

Nationell handlingsplan för klamydiaprevention

Med fokus på ungdomar och unga vuxna

2009–2014

Artikelnr 2009-126-180

Publicerad www.socialstyelsen.se, juni 2009

Förord

Socialstyrelsen ansvarar enligt propositionen Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60) för att följa upp och samordna de nationella preventiva insatserna mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI) samt för att se till att långsiktiga förebyggande insatser inom området utförs. Målet är att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Socialstyrelsen ansvarar även enligt smittskyddslagen för att samordna smittskyddet på nationell nivå och för att ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

Klamydiainfektion har ökat kraftigt de senaste tio åren, trots omfattande insatser från olika aktörer. De utredningar och analyser som genomfördes inför regeringens proposition Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar pekar tydligt på behovet av såväl samordning som prioritering och utveckling av insatser inom området på alla nivåer i samhället. Propositionen betonar behovet av handlingsplaner för prioriterade preventionsgrupper, varav en är ungdomar och unga vuxna. I enlighet med denna proposition har Socialstyrelsen beslutat att utarbeta en handlingsplan för det klamydiapreventiva arbetet med betoning på insatser för ungdomar och unga vuxna. I handlingsplanen vill Socialstyrelsen påvisa möjliga och viktiga åtgärder för att hantera den pågående klamydiaepidemin. En grundläggande förutsättning är att åtgärderna kan ske i flera samhällssektorer samtidigt och att de olika aktörerna samverkar. Handlingsplanen ska fungera som en sammanhållande struktur för det preventiva arbetet år 2009–2014 för preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna, och som en ram för uppföljning, förändring och förbättring av insatserna. Handlingsplanen ska framför allt förstärka det förebyggande arbetet. Därutöver finns en rad möjligheter att förbättra och förändra det rent medicinska arbetet med diagnos och behandling. Detta berörs kortfattat i de föreslagna aktiviteterna och då främst när det finns tydliga samordningsbehov med det preventiva arbetet eftersom fokus för denna handlingsplan är att stärka det tvärsektoriella förebyggande arbetet.

Det är framför allt många av dagens ungdomar och unga vuxna som blir smittade av klamydia. En del av dessa unga människor kommer till följd av klamydiainfektionen att få komplikationer senare i livet. Klamydiainfektionen ger i många fall inte några symtom, vilket ökar risken för smittspridning. Smittspridningen påverkas också av de attityd- och beteendeförändringar som skett i samhället. Bland annat har det blivit vanligare med fler och tillfälliga partner. Perioden från att man samlagsdebuterar till att man etablerar en mer stabil parrelation är också betydligt längre än för några de-

cennier sedan. Vidare har den tekniska utvecklingen drastiskt förändrat möjligheterna till kommunikation i samhället, vilket också bidragit till nya och enklare vägar att söka sexuella kontakter. Det ökar möjligheten för överbryggande kontakter mellan sociala och sexuella nätverk. De aktörer som på olika sätt ansvarar för och arbetar med ungdomars och unga vuxnas sexuella hälsa måste alltså bekämpa den pågående epidemin genom att verka i det förändrade samhället. De måste utnyttja och utveckla sin kunskap om vilka åtgärder och metoder som är bäst lämpade och mest effektiva i det preventiva arbetet.

Projektledare för arbetet med denna handlingsplan för det klamydiapreventiva arbetet med betoning på insatser för ungdomar och unga vuxna har varit utredare *Ann-Britt Thörn*, Socialstyrelsens enhet för hivprevention. Arbetet startades av en tvärprofessionell grupp som lade grunden för det fortsatta arbetet. Två expertgrupper tillsattes: Skola och Hälso- och sjukvård. Expertgrupperna har tagit fram underlag till handlingsplanen. Avsnittet om kommunikationsstrategi baserar sig på den övergripande nationella kommunikationsstrategi som Socialstyrelsen utarbetat för det förebyggande arbetet mot hiv och STI. I arbetsgruppen för hälso- och sjukvård har följande personer medverkat: smittskyddsläkare *Jens Boman*, gynekolog *Carina Bjartling*, venereolog *Petra Tunbäck*, allmänläkare *Gustav Dahlbäck*, barnmorska *Marta Hansson-Bocangel*, verksamhetschef för en mansmottagning *Erik Gustavsson*, kurator *Anita Jonsson* och landstingssamordnare *Karin Wåhlén-Götzmann*. I arbetsgruppen för Skola har följande personer deltagit: adjunkt *Britt Allvin*, universitetslektor *Tina Kindeberg*, bitr. rektor *Magnus Silfverstolpe*, projektledare *Hans Olsson*, doktorand *Anna-Karin Persson*, livskunskapslärare *Karin Stawreberg*, skolsköterska *Gunilla Johansson*, landstingssamordnare *Anders Ehinger* samt ordförande för Lärarförbundets studerandekommitté *Tobias Stenekull*. I arbetet har dessutom en referensgrupp bestående av olika experter och specialister inom området medverkat. Skolverket och Smittskyddsinstitutet har även bidragit med underlag. Det historiska avsnitt som finns i bilaga 1 har granskats av professor *Lena Lennerhed* samt docent *Anna Lundberg*. Det är många andra som också på olika sätt deltagit i arbetet och Socialstyrelsen tackar alla som bidragit till denna handlingsplan.

Underlaget till handlingsplanen har utarbetats med hjälp av metoden LFA (Logical Framework Approach). Den som vill veta mer om LFA-metoden kan gå in på Sidas webbplats, www.sida.se.

Lars Erik Holm, Generaldirektör, Socialstyrelsen

Anders Tegnell, Enhetschef, Smittskyddsenheten,
T.f. avdelningschef, Tillsynsavdelningens nationella enheter

Viveca Urwitz, Enhetschef, Enheten för hivprevention

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	8
<i>En fråga om folkhälsa</i>	11
Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar	11
<i>Handlingsplan för klamydiaprevention</i>	12
Klamydia en generaliserad epidemi hos ungdomar och unga vuxna	14
Epidemiologisk jämförelse ur ett internationellt perspektiv	16
Den muterade klamydiabakterien	18
Lagstiftning om smittspårning	18
<i>Några samhällsförändringar av betydelse</i>	20
Kärleksideologin har förändrats	20
Fler partner och tillfälliga sexuella kontakter	20
Ungas levnadsvanor och hälsa	21
Unga reser mer och invandringen har ökat	21
Internet	22
Ungdomar med behov av särskilda preventionsinsatser	22
Hbt-ungdomar	23
<i>Handlingsplanens mål</i>	24
Mål 1.	24
Mål 2.	26
Mål 3.	27
Uppföljning av handlingsplanens mål	28
<i>Prioriterade arenor och kanaler</i>	30
Hälsa- och sjukvård	30
Skola	31
Fritid	31
Kommunikation och kanaler	32
Nationell kommunikationsstrategi	32
<i>Förslag till delmål och förbättringar</i>	34
Ideella organisationer	34
Förbättringsåtgärder som berör samtliga aktörer	35
Ökad kunskap om frisk- och riskfaktorer	35
Ökad kunskap och förbättrad utbildning	35
Förbättrad samverkan och samarbete	37
Förbättrad kondomkunskap	38

Förbättringsåtgärder för hälso- och sjukvården	40
Tydligare avtal och uppdragsbeskrivningar	40
Förbättrad rådgivning	41
Förbättrade rutiner för vård och behandling	42
Ökad tillgänglighet till testning, rådgivning och behandling	43
Förbättrad smittspårning	46
Minskat riskbeteende och återsmitta	47
Förbättringsåtgärder som huvudsakligen berör skolan	48
Förbättrad sex- och samlevnadsundervisning	49
Tydligare formulerade styrdokument	50
Förbättrad lärarutbildning och fortbildning	51
Förbättrad utbildning för andra viktiga aktörer	52
Kontinuerlig fortbildning av lärare	52
Förstärkt skolhälsovård och övrig elevhälsa	53
Kompletterande satsningar som rör skolan	54
Förbättringsåtgärder som huvudsakligen berör kommunikation	55
Förbättrad samordning och stöd till aktörer	55
Förbättra användandet av kompletterande arenor för dialog	57
Förbättrade informationsinsatser direkt till ungdomar och unga vuxna	60
<i>Aktörer som arbetar med klamydiaprevention</i>	64
Rådet för samordning av insatser mot hiv/aids	64
Socialstyrelsen	64
Statens folkhälsoinstitut	65
Smittskyddsinstitutet	65
Skolverket	66
Statens skolinspektion	66
Ideella organisationer	66
Landsting och regioner	66
Smittskyddsläkarenheter	67
Landstingens kontaktpersoner	67
Folkhälsoenheter	68
Ungdomsmottagningar	68
STI-mottagningar	68
Vårdcentraler	69
Barnmorskemottagningar	69
Gynekologiska mottagningar	69
Mottagningar för män	69
Mikrobiologiska laboratorier	69
Kommuner	70
Storstadskommunernas kontaktpersoner	70
Skola	70
Skolhälsovård	70
Socialtjänst	71
Ungdomsmottagningar	71
Kommunernas folkhälsoarbete	71
Fritidsgårdar	71
Studenthälsa	72
<i>Kompletterande kommentarer</i>	73
<i>Referenser</i>	75
<i>Bilaga 1: Historisk bakgrund</i>	79

Åtgärder mot veneriska sjukdomar	79
Upplysnings- och preventionsarbete	80
Förebyggande av oönskade graviditeter	81
Insatser mot STI och hiv	82
Skolans sex- och samlevnadsundervisning	84
<i>Bilaga 2: Fakta om klamydiainfektion</i>	86
Vad är en klamydiainfektion?	86
Vilka komplikationer kan klamydiainfektioner ge?	86
Hur smittar klamydiabakterien?	87
Provtagnings- och testmetoder för att säkerställa en klamydiainfektion?	87
<i>Bilaga 3: Förslag till förbättrad sex- och samlevnadsundervisning</i>	89
<i>Bilaga 4: Information och kommunikation i arbetet med hiv och STI</i>	90
Forskning och beprövad erfarenhet visar	90
Samordnad kommunikation	91
Olika nivåer och former för kommunikation	92
1. Den interpersonella dialogen	92
2. Information	92
3. Det offentliga samtalet	92
Fokus på informationsinsatser	93
Kommunikationsmål	93
Fokusområden för kommunikation	94
Budskap	95
Att tänka på vid budskapsformulering	96
Målgrupper /Preventionsgrupper	96
Arenor	97
Vad gör en arena effektiv?	97
Arenor för informationsinsatser	97
En bra informationsinsats	98
Hur gör man?	98
Kännetecken	99
Avsändare	101
Stärka det kommunikativa för att förebygga	101
<i>Handlingsplanens mål</i>	102
<i>Delmål – översikt</i>	103
Delmål samtliga aktörer	103
Delmål hälso- och sjukvården	103
Delmål skolan	103
Delmål kommunikation	103

Sammanfattning

Denna handlingsplan har tagits fram för att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för ungdomar och unga vuxna. Handlingsplanen föreslår viktiga och nödvändiga åtgärder för att minska den pågående klamydiaepidemin och har fokus på att stärka det tvärsektoriella, förebyggande arbetet. Många av de åtgärder som föreslås kan användas i det förebyggande arbetet mot spridningen av hiv och övriga sexuellt överförda infektioner samt oönskade graviditeter och kommer troligtvis att påverka även detta arbete positivt.

Flera stora samhällsförändringar som exempelvis förändrade kommunikationsmöjligheten, ändrade resvanor och ökad invandring har påverkat vår kultur på olika sätt. Inom sexualiteten har det skett en attityd- och beteendeförändring som är särskilt tydlig bland ungdomar och unga vuxna. Mäns och kvinnors beteende har börjat närma sig varandra och det är idag mer tillåtande att våga pröva och testa sin sexualitet på olika sätt. Baksidan av dagens mer tillåtande och friare syn på sexualitet är att risken för smittspridning av sexuellt överförda infektioner ökat vilket bland annat resulterat i den pågående klamydiaepidemin. En epidemi som huvudsakligen sprids bland ungdomar och unga vuxna. Eftersom det endast är kondomen, förutom avhållsamhet från olika former av samlag som skyddar mot hiv och sexuellt överförda infektioner är handlingsplanens huvudmål en förbättrad insikt och förståelse om kondomens skyddande effekt samt en markant förbättring av att kondom verkligen används vid nya och tillfälliga sexuella kontakter. De som av olika anledningar ändå utsätter sig och sina partners för oskyddat sex skall förstå vikten av att snarast testa sig såväl för klamydia som för andra sexuellt överförda infektioner dels för att snabbt få behandling, men också för att minska smittspridningen.

Handlingsplanen har följande tre huvudmål:

- År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna (15-29 år) som uppger att de alltid använder kondom med en ny eller tillfällig partner väsentligen ha ökat.
- År 2014 ska självinsikten och förståelsen för vilka konsekvenser osäker sex kan innebära väsentligen ha ökat inom målgruppen ungdomar och unga vuxna.
- År 2014 ska a) andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man bör testa sig för klamydia ha ökat och b) ungdomar och unga vuxna med förhöjt riskbeteende ska testa sig regelbundet, minst var 6:e månad.

Den analys om genomförts av kunskap och beprövad erfarenhet visar att det inom skolan, hälso- och sjukvården samt på vissa fritidsarenor samt genom informationsinsatser som målen kan nås.

Den viktigaste centrala arenan är skolan som når alla unga människor under en lång utvecklingsfas tidigt i livet när många värderingar grundläggs. Det finns starka vetenskapliga belägg för att en god sex- och samlevnadsundervisning bidrar till att ungdomar tar mindre sexuella risker. För att skolans sex och samlevnadsundervisning skall fungera krävs välutbildade lärare och tydliga mål för ämnet. Även elevhälsan har stor betydelse och utgör ett stöd för både elever och lärare.

Den andra centrala arenan är hälso- och sjukvården som på olika sätt kommer i kontakt med ungdomar och unga vuxna som tror att de utsatt sig för smittrisk. Här behöver det sekundärpreventiva arbetet förbättras och förfinas men här finns också en utvecklingspotential att utveckla primärpreventiva åtgärder. Förbättrad rådgivning, smittspårning och ökad tillgänglighet är några av de områden som tas upp i handlingsplanen.

Fritidsarenan är den tredje centrala arenan och ett samlingsnamn för en mängd informella platser där ungdomar och unga vuxna samlas. Här fokuseras handlingsplanen på riktad uppsökande verksamhet samt informationsinsatser.

Ett av de bästa sätten att öka kunskap och ändra attityder och beteenden är att alla aktörer ger samma grundbudskap i sin kommunikation. Kommunikation kan ske på en mängd olika sätt. Det effektivaste är dialog, enskilt eller i grupp men också det offentliga samtalet är betydelsefullt, det vill säga att sätta frågan på samhällsagendan. Envägskommunikation i form av exempelvis broschyrer och annan faktainformation är ytterligare en kommunikationsväg att använda. De åtgärder som föreslås i handlingsplanen inom området kommunikation har sin grund i den övergripande nationella kommunikationsstrategin för det hiv- och STI-förebyggande arbetet som Socialstyrelsen utarbetat

Gemensamma förbättringsåtgärder för samtliga arenor och aktörer som arbetar med förebyggande STI-arbete är ökade kunskaper om frisk- och riskfaktorer, det vill säga faktakunskaper inom olika områden och mellan olika professioner som vilar på vetenskaplig grund. Det behövs bättre utbildning såväl inom grundläggande utbildningar som fortbildningar inom området sexualitet för att kunna tillmötesgå såväl individens som samhällets behov av god sexuell hälsa och minskad smittspridning. För ett få ett lyckat resultat krävs också en förbättrad samverkan och samarbetet såväl mellan aktörerna på de olika arenorna som mellan olika aktörer inom samma arena.

Kondom är fortfarande det enda tillförlitliga skyddet som finns mot hiv och sexuellt överförda infektioner. Arbetet med att förbättra kondomanvändning måste därför utvecklas. Vi måste öka våra kunskaper om vilka interventioner som ger en ökad kondomanvändning, kondomen måste vara lättillgänglig och billig och de som arbetar med rådgivning måste ha goda kunskaper såväl i rådgivande metoder som i hur kondomen skall användas i praktiken.

En fråga om folkhälsa

Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar

Enligt propositionen *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60)* bör målet för samhällets insatser vara att begränsa spridningen av hivinfektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde.

Samhällets insatser för att förebygga spridningen av hiv och andra sexuellt överförbara och blodburna infektioner bör utgå från den nationella folkhälsopolitiken och uppföljningen av det övergripande folkhälsopolitiska målet. Det fastslår den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar [1]. Hädanefter benämns strategin som *Nationella strategin*.¹

Målet för samhällets insatser bör enligt *Nationella strategin* vara att begränsa spridningen av hiv och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde. Arbetet bör samordnas med övrigt folkhälsoarbete på alla nivåer i samhället. Insatserna bör i första hand genomföras inom ramen för folkhälsomålen i propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* [3]. Det är målområde 8, Sexualitet och reproduktiv hälsa, och målområde 7, Skydd mot smittspridning, som rymmer detta arbete. Därför behöver områdena smittskydd, folkhälsa och samhällsmedicin utveckla ett närmare samarbete.

Insatserna bör enligt *Nationella strategin* genomsyras av ett genusperspektiv och synen på sexualitet bör tydliggöras. Hälsa- och sjukvården behöver i större utsträckning präglas av ett hälsofrämjande arbetssätt. En viktig grund för hiv- och STI-arbetet är också en god sex- och samlevnadsundervisning i skolan. Denna undervisning bör därför förstärkas och fördjupas. Kunskapsområdet sex och samlevnad bör därför tydligare lyftas fram i kursplanerna för grund- och gymnasieskolan.

Handlingsplan för klamydiaprevention

Sverige har en pågående klamydiaepidemi. Denna pågår trots att

- sex- och samlevnadsundervisning är obligatorisk
- ungdomsmottagningarna har byggts ut successivt
- lagstiftningen möjliggör och ger hälso- och sjukvården ett tydligt ansvar för att förhindra smittspridning bland annat genom smittspårning.

Utvecklingen av klamydiaepidemin tyder på att dagens arbete inte är tillräckligt effektivt. Förändringar inom många olika delar av samhället har påverkat attityder och beteende hos befolkningen i Sverige och framför allt de unga på ett sådant sätt att riskfaktorerna för smitta ökat. Viktiga samhällsaktörer har inte haft förmåga att möta dessa nya och ökade utmaningar. En ojämn kvalitet på sex- och samlevnadsundervisningen har sannolikt haft stor betydelse. I *Nationella strategin* påtalas behovet av bättre förebyggande åtgärder inom hälso- och sjukvården. Och det finns belägg för att hälso- och sjukvården i betydligt större utsträckning än nu kan vidta åtgärder som främjar ett minskat sexuellt risktagande, vilket leder till en minskad smittspridning. I *Nationella strategin* står det att handlingsplaner ska tas fram för varje så kallad riskutsatt grupp. Inom arbetet med hiv och STI finns både i Sverige och internationellt en diskussion som hävdar att ordet riskutsatt är stigmatiserande. I detta dokument används som synonymt ord det mer neutrala *preventionsgrupp*: en grupp som har behov av riktade preventionsinsatser. De åtgärder och uppföljningar som föreslås i denna handlingsplan är menade att främja ett effektivt och framgångsrikt förebyggande arbete som är anpassat till dagens samhälle.

