for hiv og soi, mens det i 2020 kun ble vurdert ett prosjekt, som var rettet mot økt testfrekvens blant personer med særlig sårbarhet for hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, og tiltak for økt kondombruk.

Figur 4.5 viser hvem som har vært målgruppe for det siste prosjektet tilskuddsmottaker har fått midler til. Det var mulig å krysse av for flere målgrupper. Svarfordelingen blant mottakere på hiv- og soi-ordningen er vist nedenfor.

Figur 4.5: Hvem er målgruppen(e) for prosjektet som dere sist søkte tilskudd til? (N=10)



Det er relativt få respondenter som har fått midler på hiv/soi-ordningen. Vi ser også her at målgruppene er overlappende. Figuren viser at menn som har sex med menn inngår som målgruppe i de fleste prosjektene. Hivpositive er målgruppe for 60 prosent av respondentene. Rusmisbrukere er målgruppe for 30 prosent og personer som selger sex for 50 prosent av prosjektene. De som har svart «andre» svarer blant annet at helsepersonell og pårørende er målgruppe.

Måloppnåelsen for tilskuddsordningen hiv og soi vurderes jevnt over som god, og også her samsvarer prosjektene som har fått støtte med de årlige prioriteringene for ordningen. Vi opplever dokumentasjonen av resultater som noe svakere enn for tilskuddsordningen seksuell helse, men det skal nevnes at vi har vurdert langt færre prosjekter under tilskuddsordningen hiv og soi. Vi kan derfor ikke vite hvorvidt dette er representativt. De fleste rapporterer resultater i noen grad, men kvaliteten på rapporteringen er mer varierende enn for tilskuddsordningen seksuell helse.

#### 4.1.1 Kjønn-, minoritets og livsløpsperspektiv

I evalueringen skulle vi vurdere hvilken rolle og betydning tilskuddsmottakerne har i arbeidet for å nå målene i et kjønns-, minoritets- og livsløpsperspektiv. En vurdering av dette baserer seg på hvilke aktiviteter og målgrupper som inngår i prosjektene. Vi finner at spørreundersøkelse, intervjuer og gjennomgang av rapporteringer viser at kjønns- og minoritetsperspektivet på ulike måter er til stede i mange av aktivitetene som gjennomføres. Livsløpsperspektivet er i noe mindre grad til stede.

Kjønnsperspektiv handler om at kjønn er et definerende element for seksualitet og seksuell helse og at det er viktig å ha et bevisst forhold til dette i arbeidet med å bedre befolkningens seksuelle helse. Vi finner at på seksuell helse-ordningen er det en del prosjekter som har som mål å bidra til større forståelse for kjønns mangfold i tjenestene. Videre finner vi at en del prosjekter er rettet mot å styrke sårbare kvinners autonomi. Vi finner også at kjønnsperspektivet er til stede i arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap. Det er få prosjekter som er rettet mot voksne heteroseksuelle kvinner og

menn som ikke tilhører minoriteter. Når det gjelder hiv-ordningen er kjønnsperspektivet til stedet i den forstand at det særlig er menn som har sex med menn som er utsatt for hiv, og tilbudene er rettet mot denne gruppen.

Minoritetsperspektiv dreier seg både om seksuelle minoriteter og etniske/nasjonale minoriteter. Som nevnt er det en del prosjekter på seksuell helse-ordningen som er rettet mot økt forståelse for seksuelt mangfold, mens hiv-ordningen i stor grad har prosjekter som er rettet mot menn som har sex med menn. Det er sistnevnte gruppe som er særlig utsatt for hivsmitte, så det er naturlig at denne gruppen er prioritert i det hiv-forebyggende arbeidet. Når det gjelder etniske minoriteter er det noe fokus på disse gruppene, men det ser ut til å være behov for mer aktivitet rettet mot migrantgrupper og -miljøer. Det gjelder først og fremst seksuell helseordningen. Hiv-ordningen har prioriterte midler som går til innvandrere som er utsatte for hiv, men det ser ut til at målgruppen er vanskelig å nå.

Når det gjelder livsløpsperspektiv er det relativt få prosjekter som er rettet mot personer som har opplevd sykdom og det er en begrenset andel prosjekter rettet mot eldre seksuelle helse. Det har imidlertid vært en vekst i aktiviteter rettet mot eldre etter at dette ble et prioritert mål i 2020. Det førte til at fire organisasjoner fikk midler til aktiviteter rettet mot eldre. Vi ser også at en overvekt av prosjektene er rettet mot ungdom og unge voksne. Det ser ut til å være få prosjekter som er rettet mot å bedre seksuell helse hos voksne med unntak av det som er relatert til grupper som er utsatte for hiv eller spesielt sårbare for uønskede svangerskap. Vi finner altså at det er få prosjekter rettet mot å bedre den seksuelle helsen i majoritetsbefolkningen, heteroseksuelle kvinner og menn.

## 4.2 Måloppnåelse på individ-, tjeneste- og systemnivå

Vi er videre bedt om å særlig vurdere hvordan midlene støtter opp om aktiviteter som bidrar til måloppnåelse på individ-, tjeneste- og systemnivå. Vi drøfter derfor spesielt erfaringene med måloppnåelse på disse ulike nivåene.

Målene i «Snakk om det!» er rettet mot både individ-, tjeneste- og systemnivå. På individnivå er tiltakene rettet mot at enkeltindivider skal få informasjon og bedre seksuell handlingskompetanse som bidrar til at den enkelte gjør gode valg og opplever god seksuell helse. På tjenestenivå er målene blant annet å sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenestene og å øke bevissthet rundt seksuell helse som ressurs gjennom hele livsløpet i alle nivåer av tjenestene. På systemnivå handler tiltakene om å bidra til mer åpenhet i samfunnet, påvirkning av politiske prosesser og å sikre seksuelle og reproduktive rettigheter.

Vi finner at mange av tilskuddsmottakerne jobber på tvers av disse nivåene. For eksempel er det mange som jobber direkte med ulike målgrupper eller med pasientkontakt (individnivå) samtidig som de jobber med kompetanseheving og kursvirksomhet rettet mot helse- og omsorgstjenestene (tjenestenivå). I tillegg jobber også mange av dem med informasjons- og kommunikasjonsarbeid samt politisk påvirkningsarbeid som kan bidra til endringer på systemnivå. Særlig bruker- og interesseorganisasjoner jobber aktivt for å ivareta brukernes synspunkter og erfaringer og er dermed viktige samarbeidspartnere for både helsemyndighetene og tjenesteapparatet.

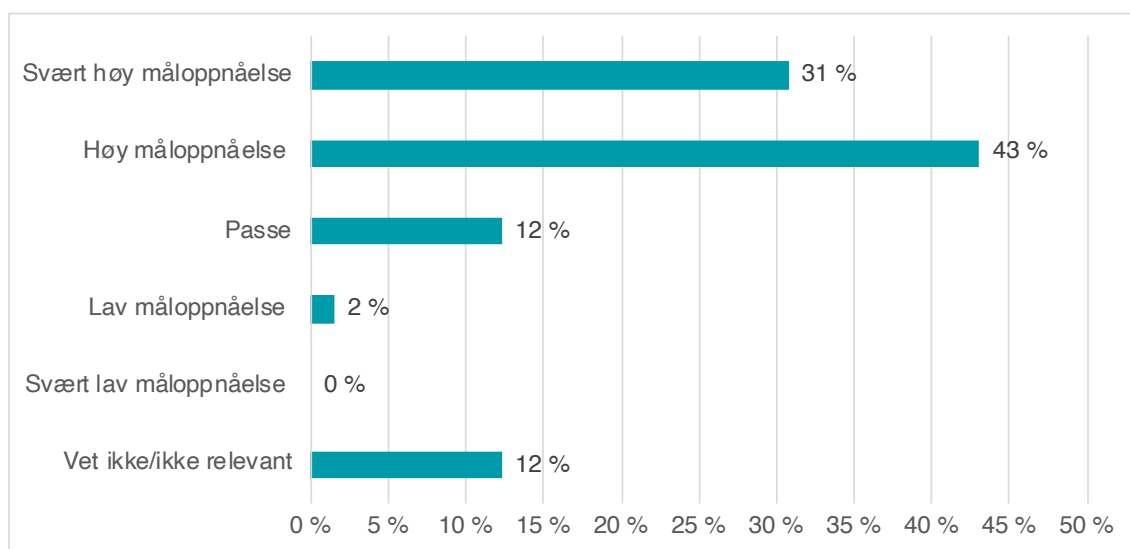
## Måloppnåelse på individnivå

Svært mange av tilskuddsmottakerne mener at prosjektene og aktivitetene som mottar tilskudd i størst grad er rettet mot individnivået. Som vist i figur 4.2 i avsnitt 4.1 er det klart flest prosjekter som får tilskudd gjennom ordningen seksuell helse rettet mot individnivået og delmålet om at mennesker skal kunne ivareta egen seksuelle helse. Dette kan for eksempel være forskjellige former for likepersonsarbeid og arbeid for å skape trygge møteplasser der personer kan komme og få hjelp med ulike utfordringer innen seksuell helse. Tilskuddsordningens og tilskuddsmottakernes rolle på individnivå oppfattes å være et viktig supplement til offentlige tjenester.

Flere av tilskuddsmottakerne legger vekt på at trygghet og tillit er særlig viktig på dette feltet fordi seksualitet og seksuell helse til en viss grad fortsatt er tabubelagt og kan oppleves som skamfullt for dem det gjelder. Dette gjelder spesielt ulike minoritetsgrupper, som deler av innvandrerbefolkningen, personer med funksjonsnedsettelse eller personer med en kjønnsidentitet eller seksuell orientering som avviker fra normen. Her er det spesielt viktig å opprette trygge møteplasser og kanaler for å spre kunnskap og kompetanse. På hiv- og soi-feltet retter svært mange prosjekter seg mot å forebygge og redusere smitte. Slike prosjekter dreier seg i stor grad om å endre individuell atferd, for eksempel når det kommer til prevensjonsbruk og testing. Det kan for eksempel gjøres ved å ta i bruk en arena som allerede eksisterer som møteplass til å spre viktig informasjon om for eksempel et testtilbud eller prevensjonsbruk.

I spørreundersøkelsen spurte vi tilskuddsmottakerne hvordan de vurderer egen måloppnåelse på individnivå i betydningen «endret kompetanse eller atferd hos enkeltpersoner». Svarfordelingen vises i figur 4.6.

Figur 4.6: Samlet sett, hvordan vurderer du måloppnåelsen for aktivitetene i deres prosjekt på individnivå (eks endret kompetanse/atferd hvor enkeltpersoner)? (N=65)



Vi ser at tilskuddsmottakerne generelt anser sin egen måloppnåelse på individnivå som høy. Hele 74 prosent mener selv at de har hatt høy eller svært høy måloppnåelse, mens kun 2 prosent oppgir at de har hatt lav måloppnåelse.

