

Oslo, 15. september 2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Sex og samfunn takker for mulighet til å gi innspill til regjeringens arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Kort om Sex og samfunn

Sex og samfunn er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter og vi har i over 50 år jobbet for økt kunnskap, kompetanse og tilgjengelige tjenester innen feltet. Vi driver klinisk og pedagogisk virksomhet, samt faglig utvikling og politisk påvirkningsarbeid. Den kliniske delen av arbeidet vårt inkluderer blant annet Norges største klinikk for seksuell helse.

I 2021 mottok vi over 38 000 henvendelser fordelt på poliklinikken, telefon og vår nasjonale chat-tjeneste. Vårt kliniske arbeid genererer bred kunnskap som viderefremmes til øvrige aktører på feltet. Blant annet gjennomfører vi ulike opplæringstiltak som seksualitetsundervisning i skolen, opplæring om prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner ved landets høgskoler og universiteter med utdanningsforløp innenfor helsefag, og vi holder kurs med et bredt utvalg tema tilpasset ulike deltakergrupper.

Gjennom vårt påvirkningsarbeid bidrar vi til å sette dagsorden både politisk og i mediene, lokalt og nasjonalt. Vårt mål er å være en kompetansedriver innenfor feltet seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Overordnet mener Sex og samfunn at seksuell helse må likestilles med fysisk og psykisk helse. For å oppnå dette må vi ta utgangspunkt i at god seksuell folkehelse er avgjørende for god fysisk og psykisk helse, og samtidig trenger vi mer kunnskap om seksuell helse for å ta gode valg.

Vårt innspill

En nasjonal helse- og samhandlingsplan må ha fokus på seksuell helse. Dette gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Alle som møter mennesker som en del av sin arbeidshverdag må ha grunnleggende kunnskap om seksuell helse og seksualitet. For å sikre gode helsetjenester gjennom hele livsløpet må vi anerkjenne at seksuell helse er en viktig del av helsen til alle mennesker. Sex og samfunn vil i vårt innspill ta utgangspunkt i tilbud og kompetanse knyttet til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Vi ønsker å ta opp følgende:

1. Tilgjengelige helsetjenester
2. Tilgang til selvbestemt abort
3. Tilgang til prevensjon
4. Kunnskap og kompetanse knyttet til seksuell og reproduktiv helse

5. Midler til seksuell helse
6. Unges 50 krav for fremtidens seksualpolitikk

1. Tilgjengelige helsetjenester

Sex og samfunn er opptatt av at alle må ha et likeverdig helsetilbud uavhengig av alder, bosted, bakgrunn, økonomi eller kjønn. Ansatte ved helsetjenestene må ha god kunnskap og kompetanse knyttet til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Vi vil særlig peke på følgende helsetjenester og tilbud:

Helsetasjon for ungdom

Ifølge [Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsetasjon, skolehelsetjeneste og helsetasjon for ungdom](#) skal alle kommuner ha en helsetasjon for ungdom. Dette er et krav kommunene er forpliktet til å oppfylle.

Sex og samfunn publiserte i 2021 [Har ungdom i kommunene et likeverdig tilbud? Rapport om helsetasjoner for ungdom i Norge](#), basert på en undersøkelse besvart av nesten 300 kommuner. Her fant vi at 1 av 5 kommuner ikke har egen helsetasjon for ungdom. Vi så også at flere av de tilbudene som det er anbefalt at tjenesten skal tilby ikke var like tilgjengelig over hele landet, for eksempel innen prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Kunnskap og kompetanse på relevante områder innen seksuell helse var også manglende.

Koronapandemien har hatt store konsekvenser for barn og unge, og blant annet har ulike tilbud til barn og unge blitt påvirket. Dette ser vi også når det gjelder helsetasjon for ungdom. Vi vet at personer som jobber på helsetasjon for ungdom har blitt omdisponert og dette har ført til et svært varierende og i noen tilfeller mangelfullt tilbud til våre unge. Vi må sikre gode åpningstider, kvalitet på innhold i tjenestene, og tilgjengelig helsepersonell med rett kompetanse på alle helsetasjoner for ungdom i Norge.

Svangerskaps-, føde- og barseltilbud

Svangerskaps-, føde- og barseltilbudet i Norge må bli bedre. Tilbudet må ikke avhenge av bosted, kapasitet eller kompetanse ved tjenesten. Tilbudet med sykehusene må styrkes og og pasientenes rettigheter. Vi ser ikke at dette kan løses innenfor dagens system og Sex og samfunn foreslår derfor å etablere kommunale kvinnehelseteam Et team med kompetanse og ressurser innen seksuell og reproduktiv helse vil styrke laget rundt kvinner og motvirke privatisering av kvinnehelsetjenesten.