En handlingsplan är ett dokument som stödjer målinriktning och samordning av insatser. Den ska hjälpa olika aktörer att se vilka åtgärder som de behöver genomföra och prioritera. Inom folkhälsoområdet är handlingsplaner speciellt användbart. Det är sällan mål uppnås genom enkla linjära insatser. Här behövs i stället oftast flera olika typer av insatser och dessutom i flera olika sektorer på olika arenor. I en handlingsplan kan man få överblick över hur de olika insatserna hänger ihop. En handlingsplan ger även en grund att följa de olika delarna i arbetet.

Den pågående klamydiaepidemin är omfattande och har en generell spridning bland ungdomar och unga vuxna varför särskilda åtgärder med fokus på klamydiainfektionen måste vidtas. Det är motivet för denna särskilda handlingsplan. Fokus ligger på förebyggande åtgärder för att hejda den pågående klamydiaepidemin genom ökad kondomanvändning, förbättrad information i skolan och ett effektivare preventivt arbete inom hälso- och sjukvården. Det preventiva arbetet innebär att ge ökad kunskap och självin-

sikt i syfte att minska sexuellt risktagande. Det ingår även mer strukturella insatser som ökar och förbättrar andra nödvändiga förutsättningar som till exempel hälso- och sjukvårdens organisation eller förändringar i regelsystem och styrning. Ur det förebyggande perspektivet är de åtgärder som behövs sådana som har effekt på den sexuella och reproduktiva hälsan som helhet. Handlingsplanens förslag till förbättringsåtgärder kommer därför att få en generell effekt både på sexuellt överförda infektioner och på oönskade graviditeter. Detta är två områden som behöver samordnas i det förebyggande arbetet.

Handlingsplanen ska fungera som stöd och hjälp i det STI-preventiva arbetet för preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna med fokus på klamydia. Handlingsplanen innehåller en rad förslag till olika aktiviteter. Dessa måste regelbundet utvärderas och revideras för att vara aktuella. Socialstyrelsen kommer därför att fortsätta arbetet med planen i sin egenskap av samordnande myndighet, och regelbundet uppdatera den i samverkan med berörda aktörer.

Enligt *Nationella strategin* ansvarar Socialstyrelsen för att se till att långsiktiga preventiva insatser utförs. I uppdraget ingår förutom att påverka hälso- och sjukvården i en hälsofrämjande riktning även att sätta i gång ett långsiktigt preventivt arbete. Detta arbete ska inte enbart ske inom hälso- och sjukvårdens ram utan inom samtliga berörda samhällssektorer. För att underlätta samordningen av det preventiva arbetet finns ett nationellt råd för hiv- och STI-preventiva frågor, Rådet för samordning av hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar, vid Socialstyrelsen. Rådets ordförande är utsedd av regeringen.

I handlingsplanen föreslås aktiviteter inom områden där ansvaret för utveckling och uppföljning ligger på andra myndigheter än Socialstyrelsen. Ett viktigt sådant område är till exempel arbetet inom utbildningssektorn, skolan samt universitet och högskolor. Socialstyrelsen har därför i denna handlingsplan avstått från att i detalj utveckla de olika nödvändiga förbättringsåtgärderna i dessa fall. Därigenom finns för närvarande en viss obalans i dokumentet på så sätt att det saknas tydliga delmål och aktiviteter inom utbildningssektorn. En handlingsplan har fördelen av att vara ett levande dokument som kan uppdateras med jämna mellanrum. Respektive departement och myndighet måste ansvara för att utveckla egna handlingsplaner eller andra åtgärder. Detta kommer att följas upp av Rådet för samordning av hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar som har ett samordnande uppdrag.

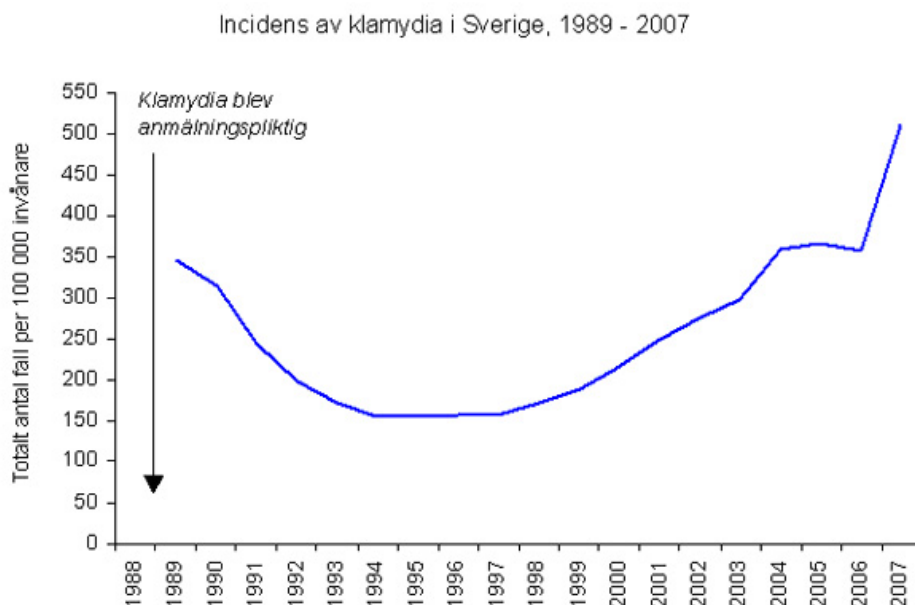
Klamydia en generaliserad epidemi hos ungdomar och unga vuxna

Smittskyddsinstitutet redovisade drygt 47 000 fall av klamydia 2007, vilket är en ökning med över 200 procent jämfört med 1997 (figur 1). Klamydia sprids huvudsakligen bland ungdomar och unga vuxna. Övriga sexuellt överförda infektioner som klassas som allmänfarliga i smittskyddslagen [4] (gonorré, syfilis, hiv och hepatit B) sprids huvudsakligen i andra ofta identifierbara riskgrupper i Sverige, till exempel bland män som har sex med män (MSM). Dessa infektioner är ovanligare hos ungdomar och unga vuxna. I denna rapport redovisas 2007 års siffror på grund av möjligheten att då göra en internationell jämförelse.

För klamydia finns inga tydliga sociodemografiska skiljelinjer förutom åldern. Det går alltså inte att urskilja särskilda grupper med ökad risk för smitta där fokuserade insatser skulle kunna minska spridningen till resten av befolkningen [5]. Klamydia kan därför sägas vara en generaliserad epidemi hos ungdomar och unga vuxna.

Figur 1. Incidens av klamydia per 100 000 invånare i Sverige 1989–2007

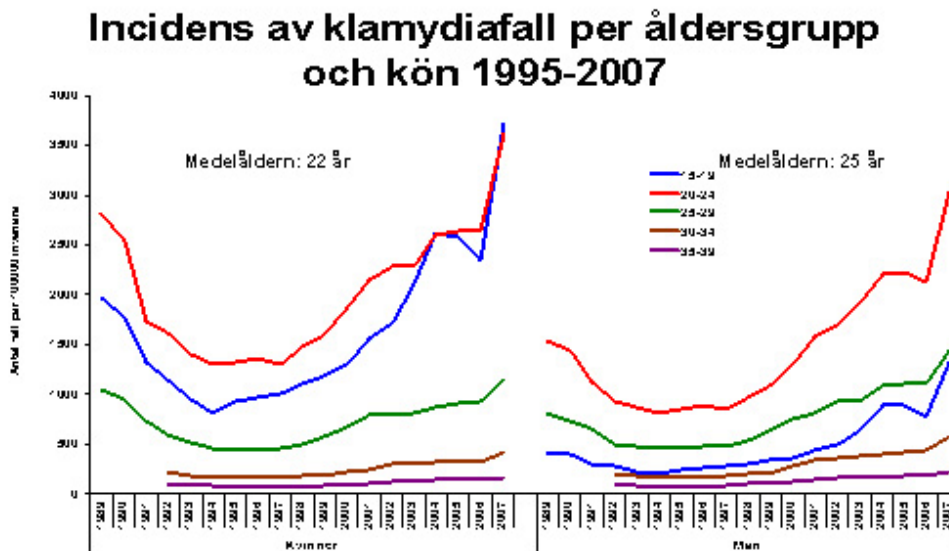
Observera att 2005 och 2006 är incidensen påverkad av underdiagnostik pga. spridningen av en muterad klamydiaklon. Källa: Smittskyddsinstitutet.



Ungdomar och unga vuxna mellan 15 och 29 år står för drygt 85 procent av alla klamydiafall. Figur 2 visar incidensen per 100 000 invånare av klamydiafall per åldersgrupp och kön under perioden 1995–2007.

Figur 2. Incidens av klamydia i Sverige per 100 000 invånare i åldersgrupper och kön 1989–2007

Observera att 2005 och 2006 är incidensen påverkad av underdiagnostik pga. spridningen av en muterad klamydiaklon. Källa: Smittskyddsinstitutet.



År 2007 rapporterades totalt 536 484 tester i Sverige enligt den frivilliga laboratorierapporteringen. Detta är en ökning med 54 procent jämfört med år 2000. Det finns skillnader såväl i testfrekvens som i klamydiaincidens mellan olika landsting vilket antyder att det finns möjligheter att förbättra strategierna för testning. I alla landsting har dock både klamydiaincidensen och antalet testade personer per 100 000 invånare ökat under perioden.

Fler kvinnor än män diagnostiseras med klamydia. Det kan bero på att fler kvinnor testas i alla landsting. För att hitta fler klamydiafall och begränsa spridningen bör testfrekvensen öka framför allt bland unga män. En större andel av klamydiafallen bland män upptäcks via kontaktpårning. Detta tyder på att det behövs mer effektiva vägar att nå män än de som används i dag.

Det finns i dag inte tillräcklig information för att avgöra i vilken mån skillnader i de preventiva åtgärder som genomförts i landstingen kan förklara skillnaderna i klamydiaincidens mellan landstingen. I bilaga 2 finns en beskrivning av klamydiainfektionens förlopp och konsekvenser samt hur infektionen i dag diagnostiseras inom hälso- och sjukvården.

Epidemiologisk jämförelse ur ett internationellt perspektiv

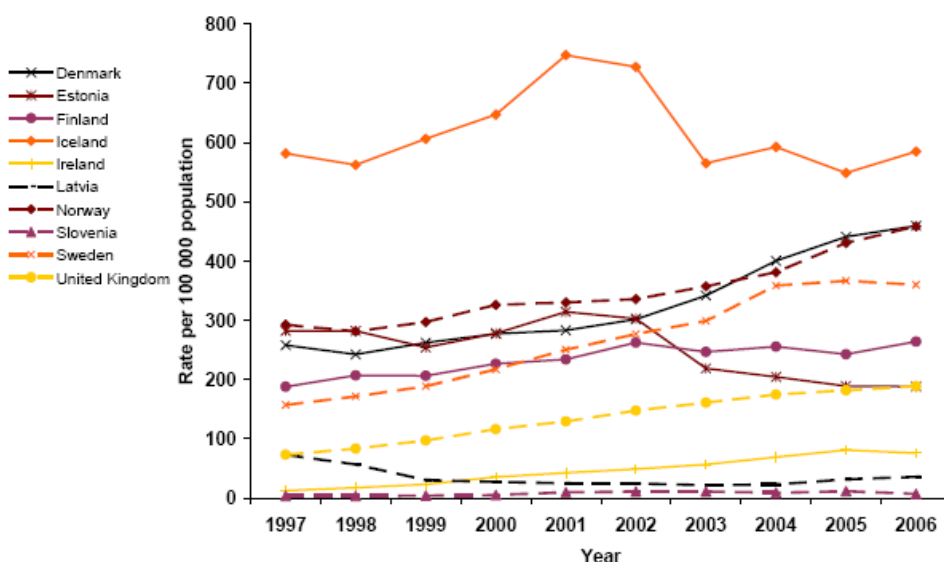
Klamydia är en rapporteringspliktig infektion i relativt få länder. I en del av dessa länder är klamydia dessutom kraftigt underrapporterad. Bäst är rapporteringen i de nordiska länderna som tillhör de tolv länder där fall och laboratoriediagnoser rapporteras allmänt. Sammanlagt finns någon form av övervakningssystem i sjuutton europeiska länder [6].

Under 2006 anmäldes cirka 225 000 fall inom det europeiska nätverket ESSTI (European Surveillance for Sexually Transmitted Infections Network) [7]. Detta bedöms som en kraftig underrapportering. Dessutom är det inte möjligt att utifrån officiella data göra några säkra jämförelser mellan länder av hur ofta infektionen faktiskt förekommer och hur den utvecklas. De viktigaste orsakerna till skillnaderna mellan olika europeiska länder är graden av rapportering, graden av provtagning och valet av testmetoder. I Slovenien rapporteras till exempel sju klamydiafall per 100 000 invånare, medan motsvarande siffra på Island är 585. Huvudförklaringen till denna skillnad anses vara att länderna har olika hög kvalitet på sina epidemiologiska övervaknings- och rapporteringssystem.

Generellt kan man ändå säga att antalet rapporterade fall av klamydia har ökat i flertalet länder under den gångna tioårsperioden, liksom i Sverige (se figur 3). Detta tolkas som att också antalet faktiska fall har ökat, samtidigt som testningen har förbättrats.

Figur 3. Incidens av klamydia per 100 000 invånare i europeiska länder 1997–2006

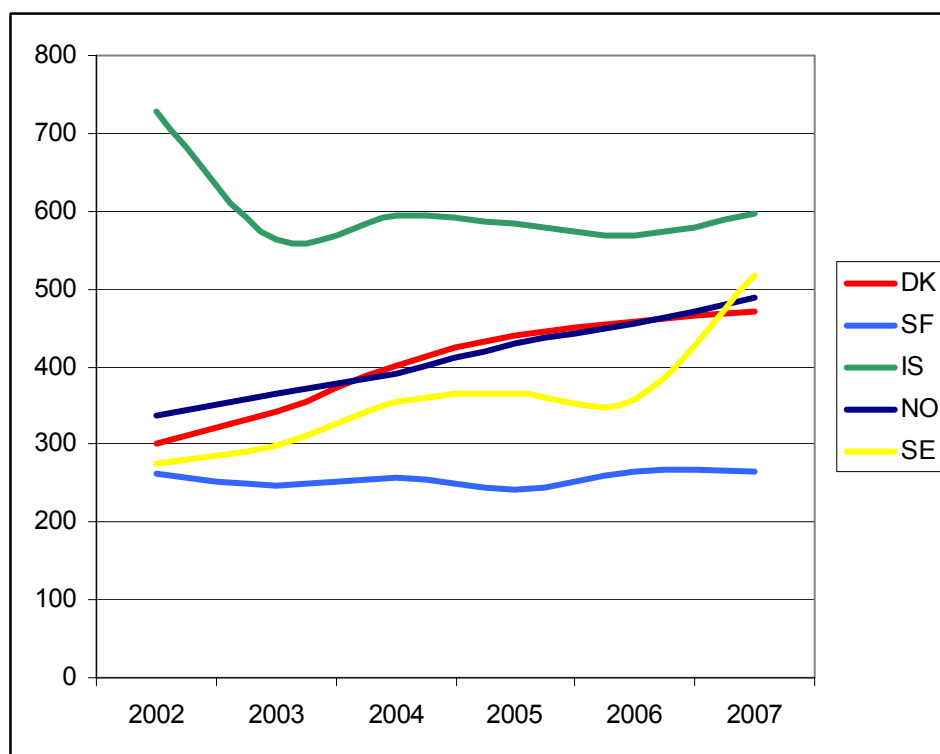
Källa: European Surveillance for Sexually Transmitted Infections, ESSTI, www.essti.org.



Klamydia drabbar framför allt unga människor, i Sverige liksom i övriga Europa. Bland de fall som rapporterades i Europa år 2005 gällde 67 procent personer som var under 25 år. I Sverige var andelen 69 procent. Vidare diagnostiseras klamydia oftast hos kvinnor. I Europa var 55 procent av infektionerna 2006 diagnostiserade hos kvinnor, medan andelen i Sverige var 57 procent. En huvudförklaring är att kvinnor i de flesta länder provtas i större utsträckning än män.

Den uppmätta incidensen i de nordiska länderna under 2002–2007 framgår av figur 4. Utvecklingen i Sverige, Norge och Danmark är mycket likartad. Den nya klonen av klamydiabakterien (se avsnittet Den muterade klamydiabakterien) upptäcktes dock inte i alla tester, vilket skapar en viss oregelbundenhet i den svenska statistiken.

Figur 4. Incidens av klamydia per 100 000 invånare i de nordiska länderna 2002–2007. Källa: EpiNorth, www.epinorth.org.



I England och Nederländerna görs så kallad opportunistisk screening av riskutsatta grupper, och testutfallet registreras. Opportunistisk screening innebär att helt symptomfria patienter får ta prover, till exempel i samband med läkarbesök. I England är provtagningen riktad mot sexuellt aktiva personer under 25 år. De testas när de kommer i kontakt med olika deltagande mottagningar. I en utvärdering 2005/2006 testades 10 procent av dessa män och kvinnor positivt för klamydia. Resultaten liknar dem från de nordiska ländernas allmänna rapportering. I Nederländerna har man också följt utfallet av testning på allmänläkarmottagningar, och nu planeras en riktad under-

sökning till alla invånare mellan 16 och 29 år i urbana delar av landet. Per brev uppmanas invånarna att göra en riskbedömning på Internet. Om bedömningen visar på en förhöjd risk för klamydiainfektion får man ett hemtest. Några resultat från undersökningen finns ännu inte.

I USA rapporterades 348 fall per 100 000 invånare under 2006. Detta var en ökning med 5,6 procent jämfört med föregående år. Även Kanada har en likartad utveckling med 202 rapporterade fall per 100 000 invånare 2006, en ökning med 77 procent jämfört med 1997. Liksom i Europa är infektionen framför allt spridd i de yngre åldersgrupperna.

Sammanfattningsvis är klamydia en allmänt spridd infektion bland ungdomar och unga vuxna i västvärlden. Infektionen är sannolikt vanlig även i andra delar av världen, men kunskapen om spridningen där är ännu mer begränsad. På grund av variationer i provtagning och rapportering kan man inte med säkerhet uttala sig om skillnader mellan enskilda länder. Generellt har dock antalet rapporterade fall ökat under den gångna tioårsperioden. Detta kan ha flera förklaringar, men sannolikt har det faktiska antalet fall av klamydia ökat.