## Måloppnåelse på tjenestenivå

To av delmålene i «Snakk om det!» er rettet mot tjenestenivået, hvilket reflekterer at dette er et prioritert område i strategien. Helsedirektoratet gir uttrykk for at de har ønsket en dreining mot prosjekter som retter seg mot tjenestenivået blant annet fordi denne typen tiltak treffer bredere enn individrettede tiltak. Mange av informantene vi har snakket

med er svært opptatt av tjenestenivået og mener det er her man møter flest utfordringer og har det største forbedringspotensialet. Mange er opptatt av at seksualitet og seksuell helse fortsatt i liten grad tematiseres i helse- og omsorgstjenestene med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon, og det er derfor stort behov for økt kompetanse. Vi finner likevel at mange av tilskuddsmottakerne ikke er fullt ut oppmerksomme på at Helsedirektoratet har ønsket en dreining av prosjektene til at de skal være mer rettet mot tjenestenivået.

Hiv-ordningen har ikke samme eksplisitte mål om å øke kompetansen i tjenestene, og som vi har vist er individrettet arbeid mer utbredt i denne ordningen. Flere av mottakerne påpeker også at det individrettede arbeidet er svært viktig for å nå utsatte grupper. Det er mindre relevant å tenke seg at disse gruppene skal nås gjennom økt kompetanse i tjenestene. Men også på hiv-feltet mener mange det er behov for å gjøre mer på tjenestenivå, blant annet for å sikre at personer i risikogruppen får nødvendig informasjon og hjelp og at personer som lever med hiv får hjelp til å ivareta sin – og eventuelle partneres – seksuelle helse.

Det er flere grunner til at god kompetanse i de ulike tjenestene er viktig. For det første er enkeltpersoner avhengige av et godt samarbeid med tjenestene de er i kontakt med for å kunne ivareta egen seksuelle helse. Slik henger individnivået og tjenestenivået tett sammen. Det hjelper i liten grad at individer får kompetanse til å ivareta egen seksuelle helse dersom dette ikke speiles i helsetjenestene. For det andre er det viktig å rette innsats mot tjenestenivået fordi man på denne måten kan nå mange flere og hjelpe et større antall brukere. En av våre informanter, som selv jobber med kompetanseheving rettet mot helse- og omsorgstjenestene, trekker frem at deres filosofi er å «*train the trainers*». På denne måten kan man spre kunnskapen og kompetanse bredere enn ved å jobbe direkte med enkeltbrukere.

Et av delmålene som retter seg mot tjenestenivået er at man skal «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten». For det første krever det at kunnskap om seksuell helse gjøres tilgjengelig for nåværende og fremtidige ansatte i helse- og omsorgstjenesten. For det andre krever dette delmålet at ansatte i helse- og omsorgstjenesten *braker* denne kunnskapen aktivt. Her er det viktig med en normalisering av temaet hvor man i større grad ser seksuell helse som en integrert del av en persons helse. Det andre delmålet i «Snakk om det!» som retter seg mot tjenestenivået sier at man skal «sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov». Flere av dem vi har snakket med legger vekt på nettopp dette som viktig og mener at det er en av grunnene til at det ikke er nok med enkeltstående kurs for å sikre god nok kompetanse i helsetjenestene. Flere peker på at respekt og forståelse krever mer dyptgående refleksjoner rundt blant annet egne holdninger, verdier og grenser, samt rolleforståelse.

Mange av informantene understreker at det viktig med en bred innsats rettet mot tjenestenivået, som både inkluderer et større fokus på seksuell helse i grunnutdanningene og større muligheter til kompetanseheving og videre- og etterutdanning. Flere tilskuddsmottakere bidrar til dette gjennom å tilby ulike kurs og kompetansehevingsprogrammer for ansatte i tjenesteapparatet.

Det brede fokuset, samt livsløpsperspektivet, i «Snakk om det!» fører også til at «tjenestenivået» omfatter et bredt spekter av ulike tjenester. Flere av dem vi har snakket med understreker også at tjenestenivået ikke bare består av helse- og omsorgstjenesten. Det finnes for eksempel mange fagpersoner som ikke jobber i helse og omsorg, men som likevel møter mennesker i ulike livsfaser og hvor temaer knyttet til seksuell helse kan være relevant. Med utgangspunkt i livsløpsperspektivet i «Snakk om det!», er for

eksempel barnehage, skole og barnevern viktige deler av tjenesteapparatet som må inkluderes.

Flere av tilskuddsmottakerne utvikler kurs og kompetansehevingsprogrammer, og sier at de er avhengige av tilskudd for å utvikle disse, og også for å kunne tilby dem gratis til de relevante tjenestene. Det at slik kompetanseheving er gratis oppfattes å være svært viktig for at det blir tatt i bruk. En av organisasjonene forteller også at de er langt mer åpne om opplæringen de tilbyr og læringsressursene de utvikler når dette er noe de kan tilby gratis, som er finansiert av det offentlige. Dersom de hadde vært nødt til å selge slike kurs, ville de ikke kunne dele innholdet åpent slik som er tilfellet nå. Tilskuddene spiller altså en viktig rolle både i å få flest mulig til å delta i kurs og kompetanseheving, men også i å sørge for at tilbydere av slike kurs kan lære av hverandre og heve kvaliteten i tilbudet. Flere av informantene forteller at de gjennomfører kurs og har brukerevalueringer som tyder på god måloppnåelse og at de når frem til deltakerne og bidrar til at helsepersonell endrer atferd.

Selv om mange er opptatt av behovet for å styrke kompetansen i tjenestene er det også mange som er kritiske til at viktig kompetanseheving kun skal gjennomføres frivillig og formidles av ideelle organisasjoner. Det påpekes at utfordringer knyttet til kompetanse først og fremst bør håndteres ved endringer i grunnutdanningene og gjennom å skape insentiver for etter- og videreutdanning. Kompetanseheving i tjenestene krever også et mer langsiktig arbeid enn det som kommer ut av ettårige tilskudd. Selv om flere tilskuddsmottakere samarbeider godt med utdanningsinstitusjoner og ofte får komme inn og holde kurs og seminarer om ulike temaer innen seksuell helse, mener de altså at dette ikke er nok. Slik kompetanse kan ikke dekkes gjennom et en- eller todagers frivillig kurs, men bør bli en mer integrert del av utdanningene. En informant mener også at det finnes svært mye kunnskap og forskning om seksuell helse som ikke blir anvendt fordi temaet ikke tas opp i utdanningene og blir formidlet videre til fremtidig helsepersonell og ansatte i andre tjenester.

Det påpekes også av organisasjonene at det kan være utfordrende å få helsearbeidere til å se temaet som relevant for deres yrkesutøvelse. Et illustrerende utsagn fra en tilskuddsmottaker:

*Vi har prøvd å ha konferanser for helsepersonell om hiv/soi, men de eneste som kommer er homofile og lesbiske leger.*

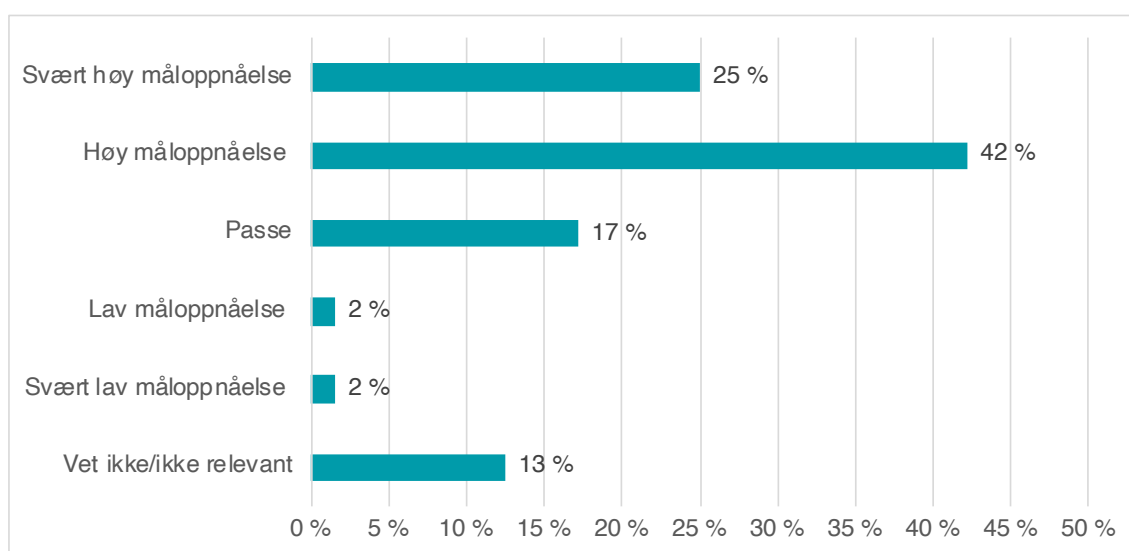
Dette tyder på at seksuell helse fortsatt sees på som et tema for spesielt interesserte. En informant som pleier å holde foredrag for medisinstudenter viser til at seksuell helse ikke ligger i studentenes opplæringsplan, og at de derfor er avhengige av engasjerte lærere eller elever som selv tar initiativ til å invitere eksperter på området. På dette området mener mange av tilskuddsmottakerne at de kan bidra positivt ved å spre informasjon og å understreke viktigheten av kompetanse på området.

Her peker flere på at seksuell helse i større grad må tas inn i grunnutdanningene og gjøres obligatorisk og poenggivende. I dag er ofte slike emner frivillige og ikke en del av kravene for å for eksempel få autorisasjon som lege. Å få til endringer i grunnutdanningene fremstilles av våre informanter som svært vanskelig og tidkrevende. Ofte skal medisinske grunnutdanninger dekke over en lang rekke temaer, og det er vanskelig å få inn nye emner i et allerede tettepakket program. Flere mener derfor at det er nødvendig med tydeligere pålegg til institusjonene som har ansvar for grunnutdanningene om å implementere denne kunnskapen i utdanningene. Dette er et område hvor tilskuddsordningene og -mottakerne i liten grad kan spille en rolle, annet enn gjennom politisk påvirkningsarbeid. Imidlertid peker mange på at det vil ta lang tid før denne kompetansen vil finnes i utstrakt grad i helsetjenestene dersom man først må vente på endringer i utdanningsprogrammene og deretter på at studentene kommer ut i

arbeidslivet. Her påpekes det at tilskuddsmottakere kan bidra til å «fylle hullet» så lenge gjennom å drive kursvirksomhet, ved å holde foredrag for studenter og ved å utvikle kompetansehevingsprogrammer for ansatte i tjenestene.

På tross av utfordringene nevnt her, viser spørreundersøkelsen at tilskuddsmottakerne generelt er fornøyde med egen måloppnåelse på tjenestenivået (se figur 4.7).