Vi mener det trengs et løft i det offentlige helsevesenet og et slikt kvinnehelseteam skal kunne bidra til dette. Et team bør minimum bestå av:

- helsesykepleier
- jordmor
- lege

- sosionom
- sexolog

Dette er delvis kompetanse som finnes i kommunene i dag. Det vil likevel være behov for tilrettelegging for å opprette og drive et team, og det kan være hensiktsmessig at slike team er interkommunale i små kommuner. Jordmor har en nøkkelkompetanse som i større grad bør ses som en ressurs i kommunene, og kvinnehelseteamene skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud i kommunene.

Ansvarsområder for kvinnehelseteam kan for eksempel være:

- gynekologisk undersøkelse
- sexologiske spørsmål/dysfunksjoner
- parsamtaler
- prevensjon
- graviditet og svangerskap
- barsel
- abort
- oppfølging etter spontanabort og provosert abort

Det er mange historier om manglende oppfølging etter spontanabort, og flere opplever også lite forståelse for sitt ønske om oppfølging etter provosert abort. Et kommunalt kvinnehelseteam, i nærheten av kvinnen, vil kunne øke tilgjengeligheten til oppfølging ved behov. Målet må være at tilgang til oppfølging må være opp til kvinnen, og ikke avhenge av tilbudet.

I debatten om abortnemndene nevnes ofte den rådgivende funksjonen en samtale nemnden har. Sex og samfunn mener at abortnemnden må fjernes. For de kvinnene som ønsker rådgivning, oppfølging og samtale vil et kvinnehelseteam kunne bidra med dette. Et slikt tilbud må være valgfritt.

Vulvaklinikker

Kroniske smerter i vulva rammer 10-16 % av de med vulva. Sex og samfunn mener at personer med vulvalidelser må få bedre hjelp. Det forskes for lite på vulvalidelser og tilbudet til de med kroniske vulvalidelser er ikke godt nok, og tilbudet varierer mellom ulike tilbydere. Vi vet at plagene som kommer av vulvalidelser kan påvirke livskvaliteten, og det er derfor viktig å utrede disse kvinnene og gi de god helsehjelp.

I dag må personer med vulvalidelser ofte oppsøke flere leger før de får en diagnose, og ventetiden på spesialist er lang. Etter gitt diagnose kan det være lang ventetid for å få behandling. For svært mange betyr dette flere år med kroniske smerter i underlivet, uten mulighet for å kunne gjennomføre samleie. I dag finnes kun tre Vulvaklinikker i Norge, i Oslo, Trondheim og Tromsø. Alle har ventetid på over 6 måneder, og har svært begrenset kapasitet. Ikke alle kan tilby tverrfaglig behandling, og pasienten blir sendt videre til fysioterapeuter med avtale som også har lang ventetid. Det er også få fysioterapeuter med kompetanse på denne gruppen. Sexologisk rådgivning må de

oftest betale selv. Helse Vest har ingen vulvaklinikk. Det dukker opp stadig nye private vulvaklinikker, og flere tilbyr behandling som ikke er medisinsk forsvarlig. Det er ikke uvanlig at pasienter bruker mellom 50 000 og 100 000 kroner for behandling av sine vulvasmerter.

Sex og samfunn mener at alle helseregioner bør ha et offentlig tverrfaglig team til å ta imot pasienter med vulvalidelser, og at kapasiteten hos klinikkene som finnes i dag bør utvides.

Det trengs blant annet:

- En kartlegging av hvor utbredt problemet er i Norge og hvordan tilbudet i Norge er. Sverige gjorde en slik kartlegging i 2018. Der er det over 20 vulvaklinikker.
- Et tverrfaglig tilbud bestående av blant annet lege/gynekolog, hudlege, fysioterapeut, sexologisk rådgiver, psykolog.
- Gode ressurser for pasienter som trenger mer informasjon og opplæring av helsepersonell i primærhelsetjenesten og spesialister innenfor hud og gynekologi og fysioterapi.
- Et tett samarbeid med andre helsetjenester, for eksempel helsestasjon for ungdom.
- Høyere inntjening for behandling av vulvatilstander på sykehuset (DGR-poeng) kan gjøre at det blir lettere å sette av ressurser til denne gruppen. I dag vil pasienter med vulvalidelser ofte gi dårlig inntjening, og dermed være ressurskrevende å følge opp og i verste fall bli nedprioritert.