Den muterade klamydiabakterien

Hösten 2006 upptäcktes en muterad variant av klamydiabakterien. Den upptäcktes inte med de diagnostiska tester som då användes vid cirka två tredjedelar av Sveriges laboratorier. Därför underdiagnostiserades klamydia, åtminstone under år 2005 och 2006. Detta tolkades först som att ökningstakten hade avtagit. Men på längre sikt ser man att antalet klamydiainfektioner har ökat kraftigt, från cirka 14 000 rapporterade fall i mitten av 1990-talet till närmare 50 000 rapporterade fall 2007. Troligen innebar mutationen att spridningen ökade ytterligare, då smittade personer felaktigt fick negativa testresultat och därmed riskerade att fortsätta föra smittan vidare, men någon analys av data finns ännu inte. Det finns alltid en risk att nya mutationer uppstår. För att de ska kunna upptäckas tidigare och lättare behövs en hög kvalitetssäkring av diagnostiken och en kontinuerlig kritisk analys av epidemiologiska data.

Lagstiftning om smittspårning

Smittskyddslagen (2004:168) kompletteras av en smittskyddsförordning (2004:255). Smittspårningen regleras särskilt i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:5) om smittspårningspliktiga sjukdomar och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning. Socialstyrelsen har även utarbetat en handbok om smittspårning vid sexuellt överförda infektioner. Den innehåller fördjupande fakta, metod- och dokumentationskapitel med mera, och är tänkt att vara ett hjälpmedel och en vägledning för hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar praktiskt med smittspårning [8].

Klamydiainfektion är klassificerad som en allmänfarlig sjukdom. Med allmänfarlig sjukdom avses enligt 1 kap 3 § i smittskyddslagen smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.

Enligt smittskyddslagen är patienten skyldig att lämna upplysningar om vem hon eller han kan ha smittats av eller själv smittat. Smittspårningens övergripande mål är att finna de personer som är smittade för att ge dem lämplig vård och förhållningsregler, så att risken minimeras för att fler människor smittas. Det finns folkhälsoskäl och epidemiologiska motiv för att minska smittspridningen i befolkningen, och därutöver finns det samhällsekonomiska aspekter.

Det är i första hand den behandlande läkaren som har ansvar för att spåra smittan. Läkaren kan dock överlämna smittspårningen till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, exempelvis barnmorska, sjuksköterska eller kurator.

Klamydiafall ska anmälas till smittskyddsläkaren i landstinget och till Smittskyddsinstitutet. Anmälan får inte innehålla några uppgifter om patientens eller någon annans identitet, utan görs med en kod. Däremot anges uppgifter som kan ha betydelse för smittskyddet, till exempel smittvägar. I anmälan kan även givna förhållningsregler och geografisk plats för smittöverföringen anges. Man kan också redogöra för hur smittspårningen har gått till, om detta har betydelse för smittskyddet. Dessa uppgifter kan Smittskyddsinstitutet eller smittskyddsläkaren använda bland annat för att följa det epidemiologiska läget.

I vissa fall medger smittskyddslagen tvångsåtgärder. En misstänkt smittbärare som inte frivilligt vill låta sig undersökas kan efter ansökan från smittskyddsläkaren och domstolsbeslut i länsrätten tvångsundersökas. Tvångsåtgärder är dock inte särskilt vanliga. År 2005 tvångsundersöktes cirka femton personer, de flesta för klamydia. Siffran ska ställas i relation till det totala antalet klamydiafall, som det året var drygt 33 000.

Några samhällsförändringar av betydelse

Kärleksideologin har förändrats

Flera studier pekar på att attityder och beteende har förändrats hos befolkningen när det gäller kärlek och sexualitet. Förändringarna har medfört att fler människor tar större sexuella risker än tidigare. Bland annat kopplar man inte längre ihop kärlek och sexualitet lika starkt. Detta är särskilt tydligt hos unga kvinnor. Den så kallade kärleksideologin, där sex enligt normen hör hemma inom en kärleksrelation, har länge dominerat. För unga män har normerna även tidigare medgivit fler och lösare relationer [9].²

Tidigare svenska studier har bekräftat bilden av kärleksideologins starka ställning. Men under slutet av 1900-talet och början av 2000-talet har människors förhållande till kärleksideologin förändrats. Genom att sexualiteten frikopplats från sambandet med graviditet och barnafödande har människor fått möjligheter att själva välja hur de vill forma sin sexualitet. Denna är därmed inte förutbestämd, utan var och en kan påverka sin sexualitet utifrån sin egen nyfikenhet och egna inställningar. I förlängningen innebär detta ett lösgörande från den heterosexuella normen. Könstillhörighet är inte avgörande för om ett emotionellt eller sexuellt intresse uppstår [10].³

Fler partner och tillfälliga sexuella kontakter

Mer tillåtande attityder till sex även utanför etablerade kärleksförhållanden gör att fler blir mer benägna att ha fler sexuella partner och fler tillfälliga sexuella kontakter. Mäns och kvinnors beteende har på detta sätt närmat sig varandra. Då kärleksideologin, uppfattningen att sexualiteten hör hemma inom ramen för en kärleksrelation, förändrats har människor börjat ha fler sexuella partner under sin livstid.

Även antalet tillfälliga sexuella kontakter har ökat och så kallade KK-relationer (KK = knullkompis) är relativt vanligt förekommande. En KK-relation innebär att man ibland har samlag vänner emellan utan att ha en egentlig kärleksrelation. KK-relationen kan pågå länge och vara minst lika stadig som ett etablerat kärleksförhållande. Kraven på trohet är emellertid inte lika självklara som de oftast är i en kärleksrelation. KK-relationer kan därmed vara en faktor som öppnar för att parallella sexuella relationer ökar. Allt färre människor anser alltså att samlag endast bör förekomma i fasta relationer [10].

Antalet oskyddade sexuella kontakter har stor betydelse för spridningen av sexuellt överförda infektioner. Individer ingår i olika sexuella nätverk, och genom att antalet sexuella partner generellt har ökat så ökar även risken för att sexuellt överförda infektioner sprids. Sannolikheten att någon som bär på smitta sprider den till olika sexuella nätverk ökar både med antalet partner [12] och med antalet samtida partner. Personer med många oskyddade sexuella kontakter utgör följaktligen en riskgrupp som särskilt bör beaktas i det preventiva arbetet.

Ungas levnadsvanor och hälsa

Flera undersökningar pekar på en ökning av vissa hälsoproblem av relevans för smittspridning och risktagande. Ett sådant problem är den ökande tillgängligheten på alkohol och den ökande konsumtionen av alkohol framför allt bland unga vuxna. Benägenheten att ta risker ökar vid alkoholintag eftersom omdömet ofta sviktar. Likaså minskar förmågan att skydda sig vid sexuella kontakter. Riskabla alkoholvanor är vanligast bland unga. 34 procent av männen och 25 procent av kvinnorna i åldern 16–29 år har riskabla alkoholvanor [13]. I en rikstäckande undersökning svarade var fjärde elev att de någon gång haft oskyddat sex efter att ha druckit alkohol [14]. Dubbelt så många av storkonsumenterna av alkohol uppgav i samma studie att de haft oskyddat eller oönskat sex jämfört med de andra. I undervisning, information och rådgivning behöver man alltså kunna hantera denna fråga och ge unga människor redskap att hantera kombinationen alkohol och sex.

Ett annat hälsoproblem som ökar i gruppen unga vuxna är den psykiska ohälsan. I Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 beskrivs hur ängslan, oro och ångest ökar bland unga oavsett social bakgrund. Dagens individualiserade samhälle ställer stora krav på psykisk hälsa. Individen måste kunna fatta självständiga val i många situationer. En av dessa situationer är det sexuella mötet. Bristande psykisk hälsa gör att individen kan ha det svårt att hävda sina egna åsikter eller ställa krav på sin partner.

Unga reser mer och invandringen har ökat

Resvanorna har förändrats, och många unga människor reser mycket såväl inom Sverige som till övriga världen. Många besöker skidorter på vintern samt festivaler och badorter på sommaren. Efter gymnasiet är det vanligt med längre utlandsresor – både studieresor och äventyrs- och upplevelsesresor. Att ungdomar och unga vuxna har börjat resa mer ökar risken för smittspridning genom sexuella kontakter mellan olika sexuella nätverk. Känslan av att vara fri och obunden, och därmed våga pröva och testa, kan öka det sexuella risktagandet.

Nära 20 procent av den svenska befolkningen har sina rötter i ett annat land och en annan kultur. Invandrare är en mycket heterogen grupp människor, med olika ursprungsländer och olika orsaker till att ha emigrerat. Här finns asylsökande, anhöriginvandrare, så kallade papperslösa, arbetskraftsinvand-

rare och gäststudenter. Synen på sexualitet, relationer och preventivmedel präglas dels av de kunskaper och värderingar man har med sig från sitt ursprung men det påverkas också av den situation man befinner sig i, i Sverige. Exempelvis kan en psykiskt och socialt osäker situation bidra till svårigheter att ta till sig information, att som förälder guida sina ungdomar och som ung människa ta till vara de möjligheter som erbjuds för att kunna skydda sig. Detta ställer stora krav på såväl information som arbete i skola och hälso- och sjukvård. Även de stora ideella organisationerna inom området behöver anpassa sitt arbete till de nya svenskarna. Flera rapporter pekar på att utlandsfödda generellt löper större risk för både fysisk och psykisk ohälsa än infödda svenskar, oavsett om de har kommit till Sverige som flyktingar eller har immigrerat av andra skäl [15].

Vilken betydelse det ökande resandet och invandringen har för den direkta spridningen av klamydia är oklar, men möjligheten till sexuella kontakter mellan grupper och olika sexuella nätverk ökar. Det medför en ökad risk för smittspridning.

Internet

Internet har på ett dramatiskt sätt påverkat sexualiteten. Sex är ett av de vanligaste sökorden på nätet. Internet ger sexualiteten nya möjligheter som attraherar både unga och gamla. Vad det innebär att växa upp och leva i en sexualiserad värld där tillgängligheten finns bara ett musklick bort, vet vi inte särskilt mycket om. Frågor som ställs är om samhällets restriktioner kring sexualitet kommer att minska, tabun att brytas och normer att förändras eller förlora sitt värde i ännu större utsträckning än hittills [16].

Det finns ännu inga undersökningar som visar att man skyddar sig mindre om man söker kontakter via Internet. Däremot utökar man sitt sexuella nätverk, vilket kan öka risken för smittspridning.

Internet är också viktigt ur ett kommunikationsstrategiskt perspektiv. Hur detta medium kan användas i det preventiva arbetet beskrivs närmare i den nationella kommunikationsstrategin och i bilaga 4 [17].

Ungdomar med behov av särskilda preventionsinsatser

Vissa ungdomar är mer utsatta för risker än andra, och det är inte bara det mångkulturella samhället som behöver beaktas. Generellt större hälsorisker löper till exempel ungdomar som

- är socialt utsatta
- saknar förtroendefulla vuxna att kommunicera med
- presterar dåligt i skolan
- saknar möjlighet att engagera sig socialt [18].

De större hälsoriskerna gäller i hög grad för sexuell hälsa i stort, exempelvis större risk för oönskade graviditeter. Det innebär att preventiva stödåtgärder är särskilt viktiga för ungdomar med dessa riskfaktorer. Det finns inga studier som visar att risken för smittspridning av klamydia är större i dessa grupper, men mycket pekar på att socialt utsatta ungdomar har stora behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser som rör den sexuella hälsan.

Hbt-ungdomar

Behovet av extra insatser gäller även ungdomar som inte känner igen sig i majoritetssamhällets sociala konstruktion av sexualiteten. Det gäller till exempel hbt-ungdomar (homosexuella, bisexuella och transpersoner). De söker egna vägar för att hitta sin identitet. Om rådgivning och sex- och samlevnadsundervisning inte är relevant och inkluderande för dessa ungdomar kommer de att kunna utsätta sig för större risker. Speciellt gäller det förstås unga män som har sex med män som, förutom att de löper samma risk för klamydiasmitta som alla unga, också löper betydligt större risk att smittas av hiv och andra sexuellt överförda infektioner.

Handlingsplanens mål

I detta kapitel redogörs för handlingsplanens tre mål som Socialstyrelsen tagit fram i samarbete med aktörer inom området (se förordet). För varje mål finns definierade indikatorer som ska göra det möjligt att år 2014 mäta i vilken grad målen har uppnåtts. Sist i kapitlet beskrivs hur målen ska följas upp. Med uttrycket ”väsentligen ha ökat” avses en signifikant ökning från den nivå som finns 2009 och som kommer att kunna fastställas i den ungdomsstudie som Socialstyrelsen kommer att genomföra under 2009. Detta beskrivs närmare i avsnittet om uppföljning av handlingsplanens mål.

- 1, År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna (15–29 år) som uppger att de alltid använder kondom med en ny eller tillfällig partner väsentligen ha ökat.
- 2, År 2014 ska självinsikten och förståelsen för vilka konsekvenser oskyddat sex kan innebära väsentligen ha ökat inom målgruppen ungdomar och unga vuxna.
- 3, År 2014 ska a) andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man bör testa sig för klamydia ha ökat och b) ungdomar och unga vuxna med förhöjt riskbeteende testa sig regelbundet, minst var sjätte månad.

Mål 1.

År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna (15–29 år) som uppger att de alltid använder kondom med en ny eller tillfällig partner väsentligen ha ökat.

Ett av de viktigaste målen för handlingsplanen är att kondomanvändningen ska öka. En ökad kondomanvändning minskar inte bara smittspridningen av klamydia utan skyddar också mot andra sexuellt överförda infektioner. Kondom är det enda preventivmedel som skyddar mot sexuellt överförda infektioner. Det finns en kondom som är tänkt för kvinnor men även kan användas av män. Kondomen fungerar för såväl anal- som vaginalsex. Denna typ av kondom används i mycket liten utsträckning i Sverige.

Kondom används inte i den utsträckning som krävs för att klamydiaepidemin ska bromsas, trots att kondomen är det enda preventivmedlet för män och borde vara det givna skyddet vid samlag där det finns risk för smittoöverföring. Kondom tillsammans med ett säkert preventivmedel som exempelvis p-piller ger ett fullgott skydd för oönskade graviditeter samt ett bra skydd för sexuellt överförda infektioner.

Kondomanvändningen borde ha ökat, framför allt bland unga vuxna, med tanke på det förändrade beteende som tidigare nämnts och eftersom kunskapen om kondomen som skydd är god. Men ökningen har uteblivit – inga större förändringar har noterats. Studier visar att det finns en relativt stor

tilltro till kondomen som ett bra skydd mot smitta men att denna tilltro kan förbättras. Herlitz studie visar att 44 procent har stor tilltro till kondomen och 47 procent har ganska stor tilltro till kondomen. En tydlig positiv attityd till kondom är en förutsättning för att den ska användas [9].

Studier visar att ungdomar har svårt att kommunicera och förhandla med sin partner om att använda kondom. Kondomen kan uppfattas som besvärlig eller som att den stör närheten i relationen [19]. Studier visar också att graviditetsskydd uppfattas som viktigare än smittskydd i heterosexuella relationer [20]. Även genusfrågor är starkt kopplade till kommunikationssvårigheter och ansvarstagande i en sexuell relation. Likaså kan ungdomar med en bakgrund i vissa kulturer ha en negativ attityd till att prata om kondom eller preventivmedel över huvud taget. Ungdomar och unga vuxna behöver därför få möjlighet att öva kommunikation och få kondomkunskap [21].

Bäst på att använda kondom är unga män i åldersgruppen 16–17 år. Därefter minskar kondomanvändningen med stigande ålder, enligt en studie från 2008. Förklaringen till detta kan vara att ungdomar i de senare tonåren ofta har stadigt sällskap och tycker att de då inte längre behöver använda kondom utan att det räcker med p-piller [9]. I Ungdomsbarometern 2007, som är en riskomfattande årlig attitydmätning bland ungdomar upp till 24 år, angav 71 procent att de inte använt kondom vid det senaste samlaget. Att använda kondom är överlag vanligare bland ungdomar i storstäderna än bland ungdomar i landsorten. Det är också vanligare bland ungdomar med föräldrar som har högre utbildning än bland ungdomar med lågutbildade föräldrar. Vidare använder svenskfödda ungdomar oftare kondom än utlandsfödda [23].

Skolan, skolhälsovården och ungdomsmottagningarna är verksamheter som är väl lämpade att förbättra ungdomars kommunikation om kondomanvändning. En utmaning är att lära unga att kombinera graviditetsskydd och skydd mot sexuellt överförda infektioner. Även andra delar av hälso- och sjukvården behöver delta i detta arbete, liksom ideella organisationer med flera.

Det finns starka belägg för att sex- och samlevnadsundervisningen i skolan kan stärka elevernas förmåga att kommunicera, argumentera och resonera om laddade frågor kring sexualitet. Men om skolan ska klara av detta arbete måste lärarna ha goda ämneskunskaper i sex och samlevnad. Sex och samlevnad är ett kunskapsområde som enligt läroplanen [23] ska finnas integrerat i olika ämnen och det bör därför finnas tydliga mål för sex och samlevnad i de olika kursplanerna. På så sätt blir kunskapsområdet synligt i varje ämne och det blir varje lärares ansvar [23].

Att kondomen finns lätt tillgänglig i samhället är viktigt. I dag finns det stora variationer i landet och på många håll kan aktiviteter som ökar tillgängligheten förbättras. Landstingens gratisutdelning av kondomer har ökat mar-

kant sedan år 1987 och svarade 2006 för cirka 20 procent av den totala konsumtionen [24]. Det finns dock stora variationer mellan olika landsting.

Kondomen behöver också bli mer synlig i det offentliga rummet genom informationsinsatser och marknadsföring. Detta fungerar framför allt som en påminnelse och stödjer de insatser som görs genom undervisning, dialog och rådgivning.

Myndigheter och ideella organisationer har länge försökt få människor att använda kondom. Det behövs emellertid en mer samlad kunskap om vilka framgångsfaktorer som kännetecknar länder med hög kondomanvändning, färre ungdomsgraviditeter och minskad spridning av STI, inklusive hiv. En samlad bild av utförda och pågående studier och projekt nationellt och internationellt vore värdefullt inför den kommande planeringen och utformningen av olika aktiviteter för att öka kondomanvändningen. Vidare behövs mer vetande om ungdomars och unga vuxnas kunskap, attityder och beteenden, samt om vilka hinder som faktiskt finns för att omsätta kunskapen och en positiv attityd i ett hälsofrämjande beteende och en ökad kondomanvändning.