Figur 4.7: Samlet sett, hvordan vurderer du måloppnåelsen for aktivitetene i deres prosjekt på tjenestenivå (eks økt kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, i skolen eller andre tjenester)? (N=64)



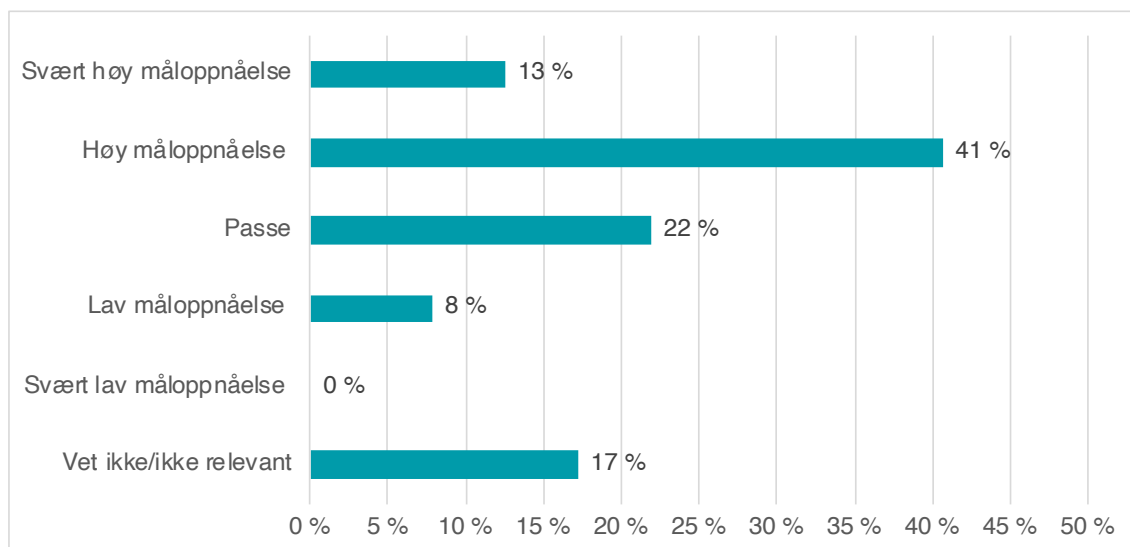
Her ser vi at totalt 67 prosent av de spurte mener de har hatt høy eller svært høy måloppnåelse, mens kun 4 prosent sier de har hatt lav eller svært lav måloppnåelse. Måloppnåelsen vurderes å være litt lavere på tjenestenivå enn individnivå. Ut ifra resultatene i spørreundersøkelsen er det imidlertid uklart om dette kommer av at færre prosjekter retter seg mot tjenestenivået eller at det faktisk er vanskeligere å oppnå god måloppnåelse på dette nivået.

### Måloppnåelse på systemnivå

Mange av organisasjonene som får tilskudd jobber opp mot systemnivået som en del av sin virksomhet. Dette kan for eksempel dreie seg om å bidra til holdningsendringer gjennom å skape mer synlighet og å bidra i det offentlige ordskiftet. I tillegg jobber mange bruker- og interesseorganisasjoner med politisk påvirkningsarbeid. Det virker imidlertid som om enkeltprosjektene som mottar tilskudd oftere er rettet mot individ- eller tjenestenivået enn mot slikt arbeid på systemnivå. I intervjuene er flere av informantene litt usikre på hva som menes med systemnivå, og hvorvidt tilskuddsordningen bidrar til måloppnåelse på dette nivået. En informant mener at systemnivået kanskje ikke er så prioritert i tilskuddsordningen.

I spørreundersøkelsen ser vi også at egenopplevd måloppnåelse på systemnivå blant tilskuddsmottakerne er noe lavere enn på de andre nivåene.

Figur 4.8: Samlet sett, hvordan vurderer du måloppnåelse for aktivitetene i deres prosjekt på systemnivå (eks økt åpenhet og aksept for mangfold i samfunnet, påvirkning på politikktutforming etc.)? (N=65)



54 prosent mener de har hatt høy eller svært høy måloppnåelse, mens 8 prosent mener de har hatt lav måloppnåelse (se figur 4.8). Her ser vi også at andelen som svart at de har hatt passe måloppnåelse og andelen som svarte «ikke relevant/vet ikke» er høyere enn på de andre nivåene, noe som kan reflektere den usikkerheten rundt dette nivået vi fant i intervjuene.

Likevel er det mye av arbeidet som gjøres på individnivå- og tjenestenivå som kan bidra til holdningsendringer mer generelt. Eksempler på dette kan for eksempel være prosjekter som tilbyr undervisningsopplegg knyttet til kjønn og seksualitet i skolen, eller kurs for ansatte i barnehage og skole. Selv om disse tiltakene retter seg mot individer og tjenester, vil de også kunne ha stor påvirkning på holdninger mer generelt i samfunnet dersom de gjennomføres i stor nok skala. Man kan derfor se på endringer på systemnivå som et resultat av mange prosjekter som i stor grad retter seg mot de lavere nivåene.

#### 4.2.1 Vurdering av måloppnåelse delmålene

Strategiplanen har som beskrevet fem delmål. Et av delmålene i strategiplanen er overlappende med det ene målet for hiv-ordningen. I tillegg har hiv-ordningen et eget delmål om å ivareta hiv-positive.

For tre av målene i strategiplanen er måloppnåelsen vanskelig å vurdere. Dette gjelder målene «å sikre mennesker i alle aldre god kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuelle helse», «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten» og «sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov». For disse målene kan man vurdere aktiviteten på feltet og for eksempel rapportere tall på hvor mange kurs som er holdt og hvor mange som har deltatt fra ulike målgrupper, men det er vanskelig å vurdere brukereffekter. Det er for eksempel vanskelig å vurdere i hvilken grad et tiltak har ført til økt forståelse og respekt. Når det gjelder kompetanseheving kan dette i noen grad måles gjennom for eksempel kursevalueringer, men det er ikke mulig å vite om dette faktisk fører til endringer i hvordan deltakerne utfører jobben sin. Disse tre delmålene har samfunns mål som vi ikke har mulighet til å vurdere måloppnåelsen for. Det er ikke kvantitative indikatorer på disse områdene tilsvarende de som finnes for de to øvrige delmålene.



Når det gjelder målet på hiv-ordningen om å ivareta hiv-positive rapporteres det i større grad nøkkeltal om hvilken oppfølging som er tilbudt, resultater fra brukerundersøkelser og kunnskapsinnhentinger som er gjennomført. Det er også flere av organisasjonene på dette feltet som uttrykker at de er opptatt av å måle resultatene av arbeidet enn det som gjelder for tilskuddsmottakere på seksuell helse ordningen.

Vi vurderer at tilskuddsordningene har bidratt til mange aktiviteter som er rettet mot å sikre mennesker i ulike livssituasjoner kunnskap, samt å sikre økt kompetanse og forståelse i helse- og omsorgstjenestene. Vi finner også at aktivitetene i stor grad er gjennomført slik de er planlagt.

Generelt mener ekspertene vi har intervjuet at det har vært en positiv utvikling på seksuell helse-feltet de senere årene. Det vil si at det både i helsefagene og i samfunnet for øvrig har vært en økt bevissthet om at det er nødvendig å ha oppmerksomhet på seksualitet og hva det vil si å tenke på seksualitet som en ressurs. Videre har det vært et økt fokus på kjønnsminoriteter og deres situasjon. Likevel er det fortsatt en lang vei å gå, og seksualitet blir fortsatt oppfattet som et særtema. Vi antar at det er mange faktorer som har bidratt til en positiv utvikling på feltet, og at aktivitetene som har fått støtte har vært med på å bidra til utviklingen. Men det er ikke mulig å vurdere hva situasjonen ville vært uten disse prosjektene.

Vi vurderer at prosjektene som har fått tilskudd gjennom ordningene har bidratt til at seksuell helse i større grad har fått oppmerksomhet i tjenestene, men at det ikke er mulig å kvantifisere måloppnåelsen. Når det gjelder de delmålene som har vært mål også for tidligere handlingsplaner på dette feltet, er det i langt større grad mulig å vurdere måloppnåelsen sett i forhold til hva som er kjente kvantitative størrelser. Nedenfor drøfter vi måloppnåelsen for delmålene om reduksjon i smitte av seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv, og målet om fortsatt reduksjon i uønskede svangerskap og abort.

#### 4.2.2 Mål om reduksjon i smitte av seksuelt overførbare sykdommer, inkludert hiv

Dette målet er felles for seksuell helse-ordningen og ordningen for å forebygge hiv/soi. Prosjektene som bidrar til å nå dette målet og som får støtte gjennom ordningen seksuell helse er rettet mot å bedre den seksuelle handlingskompetansen generelt og å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner som klamydia. For eksempel vil prosjekter rettet mot ungdom og unge voksne ha generelle mål om bedre seksuell helse, inkludert både mål om å forebygge uønskede svangerskap og å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner. Virkemidlet for å forhindre seksuelt overførbare infeksjoner er særlig å øke kondombruken.

Når det gjelder forebygging av hiv er dette arbeidet særlig rettet mot menn som har sex med menn. Forebyggende hivmedisin (PrEP) har bidratt til en sterk nedgang i nye hivtall sammen med at 98 prosent av alle hivpasienter er velmedisinerte og ikke smittsomme. PrEP bidrar til å redusere hiv, men kan samtidig medføre en økning i andre seksuelt overførbare infeksjoner som gonoré fordi man kan ha usikker sex uten å risikere å bli smittet av hiv. Enkelte uavhengige eksperter og tilskuddsmottakere påpeker at menn som har sex med menn av ulike årsaker kan ha en atferd og befinne seg i et nettverk som gjør dem mer utsatt for smitte av seksuelt overførbare sykdommer. Flere av tilskuddsmottakerne på ordningen mener at man fremover må legge større vekt på andre seksuelt overførbare infeksjoner og ikke kun hiv.

En annen utsatt gruppe er sexarbeidere der en stor majoritet har migrantbakgrunn. Også overfor denne gruppen handler innsatsen om lavterskeltilbud om testing og informasjon.

Språkutfordringer, lite helsekunnskap og ekstreme tabuer er utfordringer som lavterskeltiltakene jobber med.

Helsedirektoratet har en rekke kriterier som skal vise måloppnåelse på hiv/soi-ordningen. Kriteriene omfatter blant annet antall og hvilke typer tester for hiv og seksuelt overførbare sykdommer som er gjennomført og hvilke tiltak som er gjennomført for målgruppene med relevante nøkkeltall (for eksempel antall deltakere, antall seminarer, antall kondomer delt ut og lignende).

Forekomsten av hiv økte på 2000-tallet og toppet seg i årene 2009/2010. Deretter har smittetallene gått ned, og nysmitte med hiv antas å bli så godt som eliminert i Norge innen 2030. I 2019 var antall nye tilfeller 172, mens antallet i 2020 var 127. Den spesielt store nedgangen siste år knyttes delvis til koronapandemien og de medfølgende smittevernstiltakene. Men det har for øvrig vært en nedadgående trend de siste ti årene. Samtidig har forekomsten av gonoré og klamydia vært økende.