Tilbud for personer med kjønnsinkongruens

Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens må følges opp. Det er avgjørende at personer som opplever kjønnsinkongruens får et faglig godt tilbud nærmest mulig der de bor. Blant annet mener Sex og samfunn at etableringen av regionale sentre er viktig for å gi et godt tilbud over hele landet. Videre ser vi behov for kompetanseløft i primærhelsetjenesten om kjønnsinkongruens og kjønnsdyfori. Alle fastleger bør ha grunnleggende kunnskap om hvordan å møte personer med kjønnsinkongruens på en god måte og de bør vite hvilke tilbud som pasienten kan benytte seg av.

2. Tilgang til selvbestemt abort

Sex og samfunn mener at rett til selvbestemt abort bør utvides frem til uke 22. Sex og samfunn vil fjerne nemndene, slik at valget blir opp til den enkelte frem til uke 22. Vi mener det er den gravide som kjenner sin situasjon best og dermed er best egnet til å ta beslutninger angående eget liv. Av alle [svangerskapsavbrudd i 2021](#) var 95,4 % innenfor uke 12. Personer som har blitt uplanlagt gravid og ikke ønsker å fullføre svangerskapet tar abort så snart det lar seg gjøre. I Norge blir åtte av ti aborter utført før 9. uke.

Aborttallene er fallende, spesielt for de under 25 år. Dette er en internasjonal trend. Det er også fall i fødselstallene. Mange land har høyere grense for selvbestemt abort enn Norge, slik som Sverige (uke 18) og Nederland (uke 22). Når vi ser på internasjonale tall og land som har høyere grense for selvbestemt abort enn det vi har i Norge er konklusjonene klare: Det er ingen sammenheng mellom øvre grense på abort og abortrate. Det er ingen grunn til å tro at ved å øke grensen for selvbestemt abort vil vi se en øking i antall aborter eller senaborter. Vi mener at Norge bør lytte til WHO's anbefalinger som er tydelige på at lover mot abort kun bidrar til å øke antallet utrygge aborter. Målet om reduksjon i antall senaborter oppnås best ved å styrke helsetilbudet, gi bedre tilgang til prevensjon og gi bedre tilgang til abort tidligere i svangerskapet.

Nemndsystemet

Sex og samfunn har jobbet med retten til selvbestemmelse i 50 år, og har lenge ment at nemndsystemet ikke fungerer. Det å måtte møte i nemnd påfører ofte den gravide en stor og unødvendig belastning. For de som må avbryte et ønsket svangerskap på grunn av en alvorlig tilstand hos fosteret virker det å måtte møte i nemnd som uforståelig og urimelig. Kvinner opplever skyld og krenkelse når de selv må begrunne sitt handlingsvalg for en abortnemnd. Dette er blant annet dokumentert i [denne doktorgraden](#). Sex og samfunn mener at ingen andre er bedre egnet til å bedømme sin egen livssituasjon enn den gravide selv.

Det har tidligere blitt avdekket store forskjeller i nemndbehandlingen. I 2013 la en ekspertgruppe frem [en rapport](#) som beskrev store forskjeller mellom nemdene og mulige lovbrudd. I et forsøk på å forbedre systemet vedtok regjeringen i 2017 å redusere antallet nemnder. Fra 2019 har antallet gått fra 35 til 25 nemnder. Det har gitt store geografiske forskjeller i tilgjengelighet, og det har ført til lengre reisevei for mange. Vi vet lite om dette har løst problemet, og vi kan ikke utelukke at det fortsatt er store forskjeller i nemndbehandlingene i dag.

[Statistikken](#) viser også at de fleste begjæringer i nemnden blir innvilget: I 2021 ble det utført 500 aborter etter behandling i nemnd, hvor hele 491 av abortene ble innvilget i primærnemnden. De fleste abortene som ble innvilget var begrunnet i risiko for fosterskader. Det er samtidig en nedgang på nesten 60 % de siste 10 årene når det gjelder begjæring om abort som er innvilget på grunn av den gravides livssituasjon etter abortlovens §2 tredje ledd bokstav b.