Indikatorer för mål 1

År 2014 mäts

- andelen unga och unga vuxna som har debuterat sexuellt, och som använt kondom vid sitt senaste samlag
- andelen ungdomar och unga vuxna som vet att kondom är ett säkert skydd mot smitta
- andelen ungdomar och unga vuxna som upplever det som svårt att begära kondom i en ny sexuell relation.

Mål 2.

År 2014 ska självinsikten och förståelsen för vilka konsekvenser oskyddat sex kan innebära väsentligen ha ökat inom målgruppen ungdomar och unga vuxna.

Det förebyggande arbetet måste utformas tydligare utifrån beteendevetenskapliga, evidensbaserade metoder. Detta med tanke på att förändrade attityder och beteenden resulterat i att fler ungdomar och unga vuxna än tidigare tar större sexuella risker. De förebyggande insatserna måste ske fortlöpande såväl under uppväxttiden och tonåren som under de tidiga vuxenåren. Förmågan att själv sätta ord på och kommunicera den egna sexualiteten samt förstå de egna riskerna är en central färdighet för förmågan att skydda sig. Beteenden kan endast förändras genom självinsikt och förbättrad riskuppfattning. Den enskilde individen måste tycka att nyttan av att till exempel använda kondom uppväger nackdelarna. Den största möjligheten att påverka och åstadkomma en sådan förändring finns i kommunikationen mellan människor. Om unga får samtala med förtroendeingivande personer eller med personer som de kan identifiera sig med så skapas förutsättningar

för att attityder och i förlängningen även beteenden kan förändras [25, 26]. Viktiga aktörer i detta arbete är personal inom skolan och hälso- och sjukvården. Andra viktiga aktörer är ideella organisationer som kan knyta medarbetare till preventionsarbetet som ungdomar och unga vuxna kan identifiera sig med.

Normer och värderingar i olika sociala grupper och nätverk har stor betydelse för ungas attityder och beteende när det gäller sexuallivet. Om en ung man uppfattar det som norm att ta risker för att duga som man, då kommer han inte att använda kondom även om han intellektuellt vet att den skyddar. Gruppens normer väger tyngre än individens kunskap [19]. Normer förändras och formas därför genom grupprocesser inom olika preventionsgrupper, på arenor där dessa grupper möts eller kan samlas. Skolans sex- och samlevnadsundervisning har visat sig effektiv för sådant arbete. Men även sådant som arbete på fritidsgårdar och i gruppverksamheter inom ideella organisationer har varit framgångsrikt. Ett stöd i detta arbete kan också vara kommunikation och information i olika medier.

Indikatorer för mål 2

År 2014 mäts ungdomars och unga vuxnas kunskap om

- **att klamydia är en mycket smittsam infektion**
- **att klamydiainfektionen kan vara symtomfri under lång tid men ändå smitta**
- **att riskerna för smitta ökar ju fler man har oskyddat sex med**
- **att klamydiainfektionen kan leda till infertilitet**
- **hur man kan undvika smitta i en sexuell relation.**

Mål 3.

- a) År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man bör testa sig för klamydia ha ökat.**
- b) År 2014 ska ungdomar och unga vuxna med förhöjt riskbeteende testa sig regelbundet, minst var sjätte månad.**

För att bromsa klamydiaepidemin krävs åtgärder inom alla de områden som beskrivs under mål 1 och 2. Dessa åtgärder behöver kompletteras med ett effektivt sekundärpreventivt arbete. Ansvaret för detta ligger huvudsakligen på hälso- och sjukvården.

Tidig diagnos och behandling är viktiga delar av det sekundärpreventiva arbetet.⁴ För att detta ska kunna genomföras behöver ungdomar och unga vuxna som utsätter sig för risker ha kunskap om behovet av att söka vård och testa sig. Dessutom behöver hälso- och sjukvården vara tillgänglig, ha adekvata resurser och goda kunskaper för de ungdomar som söker hjälp.

Hälso- och sjukvården måste även aktivt söka grupper som inte spontant uppsöker vården. Det kan göras direkt eller via olika insatser i medier inklusive Internet. I många länder och i flera regioner i Sverige samverkar hälso- och sjukvården med ideella organisationer och ungdomsgrupper i detta arbete.

Indikatorer för mål 3

År 2014 mäts

- ungdomars och unga vuxnas kunskap om vikten av att testa sig innan man går över till oskyddat sex med en ny partner
- andelen ungdomar och unga vuxna som efter att ha haft klamydia återkommer för ny testning inom sex månader
- andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man ska testa sig och var man kan testa sig för klamydia
- andelen ungdomar och unga vuxna som när de utsatts för risk snabbt har fått kontakt med hälso- och sjukvården, fått rådgivning, blivit testade och vid behov fått behandling.

Uppföljning av handlingsplanens mål

Tidigare har attityd- och beteendeförändringar inom området sexuell hälsa följts upp genom olika studier. Bland annat har docent Claes Herlitz vid Dalarnas forskningsråd följt utvecklingen och förändringen av kunskaper, attityder och beteenden när det gäller hiv och STI i befolkningen 15–44 år under en tjugoårsperiod. Socialstyrelsen kommer att låta genomföra en återkommande ungdomsstudie kring attityd, kunskap och beteende. En ungdomsstudie påbörjas 2009 som gör det möjligt att följa upp vissa av handlingsplanens mål. Denna studie kommer att vara en systematisk och vetenskapligt underbyggd uppföljning av ungdomar och unga vuxnas attityder och beteenden. Studien kommer att ge underlag till uppföljningen av handlingsplanens mål. Ungdomsstudien kommer också att kunna ligga som grund för planeringen av ett generellt hälsofrämjande och förebyggande arbete för sexuell och reproduktiv hälsa riktat till ungdomar och unga vuxna i Sverige.⁵

På uppdrag av Socialstyrelsen gjorde sociologiska institutionen vid Stockholms universitet 2008 en nationell kartläggning av hur vårdinrättningar i Sverige arbetar praktiskt med sexuellt överförda infektioner [27]. Denna kartläggning gör det möjligt att följa upp förändringar i hälso- och sjukvårdens klamydiapreventiva arbete.

Smittskyddsinstitutet och Akademiska sjukhuset i Uppsala har gjort en studie på uppdrag av Socialstyrelsen. Den kan ses som en baslinjestudie för vilka strategier landstingen använder vid provtagning för klamydia [28]. Studien kartlägger bland annat provtagning för klamydia bland kvinnor i nio svenska län där förekomsten av klamydia varierar. Även smittspårningen

och dess organisation kartläggs. Pedagogiska institutionen vid Göteborgs universitet kartlägger under 2008 och 2009 omfattningen av utbildning för lärare inom området sexualitet och samlevnad vid alla lärarutbildningar i Sverige.

Prioriterade arenor och kanaler

I detta kapitel redogörs för de tre arenor och olika typer av kanaler som utgör basen i det preventiva arbetet. En arena är en plats eller miljö som är lämplig för kommunikation om sex och samlevnad, hiv och STI. Skolan och hälso- och sjukvården är de två formella arenorna och fritiden är den informella arena som fångar upp preventionsgrupperna. De viktigaste aktörerna för preventiva insatser är skolan och den övriga utbildningssektorn, hälso- och sjukvården samt de ideella organisationer som förstärker och kompletterar det övriga arbetet. Det är framför allt genom förstärkning och förbättring inom dessa nyckelområden som det finns möjlighet att uppnå handlingsplanens mål.

Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården ligger fokus till stor del på det sekundärpreventiva arbetet, det vill säga att förebygga att redan smittade för smittan vidare. Här ingår att göra testning och behandling lätt tillgängliga för ungdomar och unga vuxna. Men det finns även goda möjligheter för individriktade primärpreventiva och hälsofrämjande insatser.

Hälso- och sjukvården har en unik position genom de kontakter man har med ungdomar och unga vuxna. Primärvården, gynekologin, venereologin, infektionssjukvården, ungdomsmottagningarna och andra riktade mottagningar, exempelvis STI-mottagningar och särskilda mansmottagningar, möter patienten för rådgivning, provtagning och behandling av sexuellt överförda infektioner och andra områden inom reproduktiv och sexuell hälsa. Även i samband med andra sjukvårdskontakter finns det möjlighet att stärka det preventiva arbetet mot klamydia för att därigenom öka den totala tillgängligheten till hälso- och sjukvården i detta avseende.

Vid varje samtal, såväl före som efter provtagning, bör man föra en dialog om hur patienten kan minska risken att bli smittad och att smitta andra. Varje samtal bör utgå från individens nuvarande situation och historia. Det är viktigt att föra samtal också med patienter som har fått ett negativt testresultat. Annars riskerar provtagningen att befästa patientens eventuella riskbeteende. Motiverande samtal är en väl lämpad och evidensbaserad metod för denna patientgrupp. Vidare kan det utåtriktade upplysningsarbetet och sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna förstärkas genom att hälso- och sjukvårdspersonal från ungdomsmottagningar och skolhälsovård blir mer delaktiga.

Hälso- och sjukvården är ansvarig för klamydiaprovtagningen, som är en av grundstenarna i det sekundärpreventiva arbetet. Tillgänglighet till testning är viktigt men också att den aktivt erbjuds till rätt grupper. Strategierna för detta varierar i dag och kunskapen om hur testning ska användas på bästa sätt kan utvecklas vidare inom hälso- och sjukvården.

Skola

Skolan är den enda organisation som kan ge alla unga människor grundläggande förutsättningar att lära sig ett säkert och ansvarsfullt beteende. Skolan är därför den centrala arenan för förebyggande undervisning i sex och samlevnad. Detta konstateras också i en rapport från Socialstyrelsen [21]. Rapporten hänvisar till mer än 500 internationella översikter. Dessa översikter visar så gott som samstämmigt att skolan genom en kvalitativ sex- och samlevnadsundervisning kan bidra till att ungdomar tar mindre sexuella risker. Skolan kan lära ut fakta och bearbeta normer och attityder i olika övningar, enskilt och i grupp. Vidare blir skolans insatser effektivare om flera aktörer samverkar lokalt.

Enligt *Nationella strategin* bör skolmyndigheterna ansvara för att stödja utvecklingen inom kunskapsområdet sex och samlevnad. Det ligger därefter på Utbildningsdepartementet och de berörda skolmyndigheterna att ansvara för det fortsatta arbetet med att förbättra skolans sex- och samlevnadsundervisning.

Det tar tid att utveckla arbetet inom skolan och därför kan det behövas insatser som kompletterar det systematiska förbättringsarbete som krävs. Internationellt finns program där studerande inom medicin- och lärarutbildningar får utbildning och verkar i skolan. I Sverige finns Kärleksakuten som är en ideell sexualupplysningsverksamhet och som drivs av läkarstudenter. Likaså gör ett flertal ideella organisationer likartade insatser på detta område. Det gäller framför allt RFSU, RFSL och RFSL ungdom men även till exempel Positiva gruppen i Västra Götaland och vissa Noaks ark-föreningar. På flera håll i Sverige finns i dag en samverkan mellan ideella organisationer och skolan.

Fritid

Under samlingsnamnet fritid samlas olika informella arenor som skiljer sig åt för de olika riskutsatta grupperna. Exempel på fritidsarenor är speciella mötesplatser på Internet, fritids- och ungdomsgårdar, gayklubbar och andra mötesplatser, kulturliv och föreningar. De informella sociala nätverken har stor betydelse för att bilda normer och påverka attityder. Arenor där sådana nätverk uppstår är därför ett viktigt komplement till utbildning och skola samt hälso- och sjukvård. Speciellt viktigt blir det för de grupper som inte nås via de mer formella strukturerna. Till exempel behöver skolan inte uppfattas som en trygg arena för hbt-ungdomar när det gäller att diskutera sex och samlevnad, utan för dem kan de fritidsrelaterade arenorna vara mycket

viktigare. Ideella organisationer kan bidra till arbetet inom vård och skola, men även komplettera arbetet genom riktade och uppsökande verksamheter på fritiden [17]. Handlingsplanen ger inga förslag till delmål och aktiviteter inom fritidsarenan. De förslag till aktiviteter som handlingsplanen föreslår riktar sig till ungdomar och unga vuxna, dvs. från mycket unga till nästan vuxna. Det är således ett stort åldersspann och fritidsarenan blir därmed mycket varierande med en mängd olika aktörer. Inom de olika arenorna och för olika aktörer är kommunikation en gemensam nämnare. I avsnittet om kommunikationskanaler nämns fritiden som en arena som bör användas. I detta avsnitt finns såväl delmål som olika aktiviteter som är riktade mot arbetet inom fritidsarenan. Fritidsarenan kan med fördel användas av såväl hälso- och sjukvården som skolan.

Kommunikation och kanaler

Forskning visar att om olika aktörer på olika sätt kommunicerar samma grundbudskap uppnås den bästa effekten när det gäller kunskap, attityd och beteende. Det behövs en kombination av olika arenor, avsändare, kommunikationsformer och kanaler för att få effekt (se figur 5, sida 56). Störst möjlighet att påverka beteendet har man genom att föra en dialog, med en person eller i grupp. Att sprida information skriftligt eller via olika medier, som envägskommunikation, är också betydelsefullt för att sätta frågan på dagordningen, ge kunskap och påminna. Även det offentliga samtalet spelar en viktig roll – debatter, information och offentliga möten bidrar till att legitimera arbetet med en fråga som annars kan uppfattas som alltför intim och personlig.

Dagens unga har kunskap om att klamydia finns och om att kondom är ett gott skydd, men kunskapen går inte hand i hand med attityderna till de risker man själv tar eller till att själv använda kondom. Därför leder kunskapen inte till ett beteende som förhindrar smittspridning. För att nå fram med budskapen krävs en strategi som bygger på respekt för unga människors livssituation. Dessutom behövs kunskap om de kommunikationskanaler som når fram till målgruppen och om hur dessa fungerar. Studier och erfarenheter visar att ungdomar och unga vuxna vill att informationen är saklig, utan pekpinnar. För att nå fram till de unga krävs en samordnad kommunikation som gör klamydia till en bredare hälsofråga i ett större sammanhang, som angår målgruppen. För att bli effektiv måste den planerade kommunikationen bestå av en kombination av dialog och informationsinsatser riktade till riskgrupperna [17].

Nationell kommunikationsstrategi

Socialstyrelsen har i enlighet med *Nationella strategin* utarbetat en kommunikationsstrategi för det hiv- och STI-preventiva arbetet. Kommunikationsstrategin omfattar åtgärder för särskilda preventionsgrupper, däribland ungdomar och unga vuxna [17]. Kommunikationsstrategin bygger på studier och sammanställd forskning. Den bygger också på undersökningar som ge-

nomförts särskilt för att utgöra underlag för strategin. I den beskrivs vilka kommunikationsvägar som är lämpliga för att åstadkomma eller bevara ett beteende som främjar en god sexuell hälsa [17].

Kommunikationsstrategins utgångspunkt är att sexualiteten är en positiv och nödvändig del av det mänskliga beteendet som förändras när samhället förändras. Även riskerna för den sexuella hälsan ändras därmed. Av historiska skäl har sexualiteten ett starkt tabu omkring sig och människor har därför svårt att kommunicera om sexuella frågor på ett enkelt sätt. Kommunikationsfrågor blir därmed centrala i det förebyggande arbetet. Kommunikationen måste utgå från det faktum att de allra flesta unga har en positiv förväntan kring sexualiteten. Vidare slås fast att det inte fungerar med förenklade budskap som att avstå från sexuella relationer fram tills man hittat den partner man vill leva med resten av livet. I stället måste man utgå från unga människors föreställningar, beteenden och behov.

Strategin skiljer mellan å ena sidan den mest effektiva kommunikationen, alltså dialogen som sker i skolan, inom hälso- och sjukvården och i uppsökande verksamhet och å andra sidan informationsinsatser som fungerar stödjande. I bilaga 4 finns viktiga begrepp och verktyg för att utveckla en bra information.

Kommunikationsstrategin visar att flera av de viktigaste riskfaktorerna för smittspridning är svåra att hantera på ett bra sätt i informationsinsatser. Ett exempel är den viktiga frågan om flera partner under en kort period. Det som går att sprida i informationsinsatser är fakta. Ju fler oskyddade samlag man har med olika partner, desto större är risken att bli smittad. Däremot kan man sällan hjälpa individen att värdera sin egen risk. Det kan man däremot göra i samtal och undervisning. Därför spelar skolan och hälso- och sjukvården den största rollen i kommunikationen. Detta arbete får större effekt om det stöds av informationsinsatser.

Kommunikationsstrategin ska ange den nationella inriktningen för kommunikationen och tydliggöra hur olika aktörers kommunikationsinsatser ska samverka. Utifrån strategins inriktning kan konkreta handlingsplaner för kommunikationen med de preventionsgrupper som beskrivs och prioriteras i propositionen utvecklas nationellt, regionalt och lokalt. Kommunikationsstrategin riktar sig främst till aktörer på nationell, regional och lokal nivå men kan även användas som underlag för beslutsfattare och opinionsbildare.

Förslag till delmål och förbättringar

I detta kapitel föreslås gemensamma och separata förbättringsåtgärder och aktiviteter inom varje nyckelarena: hälso- och sjukvård, skola och fritid. Under samlingsnamnet fritid samlas olika informella arenor som skiljer sig åt för de olika riskutsatta grupperna. Arenan fritid är så varierande att den i egenskap av en informell arena (till skillnad från hälso- och sjukvård samt skola som är formella arenor) bättre förklaras inom begreppet kommunikation. Inom varje förbättringsområde anges delmål och aktivitet. Delmålen har kvantifierats där det finns data som gör att ett kvantitativt mål kan anges. I de fall när sådana data saknas anges delmålen i mer övergripande formuleringar i väntan på bättre förutsättningar för att ange kvantitativa mål.

Först ges förslag till förbättringsområden, delmål och aktiviteter som berör samtliga aktörer. Därefter följer avsnitt om de förbättringsområden, delmål och aktiviteter som huvudsakligen rör respektive arena och kanal dvs. hälso- och sjukvård, skola, fritid och kommunikation. För flertalet förbättringsområden anges delmål, verifieringskällor och vem som är huvudansvarig för uppföljningen samt vilka aktörer som är huvudansvariga för att aktiviteten genomförs.

Ideella organisationer

Ideella organisationer har stor betydelse i det förebyggande arbetet, såväl nationellt, regionalt som lokalt. Avsikten är att ideella organisationer ska kunna använda denna handlingsplan såväl i sin egen planering som i samverkan med övriga myndigheter och andra aktörer. För de formella arenorna skola och hälso- och sjukvård ligger huvudansvaret på olika myndigheter och offentliga verksamheter, varför ideella organisationer inte anges som huvudansvariga för att genomföra de aktiviteter som föreslås inom dessa områden. Ideella organisationer är dock mycket viktiga samverkansaktörer och bör på olika sätt engageras i det förebyggande arbetet inom dessa arenor. De ideella organisationerna verkar också mycket inom den informella arenan, som i denna handlingsplan beskrivs med begreppet ”fritid” och sårinsatserna i huvudsak består av information och kommunikation.