Lavterskeltiltak med testing og rask oppstart av behandling regnes som svært viktig for å redusere hivsmitte. Organisasjonene er opptatte av at det forebyggende arbeidet er viktig og at dette må fortsette. De fleste tilskuddsmottakerne mener de har gjennomført aktivitetene i tråd med prosjektbeskrivelsen, og vurderer dermed måloppnåelsen som god. Organisasjonene har fokus på at risikoen for å få hiv er skjevfordelt, også blant menn som har sex med menn og at det er viktig å nå undergrupper. Det mener de at gjør. Den vanskeligste gruppen å nå er innvandrere.

Ekspertene på feltet viser til at atferdsendring, herunder økt bruk av kondom er svært vanskelig å få til. Det påpekes også at det i noen grad kan virke som utviklingen når det gjelder infeksjonene går sin gang uavhengig av planene. Man ser for eksempel at smittevernstiltakene i forbindelse med koronapandemien har hatt en svært sterk effekt på forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner. Enkelte etterlyser bedre evalueringer av måloppnåelse, det vil si av sammenhengen mellom iverksatte tiltak og måloppnåelse.

### 4.2.3 Måloppnåelse fortsatt redusert abort

Arbeidet med å forebygge uplanlagte svangerskap er særlig rettet mot å gi veiledning om prevensjon og å gjøre prevensjon lett tilgjengelig. Arbeidet med å styrke kompetanse på seksuell helse generelt kan også bidra til å forebygge uønskede svangerskap. Flere av tilskuddsmottakerne opplyser at det de i større grad enn tidligere ser arbeidet med å forebygge uplanlagte svangerskap i sammenheng med arbeid på rus og psykisk helsefeltet. Arbeidet med å forebygge uplanlagte svangerskap er særlig rettet mot ungdom og spesielt sårbare grupper. I dag ser man at det særlig er viktig å nå både første- og andregenerasjons innvandrere med informasjon og hjelp til å få informasjon. Dette er grupper som kan være vanskelige å nå og som prosjekter i regi av ordningene kan bidra til. Generelt viser forskning at helsen blir dårligere etter migrasjon. Dette har blant annet sammenheng med språkbarrierer og problemer med å orientere seg i det nye hjemlandet. En av ekspertene vi intervjuet påpeker imidlertid at det ikke nødvendigvis er migrantperspektivet som er sentralt for å forebygge uønskede svangerskap, men at utfordringene særlig er knyttet til lav sosioøkonomisk status. Det er en sammenheng mellom lavt utdanningsnivå og manglende kunnskap om helse og det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og hvilke informasjonskanaler folk kjenner til og bruker.

Siden 2007 har det vært en jevn nedgang i antall aborter. I tillegg har abortraten i de ulike alderskohortene endret seg. Tidligere var det de yngste som hadde høyest abortrate. Nå er dette endret, og det ser ut til at de ulike alderskohortene tar med seg endret adferd videre. Nedgangen i aborttallene forklares med økt tilgang til informasjon

og at tilgangen til prevensjon har blitt mye bedre. Det har også vært endringer i hvilke typer prevensjonsmidler som er tilgjengelige. Samtidig er dette en internasjonal trend, og man ser det samme skje i hele den vestlige verden. Ekspertene på feltet er derfor noe usikre på hva som er årsakssammenhengen.

### 4.3 Oppsummering og vurdering

Vi finner at rapporteringene på prosjektene er jevnt over god, og at iverksatte tiltak generelt er fornuftige sett opp mot de satte målene. Vi vurderer den samlede måloppnåelsen for prosjektene som har fått støtte som god. Midlene har bidratt til aktiviteter som når målgruppene. Vi finner imidlertid at det er vanskelig å vurdere brukereffektene av tiltakene, altså om tiltakene fører til ønskede endringer hos målgruppene. Dette dreier seg om endringer i målgruppers bevissthet, kunnskap, holdninger og til syvende og sist atferd.

Vi finner av spørreundersøkelsen, intervjuer og gjennomgang av rapporteringer at kjønns- og minoritetsperspektivet på ulike måter er til stede i mange av aktivitetene som gjennomføres. Men selv om mange av aktivitetene har et kjønnsperspektiv, er det få prosjekter rettet mot voksne heteroseksuelle, særlig gjelder dette menn. Livsløpsperspektivet er også til stede, men vi finner at det relativt sett er få prosjekter rettet mot personer som har vært gjennom sykdom og mot eldre. Det har imidlertid vært en økning i antall prosjekter rettet mot eldre i 2020.

Det er få prosjekter som er rettet mot bedre seksuell helse hos voksne bortsett fra grupper som er spesielt utsatt for seksuell uhelse. Vi finner at en relativt høy andel av prosjektene har seksuelle minoriteter som primær målgruppe. Det kan argumenteres for at voksne heteroseksuelle, spesielt menn, er for dårlig ivaretatt sett i forhold til hvor stor andel denne gruppen utgjør av befolkningen. Samtidig er det ulike minoriteter som har vært prioriterte målgrupper for ordningene, det kan derfor sies å være et tegn på måloppfyllelse at det er mange aktiviteter rettet mot disse.

Om det burde vært færre aktiviteter rettet mot seksuelle minoriteter er vanskelig å vurdere. Det må vurderes på bakgrunn av hva som er målene for ordningene, og hva som har vært politiske og faglige prioriteringer i perioden. Dersom det er et sentralt mål å styrke seksuell folkehelse generelt burde det vært flere aktiviteter rettet mot den voksne heteroseksuelle befolkningen. Men dersom det er sentralt å styrke seksuell helse hos spesielt sårbare grupper er det naturlig at det er en relativt stor andel av prosjektene er rettet mot seksuelle minoriteter. Her må også disse to tilskuddsordningene sees i sammenheng med tilskuddsordningen for å bedre livskvaliteten blant lhbtqi-personer, som forvaltes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Vi mener det er hensiktsmessig med en dialog mellom Helsedirektoratet og Bufdir om disse ordningene og grensene mellom dem. Dette vil bidra til å unngå både overlapp mellom ordningene og at det er utfordringer blant lhbtqi-personer som *ikke* dekkes i noen ordning.

Hvilke områder og målgrupper som skal prioriteres bør være basert på kunnskap om hvilke utfordringer som finnes på seksuell helse-feltet, og på strategier for å møte disse utfordringene. Disse strategiene bør omfatte en vurdering av hvilke mål som skal nå gjennom bruk av tilskuddsmidler. Vi oppfatter at det i dag er en tendens til å gi midler til flest mulig målgrupper og formål. Det kan føre til at arbeidet på feltet ikke blir tilstrekkelig langsiktig.

Helsedirektoratet har ønsket å dreie prosjektene mer mot tjenestenivået, og mindre mot individnivået enn tidligere. Tanken er at man vil nå flere personer gjennom å styrke tjenestenivået enn ved individrettet arbeid. To av delmålene i strategiplanen er rettet mot tjenestenivået, noe som indikerer at dette er prioritert. Det er likevel flere

tilskuddsmottakere som uttrykker at de ikke har vært klar over at Helsedirektoratet har ønsket en slik dreining. Det er flere prosjekter som er rettet mot enkeltindivider enn mot tjenestenivået. På hiv-feltet presiserer mottakerne at selv om det er nyttig med økt kompetanse og innsikt i helsetjenestene, er det relativt få som kommer i kontakt med denne problematikken og at likepersonarbeid fortsatt er svært viktig for å nå målene om redusert smitte og god ivaretagelse av hiv-positive. Også innenfor seksuell helseordningen er det flere som fokuserer på betydningen av likepersonarbeid og å ha direkte kontakt med målgruppen. Dette gjelder særlig mindre minoritetsgrupper. Her må det gjøres en avveining av hva slags kompetanse det er hensiktsmessig at finnes *generelt* i tjenestene, og hvilken kompetanse som i stedet bør finnes i spesifikke og målrettede aktiviteter og tilbud til de aktuelle målgruppene. Etter vår vurdering er det fortsatt viktig at organisasjonene bidrar til å opprette trygge møteplasser og kanaler for slike grupper. Det er imidlertid viktig å sørge for et godt samarbeid mellom organisasjoner og det offentlige tjenestetilbudet slik at personer i målgruppen kan henvises begge veier på en god og treffsikker måte. I tillegg er det viktig at *kvaliteten* i tjenestene holder et tilstrekkelig høyt nivå uavhengig av om tjenestene tilbys av det offentlige eller gjennom ideelle organisasjoner.

Mange tilskuddsmottakere jobber på tvers av de ulike nivåene. For eksempel er det mange som jobber direkte med ulike målgrupper eller med pasientkontakt (individnivå) samtidig som de jobber med kompetanseheving og kursvirksomhet rettet mot helse- og omsorgstjenestene (tjenestenivå). Det er flere som påpeker at denne kombinasjonen styrker arbeidet på begge nivåer. I tillegg jobber også en del av dem med informasjons- og kommunikasjonsarbeid samt politisk påvirkningsarbeid som kan bidra til endringer på systemnivå. Dette gjøres i mindre grad i prosjekter som får tilskudd gjennom ordningene. Likevel er det mye av det tilskuddsfinansierte arbeidet som gjøres på individnivå- og tjenestenivå som også kan bidra til holdningsendringer mer generelt.

På spørsmål om egen måloppnåelse på de forskjellige nivåene, finner vi at tilskuddsmottakerne vurderer at egne prosjekter skårer høyt på alle nivåene, men det er en høyere andel som mener de har høy eller svært høy måloppnåelse på individnivå enn på tjeneste- og systemnivå.

Mange av tilskuddsmottakerne er enige i at det er svært viktig å styrke kompetansen og forståelsen for seksuell helse hos tjenesteutøvere. Flere tilskuddsmottakere forteller at de samarbeider godt med utdanningsinstitusjoner og ofte får komme inn og holde kurs og seminarer om ulike temaer innen seksuell helse. Samtidig påpekes det at utfordringer knyttet til kompetanse ikke bare kan løses av ideelle organisasjoner, men at de først og fremst bør håndteres ved endringer i grunnutdanningene og gjennom å skape insentiver for etter- og videreutdanning. Kompetanseheving i tjenestene krever dessuten et mer langsiktig arbeid enn det som kommer ut av ettårige tilskudd.

Etter vår vurdering er Helsedirektoratets dreining mot å gi tilskudd til tjenestenivået delvis vellykket. Det er logisk at flere i målgruppene kan nås gjennom å satse på kompetansehevingstiltak i tjenestene og at det kan bidra til at innbyggere i større grad kan få informasjon og tjenester som fremmer seksuell helse uavhengig av hvor de bor. Mange av prosjektene som er gjennomført har vært vellykket. Likevel svarer mange tilskuddsmottakere at de ikke har vært klar over at Helsedirektoratet har ønsket en slik dreining, noe som tyder på mangelfull informasjon. Videre avhenger kompetansehevingstiltak av at de som tilbys kompetanseheving opplever at de har behov for og er interesserte i tilbudet. Noen av tilskuddsmottakerne har opplevd at interessen for kompetanseheving er varierende. Virkningene av tiltak rettet mot tjenestenivået er dessuten i liten grad målt, vi har liten informasjon om deltakernes vurdering av tiltakene og ikke informasjon om hvilke endringer tiltakene har ført til.