Abort i primærhelsetjenesten

En utvidelse av retten til selvbestemt abort og mer tilgjengelige hjelpetjenester i primærhelsetjenesten er viktige tiltak for å bekjempe skam og stigma knyttet til abort. Medikamentell abort bør kunne tilbys i primærhelsetjenesten, for eksempel ved at fastleger eller andre i primærhelsetjenesten kan skrive ut preparatet og følge opp

pasienten ved behov. [I Canada](#) kan preparatene for medikamentell abort fås direkte fra farmasøyt eller helsepersonell, og [i Australia](#) kan fastleger skrive ut preparatene.

I Norge ble det i perioden mars 2015 til mars 2017 gjennomført [et prøveprosjekt](#) hvor medikamentell abort ble tilbudt hos avtalespesialister, og tilbakemeldinger fra pasientene og helsepersonellet var positive. Vi mener det bør bygges videre på dette prosjektet, samtidig som vi bør se til gode erfaringer i andre land i arbeidet med å gjøre tilgang til abort enklere for den som har behov for det.

Samtidig som det skal gjøres enklere å få utført en medikamentell abort hjemme, må også den gravide selv få bestemme hvorvidt dette er ønskelig. De som ønsker å få utført en medikamentell eller kirurgisk abort på sykehuset skal få mulighet til det. I tillegg må muligheten til hjemmeabort kommuniseres bedre og i større grad enn i dag. Da må også tilgang til veiledning og oppfølging tydeliggjøres, for å gjøre situasjonen tryggest mulig for den som velger å utføre medikamentell abort hjemme.

Veiledning og oppfølging

Sex og samfunn mener at nemndene bør erstattes med god veiledning og et faglig godt tilbud om oppfølging av de som ønsker å snakke om en uplanlagt graviditet eller som står ovenfor en uønsket senabort. Når den enkelte er på sitt mest sårbare må de bli møtt med et tilbud og hjelpeapparat som er tilpasset den vanskelige situasjonen de står i. I dag har man ikke krav på oppfølging. Ved å fjerne nemnden vil det frigjøres ressurser som bør brukes på å ivareta enkelte på best mulig måte. Tilbudet må også gjelde personer som har gjennomgått spontanaborter.

3. Tilgang til prevensjon

Sex og samfunn mener at all prevensjon skal være gratis og lett tilgjengelig for alle. I dag får [personer i alderen 16-21 år økonomisk støtte til prevensjon fra staten](#). Kondomer er gratis, men kan kun tas i bruk ved eget valg av den delen av befolkningen med penis. Vi mener at all prevensjon bør være gratis for at alle skal ha et reelt valg om selvbestemt prevensjon. Vi mener det er spesielt urimelig at de under 16 år må betale fullpris for prevensjon. Gratis prevensjon vil føre til god seksuell helse og færre uplanlagte svangerskap. Det er kostnadseffektivt for samfunnet. Sex og samfunn mener at staten bør fjerne både øvre og nedre aldersgrense for subsidiering, og dermed sørge for at det gis gratis prevensjon til alle. Det er kvinner i alderen 20-24 år som har den høyeste abortraten i Norge. Det er spesielt å anta at alle over 21 år får bedre råd. Dette tar ikke hensyn til sosial ulikhet. Sårbare grupper hvor økonomi kan være et hinder for prevensjonsbruk, som personer i aktiv rus, kan ha særlig behov for gratis prevensjon. [Studier har vist](#) at økonomi er den største barrieren for fast bruk av prevensjon. [The Choice Project](#) viser at når man fjerner barrierer som kostnader, tilgang og kunnskap velger kvinner de mest effektive og minst bruker-avhengige metodene. De fortsetter å bruke disse, hvilket har positive effekter på blant annet abortrate. [Studier viser](#) også at gratis prevensjon bidrar til reduserte aborttall, for



Sex og samfunn

eksempel har en [studie i Finland](#) vist at gratis tilgang til langtidsvirkende prevensjon (LARC) gir færre uplanlagte graviditeter. Storbritannia gir et godt utvalg av prevensjonsmidler gratis til alle. Det er anerkjent som et kostnadsbesparende tiltak, som reduserer antall aborter. [Les mer om det her.](#)

[I 2010 utførte Sintef en studie her i Norge.](#) I løpet av ett år fikk 3 500 kvinner i alderen 20-24 år i Tromsø og Hamar gratis hormonell prevensjon, I disse kommunene økte bruken av hormonell prevensjon, og antall aborter gikk ned. Studien konkluderte med at i forsøkskommunene hvor kvinnene fikk tilbud om gratis hormonell prevensjon, økte kontinuiteten i bruk av hormonell prevensjon og antall brukere av langtidsvirkende hormonell prevensjon signifikant. Videre ble det observert en signifikant nedgang i antall svangerskapsavbrudd i forsøkskommunene, men ikke i kontrollkommunene. På bakgrunn av resultatet av Sintef-studien foreslo Helsedirektoratet at alle kvinner mellom 20 og 24 år skulle få gratis hormonell prevensjon. Dette ble ikke gjennomført.