Flera ideella organisationer har omfattande kommunikationsaktiviteter för ungdomar och unga vuxna varför ideella organisationer anges som huvudansvariga för aktiviteter i kommunikationsavsnittet. Eftersom det är viktigt att samtliga aktörer på olika sätt kommunicerar samma grundbudskap blir kommunikationen en central förutsättning för det preventiva arbetet.

Förbättringsåtgärder som berör samtliga aktörer

Ökad kunskap om frisk- och riskfaktorer

En förutsättning för ett lyckat preventivt arbete är att aktörerna samverkar tvärsektoriellt. För att ta till vara kunskaper och erfarenheter behövs sammanställningar, analyser och utvärderingar av såväl nationell som internationell forskning och utveckling. Vidare behövs det återkommande föras en dialog mellan forskare och experter med olika bakgrund för att framtida interventioner ska bli vetenskapligt förankrade. Ett tvärvetenskapligt och tvärsektoriellt arbetssätt ger ökad kunskap och bättre effekt. Socialstyrelsen ansvarar i egenskap av samordnande myndighet för att sådana forum kommer till stånd.

Det finns inga aktuella nationella studier av vilka ekonomiska konsekvenser klamydiaepidemin innebär för samhället. Svenska samhällsekonomiska studier är en viktig bas för ett fortsatt preventivt arbete och för att kunna motivera de ofta ganska omfattande insatser som krävs. Nya metoder som utvecklas i framtiden eller förbättringar av strategier kan behöva utvärderas i mindre skala innan de används på nationell nivå. Detta kan med fördel göras i definierade geografiska områden där man byggt upp en infrastruktur för att snabbt följa förändringar av viktiga variabler. Eventuellt kan sådana områden knytas till de kunskapsnätverk för hiv- och STI-prevention som ska utvecklas. Detta arbete är något som kan utvecklas i framtiden.

Ökad kunskap om frisk- och riskfaktorer	
Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none">Skapa forum för regelbundna tvärvetenskapliga diskussioner som kan stödja och förbättra inriktningen av det förebyggande arbetet.	<ul style="list-style-type: none">Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none">Definiera, initiera utbildning, analysera och sammanställa tillgängliga forskningsdata som har betydelse för såväl det primär- som sekundärpreventiva arbetet.	<ul style="list-style-type: none">Respektive myndighet ansvarar för sitt specifika område.Socialstyrelsen har ett särskilt uppdrag i egenskap av samordnande myndighet.Universitet, högskolor och landsting/regioner har ett särskilt ansvar för att initiera och bedriva forskning och utveckling.
<ul style="list-style-type: none">Sammanställa nationella och internationella hälsoekonomiska konsekvensstudier.Värdera om nationella studier är motiverade.	<ul style="list-style-type: none">Socialstyrelsen.Socialstyrelsen.

Ökad kunskap och förbättrad utbildning

Sexualitet är en existentiell fråga och har stor betydelse för människors välbefinnande. För att kunna tillmötesgå patienters behov av information och

rådgivning bör sexuell och reproduktiv hälsa ingå i all grundutbildning till yrken inom hälso- och sjukvården. Blivande läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, psykologer och socionomer med flera måste dels få teoretiska ämneskunskaper under sin utbildning, dels få möjlighet att reflektera över och träna på att förhålla sig professionellt till genus, etnicitet och sexualitet, inklusive hbt (homosexuella, bisexuella, transpersoner). Personal som arbetar med preventivt arbete bör också ha möjlighet att fortbilda sig och fördjupa sig inom området.

Lika viktigt är att lärare och personal inom elevhälsan får utbildning inom området sexuell och reproduktiv hälsa. För unga människor är sexualitet och samlevnad centrala teman framför allt under tonårsperioden. Frågor om sexualitet och samlevnad är dagligen aktuella i skolans miljö. Detta måste alla blivande lärare och elevhälsans personal förberedas på att hantera. Blivande lärare måste under sin utbildning få grundläggande kunskaper i ämnet, både faktamässigt, didaktiskt och metodologiskt. Detsamma gäller givetvis för elevhälsans personal som också måste få utbildning under sina grund- och specialistutbildningar. Elevhälsan har en viktig roll dels genom att samverka med lärare, skolläring, ungdomsmottagningar och övrig hälso- och sjukvård, dels genom att ge stöd och råd till eleverna, till exempel i samband med hälsosamtal.

Vissa landsting har sedan länge erbjudit fortbildning brett till nyckelaktörer inom olika sektorer i sina geografiska områden. Men detta har inte skett systematiskt i landet. I *Nationella strategin* skrivs det att regionala kunskapscentra för det hiv- och STI-preventiva arbetet bör utvecklas. Mer samlade insatser för fortbildning och kunskapsutveckling kan därmed etableras. Socialstyrelsen har i ett regeringsuppdrag fått uppgiften att stödja en sådan utveckling och arbetet har redan påbörjats med att forma sex olika "kunskapsnätverk", som tillsammans är rikstäckande. De regionala nätverken är tänkta att utifrån regionens behov stödja och samordna kunskapsuppbyggnad, utveckling av utbildningsmaterial, datainsamling, uppföljning och utvärdering samt kunskapsåterföring som rör primärprevention inom hiv/aids och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar. De kan även stimulera till tvärsektoriell och tvärvetenskaplig samverkan i det förebyggande arbetet. Även forskning och utveckling kan vara ett utvecklingsområde för dessa nätverk. En utvärdering som Socialstyrelsen har låtit göra visar att samtliga tillfrågade huvudmän anser att kunskapsnätverken stärker det förebyggande arbetet.

Ökad kunskap och förbättrad utbildning		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska andelen grund- och vidareutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal, andelen lärarutbildningar och andelen socionomutbildningar som innehåller undervisning i sex och samlevnad väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kartläggning av kursplaner vid universitet och högskolor. • Kartläggning av landstingens och de ideella organisationernas pågående fortbildning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med Statens folkhälsoinstitut. • Kommuner och landsting. • Skolverket.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Utbilda blivande hälso- och sjukvårdspersonal, lärare och socionomer i sexuell och reproduktiv hälsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Universitet och högskolor.
<ul style="list-style-type: none"> • Utveckla fortbildning för lärare och för hälso- och sjukvårdspersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skolverket. • Socialstyrelsen. • Universitet och högskolor.
<ul style="list-style-type: none"> • Ge regional fortbildning i sexuell och reproduktiv hälsa för personer som arbetar preventivt med sexuell hälsa, bland annat hälso- och sjukvårdspersonal och skolpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner. • Kommuner.

Förbättrad samverkan och samarbete

Såväl primär- som sekundärpreventivt STI-arbete involverar många professioner och aktörer. Framgångsfaktorer är strukturerade insatser, tydliga rutiner, gemensamma kärnbudskap och speciella fokusområden för det preventiva arbetet. Samtliga landsting har någon form av samverkansgrupper för STI-arbetet, men sannolikt kan samverkan förbättras på många håll. Bland annat kan regionala dokument för vård och behandling utarbetas, och samarbetet mellan olika professioner och mellan olika aktörer förbättras. Exempelvis har många ideella organisationer ett stort engagemang i och kunskap om frågor som rör sexuell hälsa.

Samverkan mellan ungdomsmottagningarna, skolan, skolhälsovården och den övriga elevhälsan är särskilt viktig i det preventiva arbetet för ungdomar. Skolhälsovårdens mål, som det uttrycks i skollagen [29], är att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och verka för sunna levnadsvanor. Detta inkluderar sexuell och reproduktiv hälsa.

Skolhälsovården arbetar ofta i dialog med enskilda elever eller mindre grupper, men är också en resurs i skolans sex- och samlevnadsundervisning. Inom ramen för skolhälsovården finns goda möjligheter till primärpreventi-

va insatser. Till skillnad från ungdomsmottagningen har skolsköterskan till exempel möjlighet att träffa alla pojkar. Samverkan mellan skolhälsovård och hälso- och sjukvård, speciellt ungdomsmottagningar, kan alltså ge goda effekter i både primär- och sekundärpreventivt arbete. I det primärpreventiva arbetet är dessutom de ideella organisationernas ungdomsinformatörer viktiga samarbetspartner för ungdomsmottagningarna, skolverksamheten och skolhälsovården.

<i>Förbättrad samverkan och samarbete</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska samtliga landsting/regioner ha upprättat en regional, tvärsektoriell handlingsplan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppföljning av landstings/regioners samverkansplaner för STI-arbetet inom regionen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Utöka den regionala samverkan mellan olika aktörer (smittskydd, venereologi, gynekologi, ungdomsmottagningar, skolhälsovård, studenthälsa, laboratorier etc.), bland annat för att utarbeta gemensamma rutiner för det förebyggande arbetet. • Upprätta tvärprofessionella regionala strukturerade planer i samverkan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner i samverkan med berörda aktörer, exempelvis kommuner, ideella organisationer, universitet och högskolor.

Förbättrad kondomkunskap

Som tidigare nämnts är ökad kondomanvändning ett av de viktigaste målen för handlingsplanen. Kondom är det enda preventivmedel som skyddar mot klamydia och andra sexuellt överförda infektioner. Därför behöver de aktuella aktörerna kunna sprida kunskap om kondomer, samtala om kondomer och kunna tillämpa metoder som kan öka kondomanvändningen, exempelvis reflekterande samtal (se under rubriken Förbättrad rådgivning). Ungdomsmottagningarnas och mödrahälsovårdens betydelse för ungas preventivmedelsanvändning är stor. Av historiska skäl har arbetet fokuserats på graviditetsskydd. Det krävs bättre kunskap och förnyade metoder för att kombinationen av graviditets- och STI-skydd i rådgivningen ska bli effektiv och ge önskad effekt.

Det är viktigt att kondomer finns lätt tillgängliga och att de är billiga. Många landsting subventionerar eller tillhandahåller gratis kondomer på exempelvis ungdomsmottagningar och inom skolhälsovården, men det finns stora regionala skillnader. Ett sätt att öka tillgängligheten är också att verka för kondomapparater på olika mötesplatser, som krogar och restauranger, samt att dela ut kondomer vid festivaler.

<i>Förbättrad kondomkunskap</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna som uppger att de fått undervisning om kondomanvändning i skolan väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsstudie med start 2009 som kontinuerligt följer ungdomars och unga vuxnas kunskaper, attityder och beteenden inom området sexuell och reproduktiv hälsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna som uppger att de fått information om kondomer i samband med besök i hälso- och sjukvården väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungdomsstudie med start 2009 som kontinuerligt följer ungdomars och unga vuxnas kunskaper, attityder och beteenden inom området sexuell och reproduktiv hälsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska antalet subventionerade kondomer för ungdomar väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planer för det STI-förebyggande arbetet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska tillgängligheten av kondomer på ungdomsmottagningar, STI-kliniker samt inom skolhälsovården ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionala planer och länsplaner för det STI-förebyggande arbetet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • År 2014 ska tillgängligheten av kondomer på mötesplatser för ungdomar och unga vuxna väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Regionala planer och länsplaner för det STI-förebyggande arbetet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Utbilda hälso- och sjukvårdspersonal och skolpersonal som arbetar förebyggande i att hålla kondomsamtal, samtal om säkrare sex samt samtal om hur säkrare sex kan bli lustfyllt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner, kommuner.
<ul style="list-style-type: none"> • Göra kondomen lätt tillgänglig, exempelvis genom att erbjuda gratis eller subventionerade kondomer på ungdomsmottagningar och inom skolhälsovården, genom kondomautomater och genom att dela ut kondomer vid festivaler och liknande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner, kommuner.

Förbättringsåtgärder för hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdslagen [30] framhåller bland annat att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Vården ska också vara lätt tillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Enligt Socialstyrelsens föreskrift [31] om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården ska det finnas rutiner för bland annat bemötande, diagnostik, vård och behandling, kompetens och samverkan. Samtliga dessa områden har betydelse för ett kvalitativt och säkert primär- och sekundärpreventivt arbete. Följande områden bedöms som särskilt angelägna och där förbättringsåtgärder ger effekter på det klamydiapreventiva arbetet.

Tydligare avtal och uppdragsbeskrivningar

Under senare år har det skett stora förändringar inom hälso- och sjukvården. Vårdgivarna har blivit betydligt fler än tidigare. Det ställer krav på att kvalitet och patientsäkerhet säkerställs i de avtal som upprättas mellan landsting och olika vårdgivare. Vid avtal mellan beställare av vård och olika vårdgivare måste därför kvalitetsindikatorer utvecklas som säkerställer en hög kvalitet och god säkerhet i såväl det primär- som det sekundärpreventiva arbetet. För att säkerställa exempelvis rådgivning och samverkan måste detta ges lika stor tyngd som diagnos och medicinsk behandling i uppdragsbeskrivningar, beställningar och uppföljningar av hälso- och sjukvårdens arbete.

<i>Tydligare avtal och uppdragsbeskrivningar</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none">• År 2014 ska samtliga landsting/regioner vid avtal och uppdragsbeskrivningar ange kvalitetsindikatorer för det primär- och sekundärpreventiva arbetet.	<ul style="list-style-type: none">• Landstingsavtal och regionala avtal samt uppdragsbeskrivningar.	<ul style="list-style-type: none">• Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none">• Utveckla kvalitetsindikatorer för att säkerställa en hög kvalitet och god patientsäkerhet i det primär- och sekundärpreventiva arbetet. Indikatorerna kan användas för bland annat uppdragsbeskrivningar och avtal samt för uppföljning.	<ul style="list-style-type: none">• Landsting/regioner.

Förbättrad rådgivning

Hälso- och sjukvården har både en unik plattform och legitimitet för individuell rådgivning. Ungdomar kan besöka ungdomsmottagningar upp till 20–25 års ålder beroende på var i landet de bor. Pojkar och unga män besöker dock ungdomsmottagningarna i väsentligt lägre grad än flickor och unga kvinnor. Vidare söker en del vård på andra mottagningar än ungdomsmottagningar, exempelvis på vårdcentraler, STI-mottagningar eller barnmorskemottagningar. Därför är det ganska många personalgrupper inom hälso- och sjukvården som möter ungdomar och unga vuxna när de söker rådgivning, vård och behandling för klamydia och andra sexuellt överförda infektioner. Dessa personer måste ha goda kunskaper om evidensbaserad rådgivning i hur man skyddar sig mot dessa infektioner. Rådgivande personal som arbetar med kunskapsområdet sex och samlevnad behöver också få bearbeta egna föreställningar och rådande normer och värderingar.

Evidensbaserade metoder och verktyg måste utvecklas för att detta arbete ska kunna genomföras. Speciellt viktigt är att nå de personer som tar stora sexuella risker. I en pågående studie i Umeå testas en metod för att ta fram en ”riskprofil” för varje patient som sedan utgör grunden för den individuella rådgivningen.

Det tas många klamydiaprover och de flesta prover är negativa. Det är viktigt att erbjuda rådgivning till ungdomar och unga vuxna med riskbeteende även om provsvaret är negativt. Risker finns annars att det negativa provsvaret blir en acceptans av och en bekräftelse för ett fortsatt riskbeteende.

Forskningen ger stöd för att riskreducerande individuell rådgivning baserad på patientcenterade metoder kan förändra ett sexuellt risktagande [32]. Motiverande samtal (MI) är en sådan samtalsmetod som hjälper människor att formulera sitt problem, se möjliga lösningar samt få handlingsberedskap. MI syftar till att öka patientens motivation till förändring och tro på sin egen förmåga att klara av att göra förändringen. I det motiverande samtalet möts patienten där hon befinner sig. Motivation och motstånd till förändring hos den enskilde förstås som något som uppstår i relation till omvärlden och kan påverkas av samtalsstrategier. MI utgår ifrån att patienten har de resurser och den motivation som behövs för att göra en förändring. Den inre motivationen ökar genom att rådgivaren stödjer sig på patientens egna uppfattningar, värderingar och mål. Motivation enligt MI uppstår ur samspelet mellan den upplevda betydelsen av en förändring och tilltron till att den kan genomföras.

Enligt en nationell kartläggning av hur vårdinrättningar i Sverige arbetar praktiskt med sexuellt överförda infektioner anser personalen på endast var tredje vårdinrättning att de har tillräckliga kunskaper för att ge en fördjupad rådgivning. Skillnaden var stor mellan olika typer av mottagningar, men behovet av fortbildning är tydligt [27].

Förbättrad rådgivning		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska minst 75 procent av hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med STI-prevention och har patientkontakt där rådgivning ingår uppge att de har deltagit i utbildning och anser sig ha tillräckliga kunskaper för att genomföra rådgivande samtal som är baserade på evidensbaserade metoder. 	<ul style="list-style-type: none"> Uppföljning av kartläggningen Sjukvårdens arbete med sexuellt överförda infektioner. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska ungdomar och unga vuxna som besökt hälso- och sjukvården med anledning av misstänkt eller verifierad klamydiainfektion och som anger att de fått råd som medfört att de reflekterat över sitt sexuella risktagande väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> Ungdomsstudie med start 2009 som kontinuerligt kommer att följa upp ungdomars och unga vuxnas kunskaper, attityder och beteenden inom området sexuell och reproduktiv hälsa. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> Utveckla och förbättra metodunderlag för rådgivning i samband med såväl primär- som sekundärpreventivt arbete samt utvärdera effekterna av dessa metoder. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut. Universitet och högskolor. Landsting.
<ul style="list-style-type: none"> Utbilda hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med förebyggande rådgivning i evidensbaserad rådgivningsmetodik. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> Utveckla verktyg eller formulär för det rådgivande arbetet, checklistor för självtest på individnivå, formulär för sexuell anamnes etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Statens folkhälsoinstitut. Landsting/regioner. Socialstyrelsen.

Förbättrade rutiner för vård och behandling

Flertalet landsting har utarbetat riktlinjer för STI-arbetet inom landstinget eller regionen. Omfattning och innehåll skiljer sig dock, från detaljerade anvisningar och riktlinjer till korta och mer övergripande dokument. En viktig del av arbetet är den sexuella anamnesen för att bedöma individens riskbeteende och därmed kunna utforma rådgivningen på ett adekvat sätt. Hur detta arbete bedrivs varierar mellan olika landsting och mellan olika typer av vård. Det behövs ökade satsningar för att förbättra denna del av arbetet.

Ökad tillgänglighet till testning, rådgivning och behandling

En av förutsättningarna för att minska spridningen av klamydia är att personer som är smittade hittas och behandlas så snart som möjligt efter att de smittats. Detta kräver dels att individen har kunskap om när man utsatt sig för risk, dels att det är enkelt att få testa sig om man har symtom eller om man vill testa sig ändå. I dag varierar andelen ungdomar som testar sig beroende på olika geografiska områden och på kön. Bland dem som testar sig varierar också andelen smittade beroende på kön och var i landet man bor. För att kunna bedöma vilken provtagning som bör göras och vilken rådgivning som bör ges behöver personalen ha kunskaper att göra en adekvat sexuell anamnes. Inte minst gäller det att undvika standardantaganden om att människor är heterosexuella.