Vi finner som nevnt at tilskuddsmottakerne selv vurderer at mange av prosjektene rettet mot tjenestenivået er vellykket, men totalt sett vurderer de at de individrettede tjenestene har bedre måloppnåelse. Det kan ha sammenheng med at interessen for tiltakene rettet mot tjenestenivået til dels er lavere og det kan ha sammenheng med at mange av organisasjonene er vant til å drive likepersonarbeid og har bedre forutsetninger for å jobbe individrettet.

På noen områder er det dessuten slik at effekten av tilskudd sannsynligvis er større når organisasjonene jobber individrettet enn tjenesterettet. Det gjelder for eksempel når likepersonarbeid er sentralt for å nå målgruppen med informasjon og veiledning. Det er også slik noen målgrupper er så smale at det ikke er fornuftig å jobbe bredt mot tjenestene for å øke kompetansen, men at dette bør spisses mot dem som faktisk er i kontakt med målgruppen. Det kan for eksempel gjelde oppfølging av hivpositive.

Når tilskuddsordningen seksuell helse har så brede målsettinger tror vi også dette kan føre til at oppfølgingen av strategiplanen i for stor grad blir knyttet til tilskudd. For å lykkes med strategiplanen er det viktig med innsats i offentlige tjenester. Tilskuddsordningen kan bli en hvilepute for myndighetene i arbeidet med å følge opp planen.

Vi mener at det bør drøftes og konkretiseres nærmere hvordan tilskuddsmottakerne bør innrette aktivitetene sine mot tjenestenivået for at de skal ha størst mulig effekt. Herunder bør det vurderes hvilke mål det er realistisk at skal nås gjennom aktiviteter basert på tilskudd og i regi av frivillige organisasjoner. Videre bør det komme tydeligere frem på hvilke områder individrettet arbeid er mest hensiktsmessig.

Strategiplanen har fem delmål og hiv-ordningen har to overordnede målsettinger. I tillegg er det ulike prioriteringer på de to tilskuddsordningene. Det er i svært varierende grad mulig å vurdere måloppnåelsen basert på kvantitative indikatorer. Når det gjelder delmålene om reduksjon i uplanlagte svangerskap og redusert smitte av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner ser disse målene ut til å nås på viktige områder. Vi kan imidlertid ikke med sikkerhet si i hvor stor grad dette skyldes tilskuddsordningene. Forekomsten av hiv er redusert og det er en jevn nedgang i aborttall. Men det har samtidig vært en vekst i forekomsten av infeksjoner som gonoré og klamydia. Når det gjelder de øvrige delmålene i strategiplanen; økt kunnskap og forståelse i helse- og omsorgstjenestene og å sikre kompetanse til å ivareta egen seksuelle helse er det vanskelig å vurdere disse basert på kvantitative indikatorer.

Vi mener at for å vurdere måloppnåelsen, og for å kunne vurdere hva som skal til for å øke måloppnåelsen er det nødvendig å konkretisere nærmere hvilke mål ordningene er ment å oppfylle. Når ordningen seksuell helse har de samme målene som hele strategiplanen er dette for vagt og bredt til å kunne vurdere en samlet måloppnåelse. Videre bør det utformes søknads- og rapporteringsskjemaene slik at aktiviteter tydelig kan kobles til ulike målsettinger. Et første skritt er altså konkretisering av målene og deretter utvikle rapporteringskrav som gjør det mulig å vurdere brukereffektene. I dette arbeidet er det også nødvendig å prioritere mellom mål. Det må gjøres faglige og politiske avveininger av hvilke mål myndighetene ønsker tilskuddsordningene skal bidra til å nå.

## 5 Rett kompetanse på rett nivå

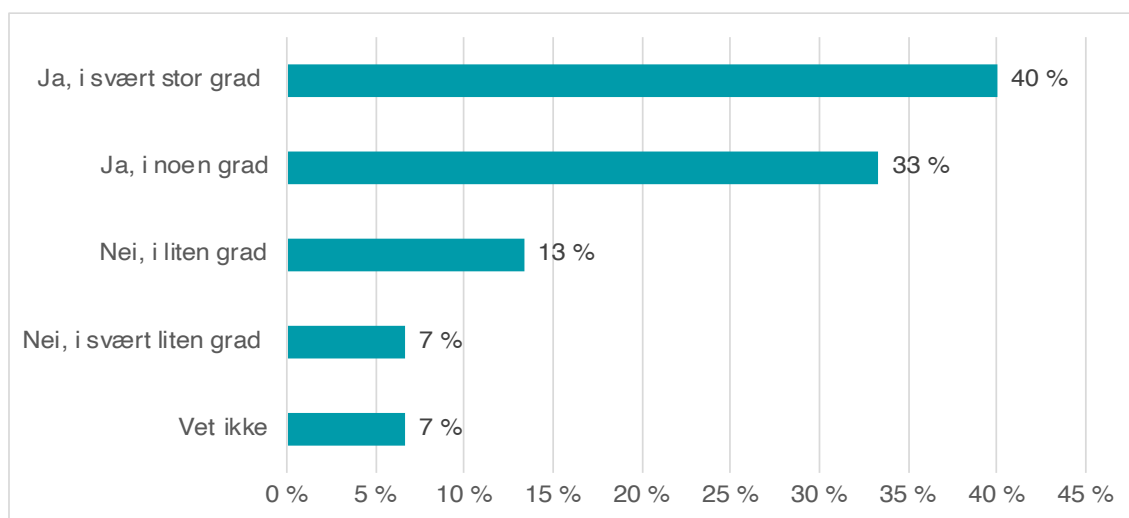
Tilskuddsordningene for seksuell helse skal støtte opp om offentlige tjenester, og er rettet mot en rekke aktører på feltet. Både kommunale og statlige aktører, stiftelser og organisasjoner er i nedslagsfeltet for ordningene. Tilskuddsmottakerne besitter kompetanse som er viktig for måloppnåelse på ordningene, og er ment å utfylle de lovpålagte offentlige tjenestene.

Et sentralt moment i evalueringen er å vurdere om tilskuddsordningene for seksuell helse stimulerer til at rett kompetanse brukes på rett nivå. Rett kompetanse handler om effektivitet, riktig fordeling av ressurser og om aktørene bruker kompetansen de besitter på rett måte og på rett nivå. Helsedirektoratets ønske om flere aktiviteter rettet mot tjenestenivået er basert på en vurdering av at dette vil føre til mindre uønsket variasjon, og i større grad sikre lik tilgang til informasjon og tjenester, uavhengig av geografisk tilhørighet.

Sivilsamfunnsaktører har en sentral plass i det norske samfunnet. Gjennom likepersonarbeid og frivillig arbeid vil man kunne nå frem til andre målgrupper, med et språk og et budskap offentlige tjenester ikke besitter. På feltet seksuell helse kan de gi brukergrupper arenaer for å møte likesinnede, og fungere som pådrivere for tilgang til tilbud utover det som gis av offentlige tjenester. Flere av tilbudene når også grupper med særlig sårbarhet for seksuell uhelse, grupper det er vanskelig å nå gjennom ordinære tjenester. Ikke minst vil man ved hjelp av tilskuddsmidler kunne stimulere til at for eksempel lærere eller helsesykepleiere kan gjennomføre kurs i regi av frivillighetsfeltet, og ta med kunnskapen inn i sin yrkesutøvelse og på sin arbeidsplass.

I spørreundersøkelsen ble tilskuddsmottakerne spurt om de mener at aktivitetene de har fått støtte til egentlig er innenfor offentlige tjenesters ansvarsområde. Over 70 prosent svarer i noen eller svært stor grad at det er tilfelle.

Figur 5.1: Mener dere at aktivitetene dere har fått støtte til egentlig er innenfor offentlig tjenesters ansvarsområde? (N=30)



I kommentarfeltet fikk de mulighet til å utdype svaret. En tilskuddsmottaker på hiv-feltet mener det er et langsiktig mål at offentlige tjenester skal ha oppdatert kunnskap om hiv, slik at personer som lever med hiv ikke opplever stigma og diskriminering i tjenestene. Så lenge dette ikke er tilfelle, vil det være behov for å ha denne kompetansen hos sivilsamfunnsaktørene. Andre jobber for at brukerne de følger opp skal få tilgang til offentlige tjenester, og peker på at det offentlige i prinsippet har ansvar for å gi informasjon og tilby tjenester. Enn så lenge mener de likevel at de gjennom

likepersonarbeid er i stand til å oppnå en helt annen tilgang og tillit i målgruppen, og på den måten kunne tilby bedre tjenester enn det offentlige. En respondent var usikker på svaret:

*Jeg er litt i tvil om jeg skulle svare «Ja, i noen grad». Det er et litt politisk spørsmål. Å styrke seksualitetsundervisningen i skolen er et offentlig ansvar, men skolemateriell er i Norge privatisert og som sådan er den delen av vår virksomhet i svært liten grad offentlige tjenesters ansvarsområde.*

I intervju med tilskuddsmottakerne spurte vi om man gjennom tilskuddsordningene stimulerer til at rett kompetanse brukes på rett nivå. Mange synes sivilsamfunnsaktørene er viktige og nødvendige bidragsytere, med en kompetanse som utfyller det offentlige. En mottaker mener styrken til frivillige aktører er å kontinuerlig kunne møte brukerne der de er, når de trenger det. Det ser man ikke minst hos pasientorganisasjonene, som står i en særstilling og gjør oppgaver som ikke kan ivaretas av det offentlige. Hjelpeapparatet har ikke den samme muligheten, og bør fokusere på mer langsiktig arbeid. Videre er tilskuddsmottakerne opptatt av at de klarer å videreformidle sin kompetanse, og at de gjennom det nasjonale arbeidet deler kunnskap og erfaring på en måte som utfyller de offentlige tjenestene. Dette kommer også til syne når det gjelder hivtesting:

*Når det gjelder testing er argumentet at det er et supplement til eksisterende testmuligheter i helsetjenesten, og at det er nødvendig med (reelle) lavterskeltilbud som supplement til helsetjenesten. Frivillige aktører når ut til minoritetsgrupper på en annen måte enn helsemyndighetene. For eksempel til de som er mest utsatt for smitte.*

Et annet eksempel er arbeid opp mot minoritetskvinner. Tidligere fantes et gratis lavterskeltilbud rettet mot denne gruppen kvinner i Oslo, hvor de kunne få gratis prevensjon, abort og hjelp til familieplanlegging. En ekspert vi snakket med forteller:

*FAFUS-prosjektet [...] var et lavterskeltilbud gjennom jordmødre på Oslo Universitetssykehus (OUS). Kvinner kunne komme på drop-in, få prevensjonsveiledning og prevensjon gratis. Ble spredt munn-til-munn i minoritetsmiljøer. Men på et tidspunkt bestemte OUS/Helsedirektoratet at dette måtte Oslo kommune ta ansvar for. Da har det vel blitt delegert ut til bydeler og helsestasjoner, og vet ikke hvor godt det har fungert.*

FAFUS var et prosjekt driftet av Oslo Universitetssykehus i perioden 2010-2015. Erfaringene ble samlet i en egen håndbok (Oslo Universitetssykehus 2016). Som eksperten forteller, ble tjenesten deretter overført til Oslo kommune. Helsedirektoratet opplyser at tilbudet nå er tilgjengelig i 15 bydeler, og delvis finansiert over tilskuddsordningen *Styrking og utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. I tillegg fikk Oslo kommune i 2020 seks millioner kroner til å videreutvikle tilbudet. Det at kjennskapet til dette tilbudet ble spredt mellom minoritetskvinnene, gjorde at mange fikk tillit til tilbudet. Eksempelet viser på den ene siden hvordan informasjonsarbeid og hjelpetiltak på siden av ordinære tjenester kan bidra der myndighetene ikke strekker helt til. På den andre siden viser eksempelet at statlige tilskuddsmidler kan stimulere til utvikling av likeverdige tilbud tilpasset målgruppens behov, som kommunen deretter overtar ansvaret for. Dette er et eksempel på et utviklingsprosjekt hvor tilskuddsmidlene brukes til å utvikle en tjeneste som kommunen deretter skal ha ansvar for. Men det viser også utfordringene; de ansvarlige i prosjektet oppfatter at dette er en tjeneste som fungerte godt da de fikk tilskuddsmidler og at brukerne har fått et dårligere tilbud når kommunen overtok ansvar for tilbudet. Tilskuddsmidlene er begrenset og dersom midlene i stor grad skal brukes til å drifte tjenester over tid, vil det gå utover mulighetene for satsinger på andre områder.

Det å kunne dele av sin kompetanse er viktig for flere tilskuddsmottakere. Enkelte har ansatt helsepersonell i virksomheten, og baserer undervisning og informasjonsarbeid på denne kompetansen. Dette gir en ekstra dimensjon til arbeidet. På sikt kan det være et mål at helsepersonell i offentlig virksomhet overtar mye av dette arbeidet, ved for eksempel å lære opp hiv-kontakter på sykehjem. Andre peker på at det i mange kommuner kan være vanskelig å forsvare et gitt prosjekt rent økonomisk, og synes det er fint at en nasjonal tilskuddsordning kan fungere som en «kick-starter» for et prosjekt på lokalt nivå. Etter hvert kan det føre til at kommunen selv kan finansiere tiltaket, noe FAFUS er et eksempel på.

Det kan imidlertid være problematisk å rekruttere god nok kompetanse til organisasjoner som baserer arbeidet på tilskuddsmidler. Det vil sjelden være mulig å tilby faste stillinger. Tilskuddsmidler utbetales ofte ikke i løpet av første kvartal. En aktør forteller at de ofte må ansette folk midlertidig, gjerne i perioden juli-februar, og etterlyser mer langsiktighet i tilskuddsarbeidet.

En annen utfordring er at det store antallet sivilsamfunnsaktører øker faren for «vedsiden-av-tjenester», og at man ikke i stor nok grad bygger på eksisterende tjenester. Prosjekter som finansieres ved hjelp av tilskuddsmidler må ikke bli en hvilepute for myndighetene, og skal ikke erstatte de ordinære tjenestene. En tilskuddsmottaker fikk beskjed om at tilskuddet for 2020 var det siste, og at de kom til å bli faset ut av tilskuddsordningen. De viser forståelse for hvorfor det ble slik, da det de gjør ikke lenger er å anse som et prosjekt, men som en del av kommunens faste oppgaver. Denne beskjeden gjør at organisasjonen enten må nedjustere driften eller nedprioritere andre prosjekter.

Én av ekspertene vi intervjuet mener systemet gjennom tilskuddsordningene fører til en delegering av ansvar for å redusere helseforskjeller til organisasjoner som ikke har denne kompetansen, eller har dette som underliggende mål. Eksperten mener myndighetene legger et ansvar over på organisasjonene, ved å gi tilskuddsmidler. Vedkommende har selv opplevd å bli bedt om å hjelpe til med å bidra gratis med faglig innhold ved arrangementer som ansvarlig organisasjon selv ikke har tilstrekkelig kompetanse på. Vi ser at dette kan være en konsekvens av at organisasjonene ønsker å skape prosjekter som er i tråd med myndighetenes prioriteringer, men vi har inntrykk av at organisasjonene i de fleste tilfeller selv har mye kjennskap til de problemstillingene de jobber med i prosjektene som får støtte.

Det er dessuten områder hvor organisasjonene har mer kompetanse enn offentlige tjenester. Dette gjelder for eksempel seksualitetsundervisning i skolen, hvor blant annet Sex og politikk tilbyr seksualundervisning til en stor andel av landets ungdomsskoleelever. Dette er en oppgave mange mener skolen burde være i stand til å ivareta selv, men hvor organisasjonene bidrar til å fylle hull i pensum, læreplanene og grunnkompetansen i profesjonene.

Selv om sivilsamfunnsorganisasjoner kan nå grupper som offentlige tjenester ikke når, er det viktig påpeke at heller ikke organisasjonene representerer alle. En ekspert understreker for eksempel at flere skeive ikke har en tilknytning til noen av organisasjonene som mottar tilskudd. Det er derfor viktig at offentlige tjenester ikke skyver ansvaret for tjenester rettet mot enkelte grupper helt over på organisasjonene. Det må også gis tilstrekkelig god hjelp til personer som henvender seg til offentlige tjenester.



## 5.1 Oppsummering og vurdering

Tilskuddsordninger brukes generelt som virkemiddel for å nå bestemte mål innenfor et avgrenset område, mål som ikke forventes å bli realisert uten tilskuddet.

Vi finner at mange av tilskuddsmottakerne mener at aktivitetene de får støtte til egentlig er innenfor offentlige tjenesters ansvarsområde. Samtidig mener de at dette er tjenester som det offentlige ikke er i stand til å yte like godt som det de selv gjør. Som vi har sett mener de aller fleste av informantene at sivilsamfunnsaktører/frivillige organisasjoner tilfører feltet seksuell helse nyttig og nødvendig kompetanse. De mener også at de utfyller ordinære tjenester på en god måte. Dette handler om å kunne være til stede der brukerne er, når de trenger det. Det handler også om å kunne tilby lavterskel informasjon og hjelpetilbud uten å måtte gå gjennom for mange ledd. De få utfordringene som trekkes frem handler i noen grad om tilskuddsforvaltningens uforutsigbarhet, og i større grad om faren for at tilskuddsmottakere tilbyr de samme tjenestene som det offentlige.

Dette siste poenget kan være en medvirkende årsak til at over 70 prosent av de som besvarte spørreundersøkelsen mener de utfører oppgaver som egentlig burde blitt løst av det offentlige. Tilskuddsmidlene bidrar altså i noen grad til å opprettholde en slags «ved-siden-av-tjeneste». Flere store og stadig mer profesjonelle aktører har over mange år gjort seg nærmest uunnværlige på et forholdsvis lite felt. Denne utviklingen kan ha gått på bekostning av nødvendig kompetanseheving i de offentlige tjenestene. Det kan med andre ord oppstå fortrenghningseffekter – at noen aktører har tilbudt tjenester som burde vært tjenester utført av det offentlige. At tilskuddsmottakerne tilbyr disse tjenestene, kan slik sett bli en hvilepute for det offentlige. Dette kan også være problematisk fra et demokratisk tjenesteperspektiv. Organisasjonene som tilbyr tjenester innenfor det offentliges tjenesteområdet, befinner seg ofte i de store byene, hvilket kan gå på bekostning av likheten i tjenestetilbudet. Samtidig vil det i flere tilfeller være slik at det er frivillige aktører som gjennom likepersonarbeid har forutsetninger for å nå flest mulig i målgruppen selv om deres tilbud er begrenset til de store byene. Det er dessuten ikke slik at kommunale tjenester kan gi et «likt» tilbud på tvers av alle kommuner.

Gjennom tilskuddsordningene er man i stand til å tilby aktiviteter det offentlige ikke er i stand til å løse på en like god og effektiv måte. Et eksempel er anonymt lavterskeltilbud om hivtesting slik Helseutvalget tilbyr. Det samme kan gjelde informasjons- og veiledningsgrupper til ulike minoritets- eller marginaliserte grupper.

Men når det gjelder et tilbud som seksualitetsundervisning i skolen mener vi det er rimelig å forvente at det ikke skal være slik at noen elever får et bedre tilbud enn andre avhengig av hvor de bor, og hvilke organisasjoner som har tilbud på bostedet. Dette er et felt hvor det ser ut til å være behov for mer kompetanseheving til lærere om hvordan utforme seksualitetsundervisning.

## 6 Perspektiver på forvaltning og innretning

Dette kapittelet tar for seg perspektiver på Helsedirektoratets forvaltning av de to ordningene som er evaluert, og på hvordan de kan innrettes videre. Vi trekker her veksler på de samlede inntrykkene og refleksjonene vi har gjort oss som en del av evalueringsarbeidet. Innholdet er ment som fremtidsrettede innspill og anbefalinger som direktoratet kan ta videre i interne prosesser, samt utad – mot aktørene i sivilsamfunnet.

### 6.1 Måloppnåelse – behov for systematiserende grep og differensiering?

Det er krevende å vurdere tilskuddsordningenes måloppnåelse av flere årsaker. Innholdet i aktivitetene som får støtte gjennom ordningene er ulikt, og mulighetene for å rapportere resultater avhenger til dels av innholdet i den enkelte aktivitet. I tillegg skal det rapporteres på måloppnåelse innenfor en svært kort tidsperiode – for mange av prosjektene skal det skje innenfor et kalenderår, der midlene ofte ikke er overført før på vårparten.

Helsedirektoratet som forvalter har behov for god rapportering fra tilskuddsmottakere. Dårlig rapportering betyr ikke nødvendigvis at aktivitetene har vært dårlige – det betyr bare at tilskuddsmottaker ikke viser til eller sannsynliggjør resultatene. Dette er i seg selv utfordrende i et forvaltningsperspektiv.

For å sikre god måloppnåelse mener vi det er viktig at Helsedirektoratet utformer en bedre struktur for rapportering.