Hormonell prevensjon brukes av andre grunner enn kun å beskytte mot graviditet. Mange bruker dette som medisinsk anerkjent behandlingsmetode mot blant annet endometriose. Gratis prevensjon handler derfor om mer en reproduktivitet, det handler om kvinnehelse.

Personer under 16 år

Tilgang til prevensjon gir også tilgang til helsevesenet. Unge jenter som er seksuelt aktive, eller opplever press for å være det, kan trenge et ekstra incentiv til å ta kontakt med helsevesenet. Vi mener at det ikke er riktig at noen på 15 må betale for prevensjon, mens de over 16 år får støtte fra staten. Vi har hatt besøk av jenter på 15 ½ år som gjerne ville begynne med p-stav, men som frem til de fyller 16 må bruke p-piller fordi de ikke har råd til p-stav. De vil i et halvt år måtte bruke en prevensjon som er mindre pålitelig og som gir større risiko for alvorlige bivirkninger som blodpropp, hjerte- og karsykdommer og brystkreft.

I 2019 vedtok Stortinget at helsesykepleiere og jordmødre skulle kunne skrive ut resept på alle typer prevensjon til unge under 16 år, en endring som trådte i kraft 1. januar 2022. Økt tilgang til prevensjon er sett på som et viktig tiltak for å forebygge uplanlagte graviditeter, og da bør også prevensjon bli gratis for de mest sårbare.

Tall fra Helsedirektoratet fra 2009 viser at det kun ville koste mindre enn 2 millioner kroner per år å inkludere de under 16 år i subsidieordningen for prevensjon.

Kompetanse

Det er viktig å sørge for god kompetanse slik at alle får rett veiledning til rett prevensjon. Alle må møte helsepersonell som kan bidra til at de kan ta dette valget – basert nettopp på kunnskap og tilgjengelighet. Personer som skal starte med prevensjon fortjener at helsepersonell er ærlige og spiller med åpne kort om hvilke bivirkninger som kan oppstå. Tillit er også viktig for at pasienten faktisk kommer tilbake hvis en får bivirkninger.

En [kartlegging](#) Sex og samfunn har gjort av landets helsestasjoner for ungdom viser at 37 % mangler tilbud om innsetting av spiral. Samme undersøkelse viser også at kunnskap og kompetanse om langtidsvirkende prevensjon er høyt oppe på ønskeliste til ansatte på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

Det er viktig at alle kvinner i Norge har et reelt valg om selvbestemt prevensjon, og da må de møte helsepersonell som kan bidra til at de kan ta dette valget - basert nettopp på kunnskap og tilgjengelighet.

5. Midler til seksuell helse

[Snakk om det! Strategi for seksuell helse \(2017-2022\)](#) løp opprinnelig ut i 2021. Den er forlenget og skal vare ut 2022. Det ble høsten 2021 gjennomført en innspillskonferanse for å revitalisere strategien, og vi venter på resultat fra denne konferansen. Det trengs finansiering både for å utarbeide en ny strategi og det trengs finansiering for å følge opp tiltak og mål i planen.

Storbritannia har siden 1990 gjennomført nasjonale seksualvaneundersøkelser hvert tiår. Så langt har om lag 45.000 briter deltatt i [NATSAL, National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles](#). Ved å bruke samme metodikk og samme spørreskjema over tid er det mulig å se på seksualvaner over tid. NATSAL har bidratt til evidensbasert kunnskap som brukes i folkehelsearbeid, både politisk og praktisk, og har også bidratt inn i videre forskning på feltet. Sex og samfunn mener det trengs mer forskning på seksuell helse i Norge. Et konkret punkt er å innføre NATSAL i Norge.

6. Unges 50 krav for fremtidens seksualpolitikk

Sex og samfunns Ungdomsgruppe reiste sommeren 2021 på Norgesturné for å møte unge og få innspill til fremtidens seksualpolitikk. Basert på disse innspillene har Ungdomsgruppa skrevet [en rapport](#) om hva ungdom mener mangler innenfor SRHR-feltet i dag, hva som bør forbedres framover, og hvilke inntrykk de selv sitter igjen med etter å ha hørt det de unge har hatt å si.