Till en del beror troligen variationerna på skillnader i tillgänglighet till vård för individen och på redan etablerade kontakter med hälso- och sjukvården. Detta tyder på att det finns möjlighet att utveckla strategier för tillgänglighet och testning som ger bättre resultat än i dag. Pojkar och unga män testar sig i lägre grad än flickor och unga kvinnor. Skillnaden är alltför stor för att kunna förklaras av att kvinnor oftare testar sig i samband med graviditet och preventivmedelsrådgivning. Ungdomsmottagningarna kan förbättra tillgängligheten för pojkar. Det finns inga tillförlitliga uppgifter om hur stor andel av besöken som utgörs av pojkar men den gängse uppfattningen är att det är betydligt fler flickor än pojkar som besöker ungdomsmottagningarna. Övriga hälso- och sjukvården, speciellt STI-mottagningarna, kan aktivt rikta sig mot grupper som inte nås i tillräcklig utsträckning, till exempel via tidbokning på Internet. Det är dock viktigt att provtagningen alltid åtföljs av en annan åtgärd inom hälso- och sjukvården, särskilt rådgivning. Detta måste man ta hänsyn till när nya sätt att öka tillgängligheten används, exempelvis testning via Internet [33]. Det finns vidare behov av att utveckla självvärderande instrument som kan hjälpa till att klargöra behovet av rådgivning och som bidrar till självreflektion. Inom psykiatrin har till exempel enklare terapi framgångsrikt bedrivits via Internet [34].

Ett alternativ för att öka testningen är att mer systematiskt genomföra en screening. I Sverige saknas i dag tillräcklig kunskap för att ta fram rekommendationer om screening. Det som dock är tydligt är att opportunistisk screening utanför åldersgruppen 15–30 år inte kan anses motiverad med tanke på den låga incidensen i andra åldersgrupper. En genomgång från ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) visar att det i dag saknas konsekvent genomförda screeningprogram för klamydia i Europa. Två länder, Holland och England, har pilotprogram som riktar sig till åldersgruppen under 25 respektive under 30. Resultaten bör noggrant följas och framtida ECDC-rekommendationer om screening kan tillsammans med en bättre kartläggning av klamydians epidemiologi i Sverige ge ett tillräckligt underlag för att utfärda rekommendationer för screening till vissa grupper i Sverige [6].

En betydande andel av dagens provtagning är så kallad opportunistisk screening, vilket innebär att alla som besöker en viss typ av mottagning erbjuds provtagning för klamydia, oavsett om de förväntas vara smittade. Detta kan exempelvis ske i samband med preventivmedelsrådgivning. Denna verksamhet bör utvecklas mer systematiskt för att nå de grupper där den har störst effekt. Den breda provtagning som genomförs i samband med smittspårning av klamydia, med den höga incidensen som vi nu har i åldersgruppen 15–25 år, kan också ses som ett slags aktiv screening i en högriskgrupp. Syftet är att nå så många som möjligt av de riskutsatta kontakterna till en indexpatient, snarare än att utreda exakt vem som har smittat vem [35]. Denna verksamhet bör utvecklas mer systematiskt för att nå specifika grupper inom åldersspannet 15–25 år där den har störst effekt.

Internetbaserade erbjudanden om testning för klamydia erbjuds sedan ett par år i ökande omfattning i Sverige av olika aktörer. Dessa erbjudanden verkar öka testfrekvensen framför allt hos män och kan därför bli ett viktigt komplement till annan testning. Det innebär dock vissa svårigheter att få denna nya metod att fungera inom de regelverk som finns för hälso- och sjukvård, smittskydd med mera (se sida 18). Socialstyrelsen genomför därför under 2009 en tillsyn av dessa verksamheter för att kunna ge tydliga riktlinjer för hur de kan fungera inom ramen för det gällande regelverket.

För att den förväntade effekten av förbättrad testning ska uppnås krävs att den mikrobiologiska delen av testningen är kvalitetssäkrad. Detta visas inte minst av effekterna av den nya muterade klonen av klamydia. Detta arbete bör bedrivas som en del av laboratoriernas kvalitetsarbete och behandlas inte vidare i denna handlingsplan.

<i>Ökad tillgänglighet till testning, rådgivning och behandling</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska samtliga landsting/regioner ha dokumenterade strategier för hur testning och behandling av klamydia ska erbjudas och genomföras. I strategin ska framgå hur arbetet kvalitetssäkras. 	<ul style="list-style-type: none"> Landstingsplaner och regionala planer. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska 80 procent av all tillfrågad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar patientinriktat med primär- och sekundärprevention uppge att de arbetar efter en dokumenterad och fastställd struktur och rutin i samband med anamnes, information, provtagning och behandling samt uppföljning av klamydiainfektion. Hbt-kunskap inkluderat. 	<ul style="list-style-type: none"> Uppföljning av kartläggningen Sjukvårdens arbete med sexuellt överförda infektioner. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> Förbättra tillgängligheten till provtagning och rådgivning för både kvinnor och män. Tillgängligheten för unga män bör särskilt beaktas. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> Utveckla och utvärdera självvärderingsinstrument, exempelvis checklistor, som stöd för självinsikt och reflektion. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut i samverkan med landsting/regioner och ideella organisationer.
<ul style="list-style-type: none"> Fortbilda hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar patientinriktat förebyggande i hur klamydia smittar, vilka risker som finns med klamydia, hur och när klamydiatest ska utföras samt hur säkrare sex praktiseras. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> Bedriva tillsyn i enlighet med gällande regelverk av hälso- och sjukvårdens klamydiapreventiva arbete. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> Utarbeta ett nationellt underlag med anvisningar för provtagning, rådgivning, diagnostik och behandling. Anvisningarna ska vara klara senast 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen i samverkan med berörda myndigheter.
<ul style="list-style-type: none"> Utarbeta ett kunskapsunderlag och en vägledning för riktade insatser till ungdomar och unga vuxna inom området sexuellt överförda infektioner. Arbetet beräknas vara klart 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.

<ul style="list-style-type: none"> • Utveckla metoder för testning genom Internetbaserade verktyg där hänsyn tas till gällande lagar och föreskrifter och behoven av rådgivning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen. • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • Utveckla strategier för att effektivisera testning och screening. 	<ul style="list-style-type: none"> • Smittskyddsinstitutet. • Socialstyrelsen.

Förbättrad smittspårning

Klamydiainfektionen är en av de fem sexuellt överförda infektioner som klassas som allmänfarliga i smittskyddslagen (2004:168). Därmed ska klamydiasmitta spåras. Rätt genomförd kan smittspårningen minska spridningen av klamydia, genom att på ett effektivt sätt identifiera smittade som inte själva skulle ha sökt vård. Smittspårning ger vidare möjligheter till fördjupad rådgivning för personer med ett riskbeteende. Studier har dock visat att smittspårningens kvalitet varierar inom olika delar av vården. Detta har blivit särskilt tydligt i och med publikationen av föreskrifter i en handbok om smittspårning [8] och den uppföljande tillsyn som genomförts. Smittspårningen behöver således förändras och detta kan göras på olika sätt utifrån lokala förutsättningar. Studier visar till exempel att en centralisering av smittspårningsarbetet till färre personer inom landstinget kan vara motiverad [36]. Utbildade och tränade smittspårare hittar fler partner och fler smittade varför kvalitetssäkrad utbildning av smittspårare kan utvecklas för att förbättra kvaliteten på smittspårningen. Samtidigt är det viktigt att tiden tills patienten får träffa en smittspårare inte fördröjs och smittspårningen därmed tappar fart med ökad risk för fler smittade individer via indexpatientens kontakter. Smittspårningen måste komma i gång snarast möjligt efter det att patienten meddelats det positiva provsvaret. I kvalitetssäkringen av smittspårningsarbetet kan tiden från diagnos till påbörjad smittspårning därför vara en av flera indikatorer som är möjlig att följa över tiden på klinik- och landstingsnivå.

<i>Förbättrad smittspårning</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 ska samtliga landsting/regioner ha system för att kvalitetssäkra smittspårningen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillsyn. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 ska 80 procent av hälso- och sjukvårdspersonal som smittspårar ha genomgått särskild smittspårarutbildning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utbildningsinsatser inom landsting/regioner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> Tillämpa den nationella handboken i smittspårning, Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner, samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:23) om smittspårning. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner. Smittskyddsläkare.
<ul style="list-style-type: none"> Utvärdera och kvalitetssäkra smittspårningsprocessen. 	<ul style="list-style-type: none"> Smittskyddsläkare.
<ul style="list-style-type: none"> Utveckla en riktad utbildning i smittspårning i enlighet med handboken. Utarbeta möjligheter till kvalitetssäkrad utbildning. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner. Smittskyddsläkare.

Minskat riskbeteende och återsmitta

Ett av de stora problemen med det preventiva arbetet är att det har varit svårt att identifiera grupper med hög risk för smitta (förutom den ganska stora åldersgruppen som drabbas). Att identifiera sådana grupper som sedan kan erbjudas ökade insatser skulle kunna effektivisera arbetet. En grupp som har identifierats är personer som tidigare har haft klamydia. Strategier behöver utvecklas för hur denna kunskap ska kunna utnyttjas för ett effektivare arbete. En studie kring riskfaktorer för återsmitta pågår vid Karolinska Universitetssjukhuset och Sesam City, en STI-mottagning i centrala Stockholm.

<i>Minskat riskbeteende och återsmitta</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska andelen klamydiapatienter med identifierade riskfaktorer som erbjuds ett nytt klamydiatest inom sex månader väsentligen ha ökat. 	<ul style="list-style-type: none"> Forskningsstudie. Testningsdata från laboratorier. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska andelen som återsmittats inom 24 månader väsentligen ha minskat. 	<ul style="list-style-type: none"> Forskningsstudier. Testningsdata från laboratorier 	<ul style="list-style-type: none"> Smittskyddsinstitutet.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> Identifiera och utvärdera metoder för att förebygga återsmitta. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.
<ul style="list-style-type: none"> Utvärdera effekten av rutinmässig, förnyad testning. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen. En studie pågår vid Karolinska Universitetssjukhuset och Sesam City. Den beräknas vara klar i juni 2009.
<ul style="list-style-type: none"> Genomföra fortlöpande studier av kunskaper, attityder och beteenden hos riskutsatta grupper/preventionsgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner. Socialstyrelsen. Universitet och högskolor.

Förbättringsåtgärder som huvudsakligen berör skolan

Skolans sex- och samlevnadsundervisning är den centrala arenan för förebyggande insatser inte bara mot klamydia utan även hiv och oönskade graviditeter. Detta konstateras i en rapport från Socialstyrelsen [21]. Rapporten hänvisar till över 500 internationella studier, och dessa visar så gott som samstämmigt att skolan genom en kvalitativt god sex- och samlevnadsundervisning kan bidra till att risktagandet minskar hos ungdomar. Skolan kan lära ut fakta och bearbeta normer och attityder i olika övningar, enskilt och i grupp. Vidare blir skolans insatser effektivare om flera aktörer samverkar lokalt.

Nedan följer förslag till förbättringsområden inom skolan. För att målet för handlingsplanen ska kunna uppfyllas måste åtgärder vidtas inom skolan. En kvalitativt god sex- och samlevnadsundervisning är en förutsättning för att Sverige ska minska klamydiaepidemin, hivspridningen och de oönskade graviditeterna. En arbetsgrupp har utarbetat förslag till åtgärder för en förbättrad sex- och samlevnadsundervisning. Arbetsgruppens förslag bifogas i matrisform i bilaga 3.

I avsnittet nedan finns sju sammanfattande förslag till förbättringsåtgärder i markerade rutor. Förslagen bygger på arbetsgruppens resultat, Skolverkets erfarenheter och befintlig forskning. Några delmål och aktiviteter har inte utarbetats för skolan då detta arbete måste utföras av skolmyndigheterna i samverkan med övriga berörda myndigheter, kommuner och andra aktörer. I avvaktan på detta utvecklingsarbete kan också kompletterade åtgärder vidtas inom skola och utbildningssektor. Dessa beskrivs kortfattat.

Socialstyrelsen kommer dock i samverkan med Skolverket att följa hur ungdomar uppfattar sex- och samlevnadsundervisningen via den ungdomsenkät som tidigare nämnts. En baslinjestudie genomförs 2009. Därför anges detta tydligt i delmålet nedan.

<i>Ökad kunskap och förbättrad utbildning</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none">• År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna som anser att de har fått en kvalitativt god sex- och samlevnadsundervisning väsentligen ha ökat.	<ul style="list-style-type: none">• Uppföljningsstudier.	<ul style="list-style-type: none">• Skolverket.• Statens skolinspektion.

Förbättrad sex- och samlevnadsundervisning

För att kunna belysa olika förbättringsåtgärder behöver vi närmare illustrera hur sex- och samlevnadsarbetet i skolan bedrivs. Det är ett arbete som består av tre delar.

1. Den ena delen är ett *vardagsarbete*. Det innebär att svara på frågor, att ta itu med olika situationer eller händelser som inträffar i vardagen och som tangerar sex- och samlevnadsområdet.
2. Den andra delen är *speciella lektioner* eller samtalsstunder när man har en dialog, helst i halvklass, antingen i blandade eller könsspecifika elevgrupper kring frågor som rör exempelvis sexualitet, kärlek och jämställdhet.
3. Den tredje delen är den som är särskilt markerad i läroplanen, nämligen att sex och samlevnad vävs *in i olika ämnen*. Här berörs olika perspektiv utifrån ämnen som historia, religion, svenska, samhällskunskap, engelska och biologi. Där kan en mer faktabaserad undervisning ske i kombination med en mer deltagande metodik med syfte att påverka attityder, normer och värderingar samt förmågan att använda de kunskaper man tillägnat sig.

Arbetet med sexualitet och samlevnad i skolan är därmed inget som man kan lämna över till någon annan yrkeskategori utanför skolan, utan något som skolan själv måste ta ansvar för. Det gäller såväl lärarnas pedagogiska arbete som de insatser som kan göras av elev- och skolhälsovården. Dock är till exempel personal vid ungdomsmottagningar eller olika föreläsare utifrån mycket viktiga stödresurser för skolan genom att de tillför ytterligare perspektiv. Men det är framför allt i vardagsarbetet och genom det ämnesövergripande arbetet som området sexualitet och samlevnad knyts till skolutvecklingen. Ett arbete som utmanar rektorns styrning men också lärarens – och arbetslagets – förhållningssätt i det dagliga pedagogiska arbetet [37].

I den kvalitetsgranskning som Skolverket gjorde 1999 drogs slutsatsen att alla elever i grundskolan fick sex- och samlevnadsundervisning, men att kvaliteten på undervisningen var mycket skiftande. Variationen var stor inte bara mellan skolor och utan lika mycket inom varje skola, vilket berodde på avsaknaden av rektorns styrning [38].

De åttio granskade skolorna analyserades utifrån fem perspektiv som angav en riktning för kvalitetsgranskningen

1. rektorns styrning över mål i arbetsplaner, uppföljning, utvärdering, kollegialt lärande
2. medvetenheten om genus
3. balansen mellan ett riskperspektiv och ett främjande perspektiv
4. variationen i lärandet
5. balansen mellan ett vuxen- och ett elevperspektiv [39].

Skolverkets granskning visade att cirka 50 procent av skolorna hade en acceptabel kvalitet och 10 procent en god kvalitet på undervisningen. Det finns ingen likartad nationell studie gjord sedan dess men det finns inget som tyder på att situationen förändrats eller förbättrats.

Förutom att undervisningen behöver förbättra sin kvalitet när det gäller det perspektiv som nämns ovan så behöver också läraren behärska kunskapsområdet, dels genom gedigna teoretiska kunskaper (om sexualitet, ungdomskulturer, digitala medier m.m.), dels genom ökad kompetens kring metodik (samtal, forumspel, rollspel, värderingsövningar m.m.). Inte minst viktigt är att de vuxna som arbetar med kunskapsområdet sex och samlevnad får bearbeta sina egna föreställningar och undersöka de rådande normerna och värderingarna. Att tala med flickor och pojkar om kondomer utan att själv först ha reflekterat över sina egna värderingar och förställningar gör att undervisningen kanske inte når fram på det sätt som läraren skulle ha önskat [40].

Lärarnas kunskap om kvalitetsarbete, om den senaste forskningen inom området samt om elevers lärande ska öka.

Tydligare formulerade styrdokument

I läroplanen står att ”rektor har ansvar för ämnesövergripande kunskapsråden som sex och samlevnad, jämställdhet, trafik etc.”. I de olika ämnens kursplaner är det enbart inom ämnet biologi som ”mål att uppnå” finns nedskrivna. Kunskapsområdet finns också omnämnt inom samhällskunskap och religion under rubriken ”Ämnets karaktär och uppbyggnad”.⁶

Ett av hindren för ett ämnesövergripande arbete är att ämnena (förutom biologi) saknar mål som rör sex och samlevnad. Behovet av att bredda sex- och samlevnadsarbetet och synliggöra hbt-frågorna var bland annat upprinnelsen till att Skolverket 2005, i samband med den nya gymnasiereformen, fick uppdraget att se över kursplanerna. De nya kursplanerna överlämnades till regeringen våren 2006 men hösten 2006 avblåstes den då tilltänkta nya gymnasiereformen och därmed antogs inte heller de nya kursplanerna. När det gäller kursplanerna inom grundskolan finns även dessa omarbetade men något regeringsbeslut är ännu inte taget kring dem. Skolverket har i januari 2009 fått i uppdrag att omarbeta samtliga kursplaner. Förhoppningsvis kommer även tydligare mål för sex- och samlevnadsarbetet därmed att formuleras i de olika ämnena. Det finns också behov av att lyfta fram befintliga och kommande mål på ett tydligt sätt. Det skapar förutsättningar för kontinuerlig uppföljning och för tillsyn.

Om sex och samlevnad finns uttryckt som mål i olika ämnen kommer kunskapsområdet att få en tydligare position i skolan, omfattas av flera lärare och ge eleverna vidgade perspektiv och sammanhang inom området. Det är speciellt viktigt på gymnasiet där sex och samlevnad annars helt kan komma bort. Självfallet skulle ett ämnesövergripande arbete kräva mycket styrning från rektorernas sida, en hel del kompetensutveckling och behov av samar-

bete och dialog mellan lärarna. Men på sikt skulle ett nytt sex- och samlevnadsarbete finna sin plats i svensk skola.

Tydliga mål för sex- och samlevnadsundervisningen ska finnas i kursplanerna för förskola, grundskola och gymnasium.