#### 6.1.1 Grunnleggende sorteringer på resultater

Dersom en virkningskjede etter DFØ-standard legges til grunn, vil minimum for rapportering ligge på et aktivitets- og tjenestenivå. Det vil si at tilskuddsmottaker redegjør oppsummerende for hvordan midlene har bidratt til tjenester eller andre intervensjoner for ulike målgrupper. Dette er et rapporteringsnivå som er innenfor tilskuddsmottakers innflytelse og kontroll. Det kan for eksempel omfatte antall personer som har fått tilbud om en tjeneste og volumet av en innsats – eksempelvis hvor mange kurs som er holdt, hvor mange artikler som er utdelt o.l. I rapporteringsøyemed vil en slik rapportering kunne være ganske lik på tvers av felt og organisasjoner, og de større aktørene kan her også støtte seg på sine årsrapporter som gjerne har informasjon om «hvor mange man når» på ulike felt.

#### Eksempler på indikatorer for dokumentasjon av resultater:

- Antall personer som har fått undervisning
- Antall gjennomførte kurs/seminarer/foredrag, o.l.
- Antall utdelt informasjonsmateriell/kontaktinformasjon/visittkort
- Antall besøk på hjemmesiden, delinger, likes og visninger
- Antall besvarte henvendelser, for eksempel på chat
- Antall utdelte kondomer
- Antall gjennomførte hiv-tester
- Antall legekonsultasjoner
- Tilbakemeldinger fra kursdeltakere/elever gjennom evalueringsskjema

Utfordringen i rapportering ligger på brukereffektnivå – det vil si rapportering av endringer hos målgruppen som man ønsker skal være resultatet av tilskuddsmottakernes intervensjoner. Dette kan for eksempel være endringer i målgruppens bevissthet, kunnskap, holdninger og til sist atferd. Dette er et rapporteringsnivå tilskuddsmottakerne

ikke har kontroll over, men som aktivitetene er ment å påvirke direkte eller indirekte. Hvis en tilskuddsmottaker gir opplæring eller informerer om et tilbud, en tjeneste eller en møteplass, kan deltakelse i denne aktiviteten betraktes som en indikator på brukereffektnivå. Det vil si at det er en indikator på at brukerne handler annerledes enn tidligere etter å ha blitt nådd av tilskuddsmottakers intervensjon, og at det ligger et betydelig arbeid i å mobilisere en målgruppe som kanskje er vanskelig å nå. Dette er en viktig betraktning fordi mange av tilskuddsmottakerne som får midler gjennom disse ordningene nettopp har aktiviteter som produserer ulike tilbud og tjenester. I mange tilfeller er dette tilbud og tjenester som personer i målgruppen selv må ønske, og bestemme seg for å oppsøke. I porteføljen av tilskuddsmottakere vil dette typisk gjelde de prosjektene retter seg mot individnivået (nærmere forklart i påfølgende kapittel 6.1.2). Det å delta eller å benytte seg av et tilbud eller en tjeneste kan ses på som en brukereffekt – på kort sikt. Kalenderåret som tilskuddsordningene følger, kan i mange tilfeller ses på som nettopp kort sikt. Dersom direktoratet utvider tidsrammen og gir mer forutsigbarhet til tilskuddsmottaker, kan det være rimelig å forvente en rapportering som er mer ambisiøs når det kommer til brukereffekter. Om tilskuddsmottakere ser behov for egne evalueringer som går utover organisasjonens eksisterende rutiner for monitorering, bør dette være noe de kan innlemme i søknaden om tilskudd. Dette forutsetter selvsagt at de har kompetanse og kapasitet til å evaluere, eller innhente dette på andre vis.

På brukereffektnivå er det store forskjeller i hvilke muligheter tilskuddsmottakerne har når det gjelder å innhente informasjon om brukerne – og til å få informasjon om brukernes erfaringer og vurderinger av aktivitetene. At tidsrammene for aktivitetene er korte, gjør dette enda mer krevende. Som gjennomgangen av rapporteringene fra tilskuddsmottakerne viser, er det verdt å merke seg at mange tilskuddsmottakere ikke viser til konkret måloppnåelse eller sannsynliggjør måloppnåelse i rapporteringen til Helsedirektoratet.

Vi mener at direktoratet bør vurdere et rapporteringsregime som skiller mellom mål, tiltak/aktivitet og resultat. Dette innebærer at forventningene til hva tilskuddsmottaker skal rapportere på blir tydeligere, og vil gjøre det mulig å få en rapportering både på aktivitetsnivå og brukereffektnivå. Dette forutsetter et oppsett som er enkelt for tilskuddsmottakerne å bruke, hvor sammenhengen mellom søknad, tildelingsbrev og faktisk oppnådde resultater er førende. Der det ikke er mulig å rapportere faktiske brukereffekter, kan det rapporteres på indikatorer som sannsynliggjør brukereffekter.

## 6.1.2 Individ, tjeneste og system

Helsedirektoratet bruker begrepene individnivå, tjenestenivå og systemnivå for å kategorisere tilskuddsmottakernes intervensjoner. Vi finner at en slik nivåforståelse ikke er tilstrekkelig kommunisert til tilskuddsmottakerne, og at det er behov for å konkretisere og operasjonalisere disse nivåene nærmere. Denne kategoriseringen brukes heller ikke i utformingen av søknads- og rapporteringsregimet for ordningene.

Målene i strategiplanen kan sies å være rettet mot endring på individ-, tjeneste- og systemnivå, men det kreves en mer overordnet tenkning rundt disse kategoriene. På individnivå kan man si at tiltakene er rettet mot at enkeltindivider skal få informasjon og tilbud om tjenester som bidrar til økt kompetanse eller atferdsendring. Tjenestenivået innebærer aktiviteter rettet mot at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenestene og at tjenester som møter mennesker i ulike livssituasjoner har en bedre forståelse av seksuell helse og hvordan det spiller sammen med andre livsområder. Systemnivået kan være krevende å skille fra

tjenestenivået, men for eksempel talsmannsarbeid<sup>8</sup> overfor myndigheter og politisk nivå er en del av dette.

En mer systematisk tenkning rundt individ-, tjeneste- og systemnivå kan gi store utslag i hvordan tilskuddsmottakerne rapporterer. Tabellen under er ment som en tentativ og systematiserende inngang til å tenke rundt disse tre nivåene. Den mest grunnleggende sorteringen her dreier seg om hvorvidt tilskuddsmottakerens intervensjon påvirker målgruppene direkte eller indirekte.

Tabell 6.1: Eksempler på intervensjoner på de ulike nivåene

Nivå	Intervensjonskategori	Mulige tilnærminger til brukereffektivnivå
<b>Individ</b>	Intervensjoner der tilskuddsmottakerens aktiviteter gir <i>direkte</i> møter med målgruppene, eller <i>forsøk</i> på å etablere slik kontakt gjennom ulike virkemidler.  (eks: informasjon og veiledning, utdeling av prevensjon, direktemøter med brukere for hurtigtesting o.l.)	Målgruppens <i>deltakelse</i> (hvis dette er resultat av aktiviteter som rekrutteringsarbeid, dialogopprettende arbeid mot vanskelig tilgjengelige grupper, kampanjer eller annet informasjonsarbeid)  Målgruppens <i>bruk</i> av spesifikke tjenester (for eksempel testing)  Målgruppens <i>vurderinger</i> av egen situasjon/kompetanse eller atferd, eller vurderinger av tilskuddsmottakers tilbud/tjenester (nyttens og kvaliteten av disse).
<b>Tjeneste</b>	Intervensjoner der tilskuddsmottakeren <i>ikke</i> har direkte kontakt med målgruppene, men driver utvikling, kompetanseheving og opplæring av andre tjenester slik at <i>de</i> kan heve kvaliteten i <i>sin</i> kontakt med målgruppene.  (eks: kurs for lærere med mål om bedre seksualundervisning i grunnskolen)	Tjenestenes <i>kunnskapsutbytte</i> fra kursing/opplæring:  Deltakeres selvevaluering av utbytte Enkel testing av deltakeres kunnskapsnivå  Relevante <i>endringer i tjenesteytingen</i> – volum eller justeringer av innhold, integrering av seksuell helse i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid
<b>System</b>	Intervensjoner der tilskuddsmottaker mobiliserer for å påvirke strukturer og/eller er del i beslutningsprosesser som angår utformingen av tjenester, eller politiske prosesser, og der hvor brukermedvirkning er en sentral del av intervensjonen.	Deltakelse i råd og valg. Nybrottsarbeid i betydningen utprøving av nye tjenester eller tverrgående samarbeidskonstellasjoner.  Relevante endringer i selve utformingen av tjenester og/eller deres samhandling med hverandre.

Kategorisering av tilskuddsmottakernes intervensjoner gir direktoratet et mer strategisk grep om ordningene og et bedre overblikk over porteføljen av aktiviteter som gjennomføres. Tydeliggjøringen av kategorier vil også kunne gjøre det enklere for Helsedirektoratet å kommunisere prioriteringer og utforme søknads- og rapporteringskrav. I dag foretar direktoratet prioriteringer fra år til år, ved for eksempel å vektlegge et spesielt segment i målgruppene – for eksempel eldre. Disse prioriteringene bidrar til å tydeliggjøre mål og målgrupper, men vi mener at det også er behov for å tydeliggjøre prioriteringer for hvordan aktivitetene bør innrettes på forskjellige nivåer (individ-, tjeneste- og systemnivå) for å nå de ulike målene

<sup>8</sup> Oxford Research har i sin evaluering av ordningen for Rus- og psykisk helsefeltet flere perspektiver på dette feltet spesifikt koplet med ulike typer brukermedvirkning (Oxford Research 2019).

Selv om begge ordningene har blitt mer dynamiske gjennom årlige prioriteringer og hatt en viss dreining mot å øke kompetansen i tjenestene, finner vi at det er viktig at Helsedirektoratet gir tydeligere signaler om hvordan de ønsker at tilskuddsmottakerne skal jobbe, og hvilken kompetanse man gjerne skulle sett utviklet i tjenestene. Vi finner at en vid og til dels vag strategiplan som ordningene er ett ledd i å oppfylle, gir muligheter for tilskuddsmottakere til å jobbe innovativt. Samtidig er det mange av tilskuddsmottakerne som oppfatter at også målene for ordningene er vage og at det er lite tydelig hva Helsedirektoratet ønsker.

Etter vår vurdering gir en bred strategiplan som er overordnet i sine formuleringer forvalter et mulighetsrom til å gjøre egne prioriteringer for hvilke retninger, på hvilke områder og mot hvilke målgrupper man ønsker at midlene skal kanaliseres. Når det er sagt, krever et slikt mulighetsrom at forvaltningen er aktiv og tydelig i sin kommunikasjon av prioriteringer og målsettinger for ordningene – både de som ligger fast, og de ulike prioriteringene som endres fra år til år. Faste dialogmøter og mer direkte kommunikasjon ut mot potensielle søkere kan være et virkemiddel for å få dette til.