I tillegg til rapporten har Ungdomsgruppa utformet [Unges 50 krav for fremtidens seksualpolitikk](#), som ble presentert for helse- og omsorgsministeren vinteren 2022:

1. Prevensjon skal være gratis for alle
2. Det må forskes mer på alternativ prevensjon til alle kjønn
3. Prevensjonsveiledningen må være individuelt tilpasset
4. Det må gis oppfølging etter påbegynt prevensjon
5. Tilgang til gratis kondomer skal være enklere
6. Alle prevensjonsmidler må være tilgjengelige ved alle helsestasjoner for ungdom
7. Kondombruk må normaliseres
8. Nødprensasjon må være gratis og tilgjengelig for alle

9. Det må forskes mer på bivirkninger ved bruk av hormonell prevensjon
10. Kunnskap om prevensjon skal økes gjennom undervisning og kampanjer
11. Alle skal få seksualitetsundervisning
12. Seksualitetsundervisningen skal være standardisert
13. Barn i barnehagen skal få alderstilpasset seksualitetsundervisning
14. Seksualitetsundervisningen må utvides til alle klassetrinn med flere timer
15. Kompetent fagpersonell skal holde seksualitetsundervisning
16. Kompetansemål om SRHR i læreplanen må konkretiseres
17. Foreldre må få kompetanse for å kunne prate med sine barn om seksualitet
18. Det må utarbeides et brukervennlig, alderstilpasset og gratis digitalt verktøy om SRHR
19. Seksualitetsundervisning skal gis på flere arenaer enn skolen
20. Informasjon om SRHR må nå minoritetsgrupper
21. Lærere og annet relevant fagpersonell må få høyere kompetanse om SRHR
22. Informasjon om seksuell helse og funksjonsvariasjon må styrkes
23. En samtykkelov må vedtas
24. Vi må bryte ned tabuet om gutter som ofre for overgrep
25. Politiet må få kompetanse innenfor seksuallovbrudd
26. Vi må motarbeide falske anklager om seksuelle overgrep og krenkelser
27. Det må skapes mer bevissthet rundt overgrep og krenkelser i skolen
28. Informasjon om tilbud for overgrepsofre må gjøres lettere tilgjengelig
29. Informasjon om helsehjelp til overgripere og potensielle overgripere må spres
30. Unge og de som jobber med unge må få mer kunnskap om nettovergrep
31. Pårørende av overgrep og krenkelser må få mer informasjon
32. Krenkende og nedlatende språkbruk i skolen og lignende arenaer må reduseres
33. Tredje juridisk kjønn må innføres
34. Konverteringsterapi skal forbys
35. Arbeid med SRHR skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet
36. Tilbud om kjønnsbekreftende behandling må gis så tidlig som mulig
37. Transpersoner må inkluderes i den offentlige debatten
38. Behandlingstilbud for personer med kjønnsinkongruens skal desentraliseres
39. Skeive personer må få bedre helsetilbud
40. Seksualitetsundervisningen må inneholde kunnskap om pronomenbruk og inkluderende språk
41. Alle som jobber med barn og unge skal mestre begreper om seksualitet
42. Alle helsestasjoner for ungdom skal ha et likt og rettferdig tilbud
43. Åpningstider ved helsestasjoner for ungdom må utvides
44. Unges helsetilbud skal tilrettelegges etter lokale forhold
45. Helseesykepleier på skolen må være mer tilgjengelig
46. Selvtesting skal gjøres mer tilgjengelig
47. Alle ansatte ved helsestasjoner for ungdom skal alltid ha oppdatert kunnskap
48. Helsestasjoner for ungdom må nå ut til de som ikke benytter tilbudet
49. Helsepersonell må få bedre opplæring i langtidsvirkende prevensjon
50. Sanitære produkter skal være gratis

Avslutningsvis

Sex og samfunn ønsker å trekke frem tilgang til kompetanse på kvinnehelse som den viktigste utfordringen regjeringen må adressere i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Kvinnehelse har blitt sterkt nedprioritert over tid og vi må jobbe for å sikre likeverdige helsetjenester over hele landet. Sex og samfunn mener kvinnehelseteam og vulvaklinikker er tiltak som vil kunne svare ut disse utfordringene på best mulig måte.

Vi håper departementet og regjeringen vil ta med våre innspill i videre arbeid.

Med vennlig hilsen

Ingvild Endestad

Avdelingsleder for
kommunikasjon og politikk

Anneli Rønnes

Fagpolitisk rådgiver