Skolverket ska, utifrån regeringsuppdraget att förnya läroplaner och kursplaner, ge ut allmänna råd med kommentarer för arbetet med att främja skolans undervisning i frågor som rör sexualitet, samlevnad och jämställdhet.

Förbättrad lärarutbildning och fortbildning

Det är svårt att bedöma den generella kompetensnivån hos lärarna i svenska skolor i förhållande till undervisningens mål. En del undersökningar från liknande länder indikerar dock att lärarnas kunskaper inte är tillräckliga för att uppnå önskade resultat [41]. I en dansk undersökning uppgav till exempel nio av tio lärare att de inte ansåg sig tillräckligt utbildade för att undervisa i sex och samlevnad [42]. Ingenting talar för att situationen i Sverige skulle vara annorlunda.

Sex- och samlevnadsundervisningen griper in i många av skolans ämnen, vilket kräver en bred kompetens hos den som undervisar. Frågor som eleverna tar upp kräver ofta djupa etiska samtal och måste få ta tid. Om tiden finns och frågorna reds ut fungerar dessa samtal meningsskapande för eleverna. Samtal kring sex- och samlevnadsfrågor förändrar ofta förhållnings-sätt och stämningar i elevgrupperna. I dessa samtal får man säga vad man tycker och fråga vad man vill, men man får också lära sig att lyssna till andras tankar och infallsvinklar. Utifrån samtalen lär sig eleverna att se att olikheter och mångfald inte är ett hot utan en möjlighet. De lär sig också att bli mer förstående inför sina egna frågor och kan känna igen sig i kamraternas frågeställningar. Därmed blir de mer tillåtande både mot sig själva och mot andra [43].

Skolan bidrar till samhälleliga konstruktioner av könsroller, sexualitet, maskulinitet, femininitet och etnicitet. Att motarbeta könsstereotypera föreställningar är enligt läroplanen ett uppdrag för skolan. Uppfattningen om och förväntningarna på kön och genus påverkar hur pojkar och flickor agerar och interagerar med varandra [19]. Men sexualupplysning, inklusive skolans undervisning, har av tradition vänt sig främst till kvinnor [44]. Dessutom söker tonårspojkar med mer traditionella föreställningar om maskulinitet mindre ofta sjukvård för sexuellt överförda infektioner [45]. Pojkar har också generellt sämre kunskaper än flickor, samtidigt som skolans undervisning har stor betydelse för deras kunskaper. I vissa studier uppger pojkarna skolan som sin främsta kunskapskälla [46]. Både pojkar och flickor uppger också att de vill få kunskaper i skolan, och särskilt betydelsefullt är detta för dem som inte anser sig kunna tala med sina föräldrar om sexualitet. Skolan har således stor betydelse för ungdomars och i synnerhet pojkars kunskap [47].

Eftersom frågor om sexualitet och samlevnad är en del av skolans vardag måste alla blivande lärare förberedas på att hantera dem i vardagen. De bör ha grundläggande kunskaper i ämnet, både faktamässigt och didaktiskt. Lärarutbildningen är avgörande för att undervisningen är professionell, sker på vetenskaplig grund och utgår från beprövad erfarenhet.

Lärarutbildningarna ska innehålla sex- och samlevnadsutbildning av hög kvalitet för alla blivande lärare.

Förbättrad utbildning för andra viktiga aktörer

Grundutbildningar och specialistutbildningar för personal inom skolhälsovården och den övriga elevhälsan bör likaledes innehålla utbildning i sex och samlevnad. Dels för att öka möjligheterna till samverkan med lärarna, dels för att stärka det individuella elevhälsoarbetet inom området. Även elevhälsan får förtroenden från elever och har möjlighet att upptäcka problem och ge stöd i frågor som berör sexuell och reproduktiv hälsa. Ett lämpligt tillfälle att ta upp sex och samlevnad är under hälsosamtalen i högstadiet.

Sex- och samlevnadsutbildning ska ingå i grundutbildningar och specialistutbildningar för yrken som leder till arbete med skolhälsovård och övrig elevhälsa.

Kontinuerlig fortbildning av lärare

För att öka kvaliteten inom sex- och samlevnadsundervisningen behöver skolledare och lärare få möjlighet till en gedigen fortbildning. Alla lärare känner sig inte kompetenta, har inte fått utbildning och befinner sig heller inte i en lärande organisation där ett kollegialt samtal pågår kring dessa frågor.

En kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på sju högstadieskolor i Stockholms län visade att innehållet i stort sett var lika oavsett skola och personal. Kunskapen och pedagogiken som man använde sig av skiljde sig dock mycket åt mellan olika skolor och personal. Det märktes en tydlig skillnad mellan de personalgrupper som hade fått gå på vidareutbildningar och de som inte hade fått göra detta. Ingen av skolorna hade uttalade och nedskrivna mål för sex- och samlevnadsundervisningen och många saknade skolledningens stöd, intresse och engagemang för sex- och samlevnadsfrågorna, vilket skapade en osäkerhet kring vad skolledningen ansåg att ämnesområdet skulle innehålla [48].

Kunskapsområdet sex och samlevnad behöver lyftas upp på en akademisk nivå för att höja kvaliteten i undervisningen. Skolverket har inom ramen för ett större jämställdhetsuppdrag fått möjlighet att under 2009 och 2010 fortbilda lärare inom en rad områden inom sexualitet och samlevnad (klamydia, hiv/aids, önskade graviditeter, etisk reflektion och kroppslig integritet,

sexualitet i digitala medier, sexuellt våld, könsstympling, hedersrelaterat våld). Skolverket planerar att för de åtta miljoner kronor som avsatts initiera en rad högskolekurser (7,5 p) inom lärarutbildningar över hela landet. Övriga insatser är en analys av läromedel som används i undervisningen samt en beskrivning av hur skolor organiserar och innehållsmässigt utvecklar ett ämnesintegrerat arbetssätt. Skolor har också inbjudits att söka medel för utvecklingsarbeten för att integrera sex och samlevnad i olika ämnen.

En svag länk i ett uppdrag som sträcker sig över enbart två år är att skolutvecklingsarbete behöver ha en långsiktighet för att effekter ska uppnås. Uppdrag som kvalitetsgranskningen 1999, liksom insatser under 2005 i samband med jubileumsåret för svensk sex- och samlevnadsundervisning (50 år), innebar insatser under mycket kort tid. För att förbättra kvaliteten inom sex- och samlevnadsundervisningen måste lärarna kontinuerligt fortbildas. Även personal inom skolhälsovård och övrig elevhälsa har ett behov av kontinuerlig fortbildning inom området sex och samlevnad.

Flera landsting, exempelvis Lafa-enheten för sexualitet och hälsa i Stockholm, erbjuder skolans personal utbildning och seminarier, utarbetar undervisningsmaterial och metodstöd m.m. De har ett nätverk av utbildade kondomutdelare som består av skolpersonal och som på olika sätt arbetar med att öka kondomanvändningen.

Det pågår också en utveckling och uppbyggnad av regionala kunskapsnätverk i Sverige. Nätverken ska bl.a. stödja och samordna kunskapsuppbyggnaden av primärpreventionen inom hiv/aids, STI och blodburna sjukdomar. Ett exempel på regionalt nätverk som har utvecklats är ADLON-gruppen, en samverkansgrupp med fem landsting och en region som bl.a. arbetar med kompetensutveckling för skolpersonal.

Även RFSU fortbildar skolpersonal, har en särskild skolsajt, utvecklar undervisningsmateriel och ger metodstöd.

Det ska finnas ett kontinuerligt fortbildningssystem i sex och samlevnad för befintlig skolpersonal genom såväl högskolekurser som kortare utbildningar.

Förstärkt skolhälsovård och övrig elevhälsa

Med skolhälsovård avses insatser av skolläkare och skolsköterska för att främja elevernas hälsa. Skolhälsovårdens uppdrag, som definieras i skollagen, är att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor. En väsentlig uppgift för skolhälsovården är att vara en tydlig aktör i det hälsofrämjande arbete som samhället riktar till barn och ungdomar.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården [49] är det särskilt viktigt att skolhälsovården är tydlig i det hälsopreventiva arbetet. Inom många

skolor finns elevvårdsteam där skolhälsovården arbetar tillsammans med den övriga elevhälsan så som kuratorer, psykologer, specialpedagoger etc. Elevhälsoteamet utgör ett stöd i att främja sexuell hälsa och förebygga hälsorisker som är förknippade med sexuellt beteende. Inom denna personalgrupp finns ofta kompetens att arbeta på såväl gruppnivå som individuell nivå, vilket utöver det individuella samtalet är mycket användbart i sex- och samlevnadsundervisningen. Det förekommer därför ofta att skolkuratoren och skolsköterskan är aktiva även i själva undervisningen. Det handlar om att stärka individens egen identitet och självkänsla, att förmedla saklig sexualkunskap och öka elevernas förmåga att hantera relationer till andra människor.

För ett framgångsrikt arbete behövs alltså ett bra samarbete i denna fråga mellan den pedagogiska och den elevvårdande personalen så att man kan ta till vara den breda kompetens som finns på en skola. För att kunna stödja eleverna i detta arbete förutsätts att skolans pedagogiska personal samarbetar med skolhälsovården och den övriga elevhälsan, men också med externa aktörer. Särskilt stor betydelse har samverkan med ungdomsmottagningar.

Det ska finnas samverkan mellan skolhälsovård och övrig elevhälsa, lärare och skolledare som bygger på en gemensam värdegrund och kunskapsbas samt samverkan med externa aktörer.

Kompletterande satsningar som rör skolan

Även om det ännu inte finns tydliga mål i alla berörda ämnen och på skolans alla stadier kan lärarutbildningarna ge sina studenter möjlighet att öka kompetensen att hantera sex- och samlevnadsfrågor i det dagliga arbetet och att ta in dem i undervisningen på olika sätt. Flera lärarutbildningar gör redan detta. På pedagogiska institutionen i Göteborg pågår ett forskningsprojekt för att ta fram kunskapsbaserad sådan utbildning. Dessa kunskaper kan spridas i nätverksform och ett nätverk mellan lärarutbildningarna kan bidra till att arbetet fortsätter.

Redan nu bedriver ideella organisationer som exempelvis RFSU, RFSL, Noaks ark och Posithiva gruppen undervisning i skolan inom ramen för sex- och samlevnadsundervisningen. En del av dessa organisationer ger även fortbildning för skolpersonal och stödjer arbetet genom kunskaps- och metodmaterial.

Inom de medicinska utbildningarna för läkare och sjuksköterskor finns en ideell organisation (IFMSA) som i ett internationellt nätverk får utbildning för att bedriva sex- och samlevnadsundervisning i skolan. På detta sätt lär sig studenterna själva att hantera frågor om sexualitet och bidrar även till skolans arbete. En liknande satsning skulle kunna ske inom lärarutbildningen och inom utbildningarna för andra yrkesgrupper som är aktiva i skolan inom elevvården, till exempel blivande socionomer. Det skulle bidra till att fler lärare och annan skolpersonal faktiskt hade en utbildning i att undervisa

om sex och samlevnad och samtidigt bidra till skolans arbete medan en sådan kunskap byggdes upp.

Med anledning av att skolan utgör en av hörnstenarna i det preventiva arbetet bjöd Socialstyrelsen in en grupp experter, ansvariga inom lärarutbildningen, rektorer, pedagoger och representanter för skolhälsovården att utarbeta ett förslag till förbättringsåtgärder inom skolan. Förslagen gäller inte innehållet i sex- och samlevnadsundervisningen utan vilka åtgärder som bör vidtas för att möjliggöra att en kvalitativt god undervisning kan genomföras. Det ingår inte i Socialstyrelsens uppdrag att vidareutveckla arbetsgruppens förslag. Det är Utbildningsdepartementet och de berörda skolmyndigheterna som har ansvaret för det fortsatta arbetet med att förbättra sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. Enligt Socialstyrelsens bedömning är förslaget värdefullt i det fortsatta arbetet varför förslaget bifogas handlingsplanen. Se bilaga 3.

Förbättringsåtgärder som huvudsakligen berör kommunikation

I de tidigare avsnitten av handlingsplanen beskriver vi förbättringsåtgärder i skolan, hälso- och sjukvården och inom rådgivningen för sex och samlevnad. Det förebyggande arbetet inom dessa områden samt inom arenan fritid består av många delar som alla innehåller kommunikation i form av dialog i någon form. Detta är den effektivaste formen för att påverka beteendet. Bäst effekt ger det när aktörerna verkar i samma riktning via olika arenor och kanaler.

Arenan fritid är så vid och innehåller så många olika verksamheter att vi här enbart fokuserar på stödet för kommunikatörer i ideella organisationer, fritidsgårdar, klubbar, tidningar etc. Deras arbete samordnas med andra aktörer lokalt. Det är viktigt att de har ett gott kunskapsstöd för sina insatser.

I detta avsnitt har vi valt att lägga fokus på den del av kommunikationen som kallas information. Det rör sig alltså om en envägskommunikation, även om andra delar av kommunikationen också berörs.

Därför diskuteras i denna del av handlingsplanen

- samordning och stöd för kommunikationsarbete
- fritidens kompletterande arenor för dialog
- informationsinsatser direkt till ungdomar och unga vuxna.

Förbättrad samordning och stöd till aktörer

Landstingen, regionerna och kommunerna samt de stora ideella organisationerna har den viktigaste rollen i arbetet för en god dialog. De behöver i sina planer medvetet se till att det finns möjlighet och kompetens för dialog inom

de verksamheter som på olika sätt möter preventionsgrupperna. Genom de regionala och lokala samverkansgrupper som finns i de flesta län kan man sprida relevanta metoder och ämnen för dialoger och informationsinsatser i viktiga sektorer. Därmed kan breda integrerade kommunikationsinsatser genomföras.

Myndigheterna ansvarar för att underlätta och stödja utvecklingen av arbetet inom sin sektor. De ska också sprida kunskap och nya metoder inom det förebyggande arbetet till de yrkesgrupper och ideella organisationer som i sin tur möter preventionsgrupperna på regional och lokal nivå. Därför är det nödvändigt att från nationell nivå stödja de lokala och regionala aktörerna genom att

- hålla frågan aktuell på samhällsagendan
- ge stöd och verktyg för det praktiska kommunikationsarbetet
- främja samordning och samarbete.

Berörda myndigheter ska ge kommuner, landsting och ideella organisationer bättre förutsättningar att arbeta med information på alla nivåer. Nationella informationsinsatser ska ge avtryck och vara användbara regionalt och lokalt. Dessa större insatser ska ge kommuner och landsting möjlighet att i regionerna systematiskt följa upp de nationella insatserna. Genom en mer systematisk och strategisk planering kan berörda myndigheter stödja och inspirera de regionala och lokala aktörerna och samverkansgrupperna att använda och sprida samordnat nationellt material, samt vid behov ta fram eget material.

Det behövs också en plattform som gör att allt det goda arbete som redan utförs blir tydligt och möjligt att sprida bredare. Inom såväl myndigheter som landsting, kommuner och ideella organisationer bedrivs i dag ett stort antal insatser. Inom ramen för detta sker ett kontinuerligt utvecklingsarbete som hittills spridits långsamt och ibland inte alls. I undersökningar som genomförts inom ramen för den övergripande kommunikationsstrategi som Socialstyrelsen tagit fram understryker flertalet aktörer behovet av att ta del av andras arbete. Vidare behöver det stora antalet aktörer i skolan och hälso- och sjukvården samt inom kommunernas arbete med nyanlända invandrare enkla redskap för att kunna integrera frågorna i sitt arbete. Enkla utbildningsmoduler, underlag för dialoginsatser m.m. kan kontinuerligt utvecklas och spridas på detta sätt.

Ett viktigt instrument för samordning är därför en samordnad webbportal där kunskap, metoder, material och goda exempel från alla aktörer finns att hämta direkt eller länkat. Portalen kommer att vara förankrad i den samordning som Rådet för samordning av hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar gör och kommer att lanseras under 2009.

<i>Förbättrad samordning och stöd till aktörer</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 ska 75 procent av alla aktörer inom området känna till webbportalen. • 2014 ska 50 procent av aktörerna inom området aktivt använda sig av webbportalen. • 2014 ska 60 procent av aktörerna ha kännedom om metodstöden. • 2014 ska 60 procent av de aktörer som arbetar med ungdomar och unga vuxna ha fått information om fokusområdena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppföljande utvärderingar och studier. • Enkät riktad till berörd personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Skapa en webbportal för aktörer inom området. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med Nationella rådet för samordning och insatser mot hiv/aids.
<ul style="list-style-type: none"> • Ordna informationsseminarier för regionala och lokala aktörer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med regionala och lokala aktörer.
<ul style="list-style-type: none"> • Skapa en kunskapsbank på portalen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med Nationella rådet för samordning och insatser mot hiv/aids samt regionala och lokala aktörer.
<ul style="list-style-type: none"> • Ta fram metodstöd för dialog, fokusområden och informationsinsatser. 	<ul style="list-style-type: none"> • Berörda aktörer i samverkan med Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Genomföra kvalitativa och kvantitativa studier som underlag för kommunikationsinsatser och uppföljning. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med universitet, högskolor och andra berörda aktörer.

Förbättra användandet av kompletterande arenor för dialog

När man sprider information till ungdomar och unga vuxna måste man välja arenor som passar målgruppens sociala liv och omvärld.

Hälso- och sjukvården är en naturlig arena för samtal om sex och samlevnad, individuellt och i grupp. Det är också en arena för skriftlig information, till exempel i väntrummet. De allra flesta uppfattar dessutom att hälso- och sjukvården har legitimitet och status inom området. Men den viktigaste arenan för att nå samtliga ungdomar med kunskap och attitydbearbetning är skolan, enligt den samlade internationella forskningen. Alla ungdomar känner sig dock inte så säkra i sin egen identitet eller känner sig tillräckligt trygga i sin omgivning för att kunna diskutera sexualitet och samlevnad i skolan eller inom hälso- och sjukvården. Aktörer och arenor utanför skolan

och hälso- och sjukvården kan inom ramen för den informella arenan fritid genom kommunikation komplettera de formella arenorna. På så sätt stödjer och underlättar man de här ungdomarnas utveckling och främjar deras hälsa och välbefinnande.

Fritiden som arena innefattar flera aktörer och kanaler. Ideella organisationer som t.ex. RFSL, RFSL Ungdom, RFSU och andra organisationer spelar en stor roll för att främja samtal mellan ungdomarna själva och en dialog med ungdomar och unga vuxna.