Vi finner at mange av aktivitetene som har fått støtte i den i perioden vi har evaluert har vært rettet mot seksuelle minoriteter. Dette oppfatter vi at er i tråd med de årlige prioriteringene som har vært satt for ordningene. Når det gjelder hiv-ordningen er det dessuten logisk at aktivitetene særlig er rettet mot minoriteten menn som har sex med menn, ettersom denne gruppen er særlig utsatt for hiv. I et folkehelseperspektiv kan det argumenteres for at flere prosjekter burde vært rettet mot majoritetsbefolkningen, og vi har tidligere påpekt at det har vært svært få aktiviteter rettet mot voksne heteroseksuelle - særlig gjelder det menn. Samtidig kan det være gode argumenter for at ordningene skal bidra til bedret seksuell helse for de mest sårbare gruppene. Etter vår vurdering er det viktig at mål og prioriteringer settes på bakgrunn av et godt kunnskapsgrunnlag og at det utformes konkrete strategier som beskriver hvordan målene skal nås. Å utforme et mål, prioriteringer og strategier er etter vår vurdering forvaltningens oppgave. Etter vår vurdering bør det være en helhetlig plan for dette arbeidet. Vi tror ikke det er gunstig å smøre midlene tynt utover ut fra et perspektiv om at «alle skal få litt».

Vi finner også at inndelingen i to ordninger på seksuell helse-feltet medfører at mulighetene for en helhetlig og innovativ tilnærming blir mindre, og at det blir mindre kunnskapsoverføring mellom aktivitetene som skjer i regi av de to ordningene. Vi mener at aktivitetene i dag i noen grad blir silobaserte. Dette gjelder særlig aktivitetene som får midler gjennom hiv-ordningen. Vi erfarer at disse midlene blir gitt til aktører som ofte har lang erfaring og er svært profesjonelle, og ofte får mye ut av midlene. Men etter vår vurdering kan det være behov for at disse aktørene i større grad tilpasser seg utviklingen på feltet sett i et mer helhetlig perspektiv.

## 6.2 Sammenslåing av ordningene?

Dersom ordningene skal holdes atskilt må det kunne argumenteres for en eller flere av følgende forhold:

- Målene på hiv-feltet tilsier at dette bør omfattes av en egen ordning
- Det er særskilte faglige grunner til at hivfeltet bør holdes atskilt gjennom en egen tilskuddsordning
- Det er gode forvaltningsmessige grunner til at det er hensiktsmessig med to separate ordninger
- Det er fornuftig å ha to ordninger fordi de har et kjedet samspill som styrker måloppnåelsen

Vi finner ikke sterke empiriske belegg for noen av disse forholdene i evalueringen. Argumentasjonen for å ha to ordninger er særlig knyttet til at enkelte mål og målgrupper vil få for stor plass i én ordning, og at noen målgrupper vil bli for lavt prioritert. I tillegg påpekes det at arbeidet som gjøres for å ivareta hiv-positive er et nødvendig arbeid som ikke nødvendigvis passer under målene for strategi for seksuell helse. Vi mener at Helsedirektoratet må gjøre en prioritering av hvordan midlene på tilskuddsordningene skal brukes, og at dette er en prioritering som må gjøres selv om to ordninger opprettholdes.<sup>9</sup> Det må gjøres en faglig vurdering av hvilke målgrupper og mål som skal prioriteres for eksempel innenfor en treårsperiode. På bakgrunn av utviklingen på feltet kan det argumenteres for at hiv har for stort fokus sett i forhold til andre utfordringer på seksuell helse feltet i dag, og også i forhold til andre pasientgrupper. Organisasjonene som jobber på hiv-feltet understreker imidlertid at det er svært viktig å opprettholde oppmerksomheten på dette feltet.

Vi mener Helsedirektoratet må foreta en faglig vurdering av hvilke behov det er på hiv-feltet sett i lys av de store endringene som har skjedd på feltet de siste ti årene, og at dette må gjenspeiles i hvordan midlene fordeles.

Vi mener at helhetlige prioriteringer kan ivaretas bedre med én ordning. Innad i denne kan man på transparent vis øremerke midler til visse temaer eller felt som man av faglige eller politiske grunner ønsker å prioritere.

Forutsetningen for en vellykket sammenslåing er imidlertid at ordningen blir i stand til å ivareta feltet hiv og soi, og samtidig bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. En annen forutsetning handler om forutsigbarhet. På hiv- og soi-ordningen eksisterer i dag en annen forutsigbarhet ved at mottakerne får et treårig driftstilskudd. Ved en eventuell sammenslåing av ordningene bør det vurderes om det bør opprettes en tilsvarende løsning for den nye, felles ordningen. Vi anser kombinasjonen av treårige driftstilskudd og ettårige prosjektilskudd som hensiktsmessig. Dette åpner opp for forutsigbarhet på den ene siden og mindre, innovative prosjekter og satsninger på den andre.

### 6.3 Avsluttende refleksjoner og anbefalinger

Rapporten har løpende gitt vurderinger og løftet frem refleksjoner over det omfattende datamaterialet som er innhentet. Avslutningsvis oppsummerer vi våre overordnede refleksjoner og anbefalinger med formål om å bidra til å styrke det strategiske grepet om tilskuddsordningene:

- Vi anbefaler at de to tilskuddsordningene slås sammen. Vi mener at helhetlige prioriteringer kan ivaretas bedre med én ordning. Innad i denne kan man på transparent vis øremerke midler til visse temaer eller felt som man av faglige eller politiske grunner ønsker å prioritere. I tillegg er vi av den oppfatning at flere ordninger kan virke kontraproduktivt på aktører som ønsker å arbeide på nytenkende og tverrgående måter. Direktoratet bør fremme tverrfaglighet og tverrsektorielle initiativer overfor organisasjonene, og innrette ordningene på en måte som i større grad legger til rette for tverrfaglige/tverrsektorielle prosjekter. Prosessen med en slik sammenslåing kan for eksempel inngå i et overordnet

---

<sup>9</sup> Tilskuddene er i dag slått sammen på statsbudsjettet, Kap.post 762.73. Det er regelverkene som gjør at det per i dag fortsatt er to ordninger. Storting og regjering definerer altså ikke fordeling av tilskudd mellom de to ordningene, det er det Helsedirektoratet som gjør.

arbeid med en revitalisering av strategien og bør følges av åpen og nær dialog og kommunikasjon med aktørene på feltet.

- Organisasjonene i sivilsamfunnet sitter på mye kunnskap og kompetanse og er en svært viktig ressurs for forvaltningen. De kan både være et supplement og et korrigerende motstykke til «systemet». Det ligger en forvaltningsmessig utfordring i å skulle ha en innvirkning på hvordan organisasjonene jobber. Tidvis har forvaltningen et behov for å gi signaler til aktører som de ikke har noen formell myndighet over. Det er viktig at direktoratet har en tydelig strategi for hvordan de vil bruke organisasjonene. Videre er det viktig at direktoratet har fokus på å skape og ivareta relasjoner og dialog med aktørene på feltet.
- Innretningen på ordningene bør ta hensyn til de variasjonene og ulikhetene som finnes blant tilskuddsmottakerne, og da særlig aktørene i sivilsamfunnet. Innretningen må være logisk både for forvaltningen og for potensielle tilskuddsmottakere.
- Vi mener videre at det er lite hensiktsmessig at målene for en eventuell ny ordning er de samme som for strategiplanen. Et nyttig grep vil være å samle og redusere antall målsettinger. Dermed vil man tydeliggjøre prioriteringer og bidra til konkretisering av hvilken retning man ønsker potensielle mottakere skal ta og hvordan de bør vinkle aktiviteter og prosjekter. Et mulig grep kan være å operere både med noen langsiktige målsettinger på prioriterte felt hvor en andel av midlene øremerkes, samt årlige fokusområder som dekker løpende behov og endringer på feltet. En slik innretning åpner for innovative og nytenkende prosjekter og aktiviteter. En slik innretning kan også sikre innpass og tilgang til midler for nye og mindre søkere.
- For å vurdere måloppnåelsen, og for å kunne vurdere hva som skal til for å øke måloppnåelsen, er det nødvendig å konkretisere nærmere hvilke mål ordningen er ment å oppfylle. Videre bør søknads- og rapporteringsskjema utformes slik at aktiviteter tydelig kobles til ulike målsettinger.
- Direktoratet bør videreutvikle kategoriseringen av individ-, tjeneste- og systemnivå. Et mer stringent forhold til virkningskjede etter DFØ-standard bør også vurderes brukt i søknads- og rapporteringsskjemaer. I et søknads- og rapporteringsregime som ellers overlater målformuleringer til søker, vil dette bidra til å tydeliggjøre overfor organisasjonene hva som forventes av måloppnåelse.
- Dersom rapporteringsregimet skal etterleves og sikre større kunnskap om måloppnåelse, må eventuell mangelfull rapportering følges opp fra Helsedirektoratets side. Det er derfor viktig at hensiktsmessige kriterier for rapportering er fleksible hva gjelder mottakernes varierende aktiviteter, kapasitet, og kompetanse. Men det bør være et minste felles multiplum for rapportering. Dersom Helsedirektoratet kan differensiere rapporteringssystemet etter kapasitet og kompetanse vil det imidlertid være naturlig å kreve bedre og mer presise data om eksempelvis virkninger på de ulike nivåene fra de større aktørene.





# Litteratur

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf).

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd. Informasjon og tilgjengelighet 2020-2024*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/59df2395e37f473b93e2da02db01f69c/hod-handlingsplan.pdf>.

IPPF (2010) *Seksuelle rettigheter: en erklæring fra IPPF*. Hentet fra: [https://sexogpolitikk.no/wp-content/uploads/2017/03/stor\\_norsk\\_declaration\\_web\\_rask\\_pdf\\_1.pdf](https://sexogpolitikk.no/wp-content/uploads/2017/03/stor_norsk_declaration_web_rask_pdf_1.pdf).

Nasjonalt SRHR-nettverk (2019) *Nasjonalt SRHR-nettverks midtveiseevaluering av «Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2020»*. Hentet fra: <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/10/Nasjonalt-SRHR-nettverks-midtveiseevaluering-av-Snakk-om-det-enkeltsider.pdf>.

Oslo Universitetssykehus (2016) *Familieplanlegging og forebygging av uønsket svangerskap og abort blant innvandrerkvinner. Håndbok i hvordan starte et tilpasset tilbud*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/H%C3%A5ndbok%20FAFUS%20endelig%20utgave.pdf>.

Oxford Research (2019) *Evaluering av tilskuddsordningen Bruker- og pårørendearbeid innen rus- og psykisk helsefeltet*. Hentet fra: <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-tilskuddsordningen-bruker-og-paarorendearbeid-innen-rus-og-psykisk-helsefeltet/Evaluering%20av%20tilskuddsordningen%20Bruker-%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rendearbeid%20innen%20rus-%20og%20psykisk%20helsefeltet.pdf/@@inline>.

SSB (2021) *1 av 3 skeive lite tilfreds med egen psykisk helse*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-skeive-lite-tilfreds-med-egen-psykisk-helse>.

WHO (2021) *Sexual health*. Hentet fra: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>.