På flera studieorter i landet bedriver redan studentorganisationer uppsökande verksamhet med information och kondomutdelning på mötesplatser och i samband med större festligheter. Verksamheterna kallas ofta P6.⁷ De flesta organiseras och leds av studenternas egna organisationer med ekonomiskt stöd från landstingen. De arbetar med hjälp av ”peer education”, en metodik som visat sig fungera bra för vuxna och även för grupper som upplever sig ha speciella behov som ligger utanför majoritetssamhället. Det finns också studentprojekt som organiseras av landstingens kontaktpersoner. På vissa orter har arbetet utvärderats. Den stora omsättningen av informatörer ställer krav på kvalitetssäkring.

Fritidsgårdar som drivs av kommuner eller ideella organisationer kan också skapa möjligheter för dialog, genom ett riktat arbete med sexualitet och samlevnad, tjej- och killgrupper med mera. Detta arbete kan speciellt nå ungdomar som är eller upplever sig vara socialt utsatta.

Många har påtalat möjligheten att använda idrottsklubbar, musikföreningar med mera som en arena för arbete med sex och samlevnad. Erfarenheten talar dock för att detta sällan är kostnadseffektivt, och framför allt inte långsiktigt hållbart. Interpersonell dialog förutsätter nämligen att det finns stort engagemang och legitimitet för frågan inom verksamheten. Möjligen kan idrottssammanhang vara en arena eller kanal för informationsinsatser.

Familjens betydelse för attityder är också stor. Genom strukturerad föräldrautbildning kan föräldrar få kunskap och stöd för att samtala om sex och samlevnad med sina blivande tonåringar. I detta fall får dock föräldrarna ses som målgrupp för insatsen.

<i>Förbättra användandet av kompletterande arenor för dialog</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska andelen hbt-ungdomar och unga hbt-vuxna ha ökat som har fått information genom kontakt med ideella organisationer jämfört med 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> Enkäter riktade till män som har sex med män (MSM). 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> 2014 ska 70 procent av dem som har varit på festivaler ha nåtts av uppsökare. 	<ul style="list-style-type: none"> Utvärdering av sommarkampanj. 	<ul style="list-style-type: none"> Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> Bedriva uppsökande verksamhet riktad till besökare på festivaler, attraktiva semesterorter, krogar, klubbar och andra mötesplatser. 	<ul style="list-style-type: none"> Regionala och lokala aktörer. RFSL. RFSU.
<ul style="list-style-type: none"> Stödja och kvalitetssäkra studenternas egen uppsökande verksamhet. 	<ul style="list-style-type: none"> Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> Bedriva uppsökande verksamhet riktad till riskutsatta grupper/preventionsgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> Regionala och lokala aktörer. Ideella organisationer.

Förbättrade informationsinsatser direkt till ungdomar och unga vuxna

Det finns behov av systematiskt riktade informationsinsatser för ungdomar respektive unga vuxna. Syftet är att sätta frågan på dagordningen och sprida information samt att påminna om kondomen. Sådana insatser bör genomföras under ett antal år enligt intentionerna i den övergripande kommunikationsstrategi som Socialstyrelsen tagit fram.

Flertalet av landstingen genomför under september varje år speciella klamydiakampanjer som uppmanar till testning och där man ökar tillgängligheten till testning. En nyligen genomförd utvärdering visar att dessa kampanjer bidrar till att uppmärksamma frågan och att de i viss utsträckning även får personer som annars inte skulle testa sig att göra detta. Utvärderingen visar att man i viss utsträckning också upptäcker nya fall. En analys genomförd vid Stockholms läns landsting visar att den kampanj man genomfört där är kostnadseffektiv framför allt i förhållande till flickor och unga kvinnor. Den ökade tillgängligheten finns i Stockholm endast en speciell måndag, Klamydiamåndagen. I andra landsting kan kampanjen av olika skäl vara en hel vecka, vilket kan ge andra effekter när det gäller kostnadseffektiviteten. Klamydiakampanjerna kan göras kostnadseffektivare genom att man till-

handahåller ett nationellt informationsmaterial som kan anpassas lokalt [50, 51].

Internet är en stor, självklar och utvecklingsbar arena som är kostnadseffektiv och där olika sajter vänder sig till olika segment av preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna. Här finns en stor potential för riktade insatser, av både dialog och information. En systematisk kartläggning av sajter kan också ge flexibla möjligheter för påminnande information.

Utöver Internet spelar andra medier en stor roll för ungdomar och unga vuxna. Tidningar, TV-kanaler och radiostationer når ut till olika delar av målgruppen. Socialstyrelsens studier visar att tidningar relativt sett spelar den största rollen för kunskap och attityder när det gäller sex och samlevnad bland unga. Många läser tidningarnas frågespalter om sex och samlevnad.

Eftersom ungdomsperioden har blivit längre lever många unga vuxna i dag utan att behöva ta ansvar för andra än sig själva. Perioder av friare studier eller tillfälliga anställningar gör det till exempel möjligt att ha ett mer intensivt nöjesliv. Livet mellan 18 och 25 år är ofta festorienterat. Alkohol och sex triggat varandra som företeelser, och många unga vuxna för ett mycket intensivt krog- och klubbiv där de tar sexuella kontakter. Just därför är sådana mötesplatser en självklar arena för påminnande information till unga vuxna. Samma sak gäller festorienterade semesterorter såväl i Sverige som utomlands. Festivaler är en annan given arena där kommunikation både kan ske i dialogform och som envägsinformation.

Resor utgör i många fall en risksituation. Många slutar, medvetet eller omedvetet, att följa de kunskaper, normer och värderingar som styr vardagslivet. Det kan dessutom vara svårare att bedöma riskläget under en resa. Genom att ett antal ideella organisationer är på plats på semesterorter i Sverige och genom annonsering på resesajter kan medvetenheten om risken på resan öka.

<i>Förbättrade informationsinsatser direkt till ungdomar</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 ska 80 procent av alla ungdomar ha uppmärksammat informationsinsatserna. • 2014 ska 60 procent av alla ungdomar ha uppfattat budskapen korrekt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppföljningsstudier. • Uppföljningsstudier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Förstärka nationella informationsinsatser med uppföljning i två år i definierade kanaler samt utarbeta uppföljningsmaterial för regionala och lokala aktörer. • Nationellt material som kan anpassas lokalt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Regionala klamydiakampanjer en gång om året. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • Sätta kondomen på samhällsagendan och göra den synlig i det offentliga rummet genom lokal affischering, målgruppsanpassad information på Internet etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • Definiera lämpliga ungdomstidningar där artikelmaterial i hälsofrämjande syfte återkommande kan finnas som uppföljning av de nationella informationsinsatserna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Varje år definiera och använda minst två viktiga sajter för påminnande information till ungdomar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med andra aktörer.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeta nationellt material till Klamydiamåndagen och liknande aktiviteter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med landsting/regioner och storstadskommuner.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeta basinformationsmaterial för ungdomar som kan användas och spridas av regionala och lokala aktörer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifiera och använda eventuella mycket använda eller populära lokala sajter för påminnande information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner och storstadskommuner.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifiera behovet av kompletterande material nationellt, regionalt och lokalt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen. • Landsting/regioner och storstadskommuner, ideella organisationer.

<i>Förbättrade informationsinsatser direkt till unga vuxna</i>		
Delmål	Verifikationskälla	Huvudansvar för uppföljning
<ul style="list-style-type: none"> • 2014 ska 75 procent av alla unga vuxna ha uppmärksammat informationsinsatserna. • 2014 ska 50 procent av alla unga vuxna ha uppfattat budskapen korrekt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uppföljningsstudier. • Uppföljningsstudier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen. • Socialstyrelsen.

Aktivitet	Huvudansvar för att aktiviteten genomförs
<ul style="list-style-type: none"> • Förstärka nationella informationsinsatser med uppföljning i två år i definierade kanaler samt utarbeta uppföljningsmaterial för regionala och lokala aktörer. • Nationellt material som kan anpassas lokalt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Regionala klamydiakampanjer en gång om året 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • Sätta kondomen på samhällsagendan och göra den synlig i det offentliga rummet genom lokal affischering, målgruppsanpassad information på Internet etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner.
<ul style="list-style-type: none"> • Genomföra seminarium för sexrådgivare som arbetar i tidningar och andra medier. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Definiera och använda minst två viktiga sajter för unga vuxna för påminnande information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med andra aktörer.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeta nationellt material till Klamydiamåndagen och liknande aktiviteter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen i samverkan med landsting/regioner och storstadskommuner.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeta basinformationsmaterial för unga vuxna som kan användas och spridas av regionala och lokala aktörer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifiera behovet av och ta fram kompletterande nationellt, regionalt och lokalt material. 	<ul style="list-style-type: none"> • Socialstyrelsen. • Landsting/regioner och storstadskommuner. • Ideella organisationer.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifiera viktiga resesajter för påminnelseinformation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationella, regionala och lokala aktörer.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifiera lokala mötesplatser och andra arenor för påminnelseinformation samt identifiera, och om de finns, använda de viktigaste populära lokala sajterna, sajter för påminnande information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Landsting/regioner och storstadskommuner.

Aktörer som arbetar med klamydiaprevention

För att Sverige ska lyckas med att bekämpa klamydiaepidemin krävs att olika aktörer samverkar. *Nationella strategin* betonar vikten av samverkan och framhåller att insatserna för att förebygga spridningen av sexuellt överförda infektioner omfattar ett stort antal olika huvudmän på central, regional och lokal nivå. Eftersom ansvaret är uppdelat på många aktörer och huvudmän, och då dessa har ett självständigt ansvar i förhållande till varandra, krävs dessutom att samverkan är väl utvecklad och samarbetet omfattande. Strategin framhåller också de ideella organisationernas unika position i arbetet med att förebygga hiv och aids. Det preventiva arbetet gagnas av ett utökat och fördjupat samarbete mellan de lokalt verkande ideella organisationerna och landstingen.

Nedan beskriver vi kortfattat olika aktörer och deras uppgifter och ansvar i det klamydiapreventiva arbetet.

Rådet för samordning av insatser mot hiv/aids

Rådet för samordning av insatser mot hiv/aids medverkar i samordningen av arbetet mot hiv och STI (Nationella Hivrådet). Ordföranden utses av regeringen, medan de nio ordinarie och de tre adjungerade ledamöterna utses av Socialstyrelsen. Ledamöterna representerar myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting samt ideella organisationer som på olika vis arbetar för att minska spridningen av hiv och STI. Till rådets uppgifter hör att

- följa upp och analysera vad som görs i samhället inom området på lokal, regional och nationell nivå
- verka för samordning samt för att skapa öppenhet kring sexuellt överförda infektioner
- motverka stigmatisering och diskriminering av hivinfekterade personer och deras anhöriga
- identifiera utvecklingsbehov.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet och ansvarar för att samordna smittskyddet på nationell nivå. Till Socialstyrelsens uppgifter hör bland annat att

- ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd
- stimulera hälso- och sjukvården att arbeta med hälsofrämjande inriktning

- stödja utvecklingen av verksamma metoder i hälso- och sjukvården
- planera, samordna och följa upp de samlade nationella insatserna mot hiv och andra sexuellt överförbara infektioner och blodburna sjukdomar
- begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för den enskilde
- upprätta nationella handlingsplaner för det nationella arbetet i samråd med andra aktörer
- fastställa nationella mål samt indikatorer för uppföljning av de samlade insatserna
- fastställa och utarbeta övergripande kommunikationsplaner
- ansvara för den nationella uppföljningen inklusive den uppföljning som ska genomföras i enlighet med UNGASS-deklarationen (Declaration of Commitment on HIV/AIDS).⁸
- fördela statligt stöd, i enlighet med en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, till projekt som bedrivs av kommuner, landsting och ideella organisationer.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut har ett sektorsövergripande ansvar för att följa upp och utvärdera insatser inom folkhälsoområdet. Institutet är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier på området. Till Statens folkhälsoinstituts uppgifter hör att

- utarbeta kunskapsunderlag till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av hiv- och STI-prevention
- sprida kunskap om folkhälsoarbete
- ge metodstöd till ideella organisationer, landsting och kommuner
- ge aktivt stöd till ideella organisationer, landsting och kommuner i deras utvecklings- och kunskapsarbete för folkhälsa
- identifiera kunskapsluckor och vid behov stötta genomförandet av studier och forskningsinsatser.

Smittskyddsinstitutet

Till Smittskyddsinstitutets uppgifter hör att

- följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt
- föreslå åtgärder för att landets smittskydd ska fungera effektivt
- fortlöpande sammanställa och utvärdera anmälningar samt tillhandahålla information på begäran från Socialstyrelsen och andra myndigheter
- informera berörda myndigheter, läkare och veterinärer om smittskyddsfrågor

- utarbeta kunskapsunderlag till stöd för den nationella planeringen och uppföljningen av hiv- och STI-prevention
- ansvara för epidemiologiskt expertkunnande vid olika aktörers insatser
- ge kvalitetsstöd till mikrobiologisk diagnostik och ansvara för att det finns en fungerande referenslaboratoriefunktion
- identifiera kunskapsluckor och bedriva studier och forskning.

Skolverket

Skolverket ansvarar bland annat för att

- stödja nationellt prioriterad fortbildning och viss annan kompetensutveckling
- stödja utvecklingen av flexibla former för vuxenutbildning
- informera och sprida kunskap om verksamhetsområdet, bland annat genom att svara för att sammanställa och sprida kunskap om forskningsresultat
- svara för vissa andra nationella utvecklingsinsatser inom nationellt prioriterade områden
- stödja användningen av informationsteknik inom verksamhetsområdet
- administrera statliga stöd och bidrag enligt särskilda bestämmelser eller särskilda beslut.

Statens skolinspektion

Skolinspektionen har ansvar för tillsyn och kvalitetsgranskning över förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning. Ansvaret innebär även att följa upp skolans sex- och samlevnadsundervisning.

Ideella organisationer

Ideella organisationer har en unik position i det preventiva arbetet. De står nära målgrupperna och kan förmedla budskap och insikter som annars kan vara svåra att kommunicera. Det är synnerligen viktigt och till gagn för det preventiva arbetet att de ideella organisationerna samverkar med staten, kommunerna och landstingen i olika nationella, regionala och lokala projekt.

Landsting och regioner

Landstinget ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt invånarna. Målet ska vara att hela befolkningen har en god hälsa och får vård på lika villkor. Enligt smittskyddslagen (2004:168) ska det också finnas en smittskyddsläkare i varje landsting, och landstinget ansvarar för att vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder inom sitt geografiska område. Tillsammans med smittskyddsläkaren ansvarar lands-

tinget dessutom för att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska vid behov upplysa patienten om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar. Staten stödjer landstingen och regionerna genom ett riktat statsbidrag för att förstärka det förebyggande arbetet mot hiv och STI. Bidragets användning regleras genom en överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen reglerar den fördelning som sedan görs av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen följer även upp bidragets användning.

Många verksamheter och personalkategorier inom landstinget medverkar i det preventiva arbetet mot klamydia. Organisatoriskt ser det olika ut i landet. Nedan beskrivs nyckelverksamheter och funktioner i det förebyggande arbetet.

Smittskyddsläkarenheter

Smittskyddsläkaren har myndighetsbefogenheter i enlighet med smittskyddslagen. Det är landstingets ansvar att se till att det finns en smittskyddsläkare i varje landsting. Smittskyddsläkarna ansvarar bland annat för

- det operativa ansvaret för smittskyddet inom sitt landsting
- planering, organisation och ledning av smittskyddsarbetet
- epidemiologisk övervakning
- att förebyggande smittskyddsarbete genomförs.

Vid landstingens smittskyddsläkarenheter kan det förutom smittskyddsläkaren bland annat finnas smittskyddssjuksköterskor, assistenter, sekreterare och socionomer.

Smittskyddsläkarenheten handlägger anmälningar av fall enligt smittskyddslagen samt smittspårningsärenden som hälso- och sjukvården inte kunnat fullfölja. Smittskyddsläkaren har också enligt smittskyddslagen ett ansvar för att följa upp kvaliteten på och utfallet av smittspårningsarbetet i landstinget, och har därmed i förlängningen även ett ansvar för att se till att personalen som arbetar med smittspårning har tillräcklig kompetens.

Landstingens kontaktpersoner

Alla landsting har utsett kontaktpersoner som samarbetar med Socialstyrelsen i det förebyggande arbetet mot hiv och STI. Dessa personer samordnar planeringen av insatser och ansökningar om samt uppföljning av statsbidrag. De träffas tre dagar per år med Socialstyrelsen för att strategiskt utveckla och samordna arbetet inom landsting, regioner och storstadskommuner. Dessa personer har sin hemvist på olika ställen beroende på historik och organisationsutformning, inom folkhälsoenheter, inom smittskyddsenheter eller inom hälso- och sjukvårdens ledningsfunktion. De arbetar i samverkan

med alla viktiga aktörer i sitt län och ingår i länets STI-grupp där det finns en sådan.

Folkhälsoenheter

Hälso- och sjukvårdslagen betonar hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet. I alla landsting finns en funktion som samordnar och utvecklar folkhälsoarbetet. Denna funktion kan ha olika namn. Vanliga namn är folkhälsoenhet, samhällsmedicinsk enhet, folkhälsostrateg. Dessa verksamheter och funktioner har i princip samma uppgifter men omfattningen och den operationella kapaciteten varierar. De har en generell kunskap om hur det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör bedrivas och ingår ofta i olika kunskapsnätverk i frågan. I många fall har landstingets kontaktperson sin bas i en sådan enhet. Under alla omständigheter utgör folkhälsokompetensen en värdefull tillgång i det förebyggande arbetet mot hiv och STI.

Ungdomsmottagningar

- De övergripande målen för flertalet ungdomsmottagningar är att
- främja fysisk och psykisk hälsa
- stärka ungdomar i sin identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet
- förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner.

På ungdomsmottagningarna arbetar oftast barnmorskor, läkare och kuratorer eller psykologer. Det finns cirka 230 ungdomsmottagningar i Sverige. I verksamheten samverkar landsting, kommuner och andra vårdgivare. Landstingen eller kommunerna är huvudmän för de flesta ungdomsmottagningar. Huvudmannskapet uppfattas ibland som oklart.

STI-mottagningar

STI-mottagning är ett samlingsnamn för mottagningar som tar emot patienter för provtagning, rådgivning och behandling av sexuellt överförda infektioner. STI-mottagningar kan också benämnas som Sesam-mottagningar, hud- och könsmottagningar, centrum för sexuell hälsa med mera. Personalen består ofta av venereologer, gynekologer, infektionsläkare, kuratorer, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor med flera. Det finns också särskilda centra för sexuell hälsa på flera orter i landet. Personalen på dessa enheter är ofta tvärprofessionellt sammansatt, och kan bestå av gynekologer, venereologer, kuratorer, psykologer, sexologer, barnmorskor och specialistutbildade sjuksköterskor.

Vårdcentraler

Vårdcentralernas verksamhet är den hälso- och sjukvård som utgör den första vårdnivån. Den omfattar

- basal medicinsk utredning
- behandling och omvårdnad
- förebyggande arbete och rehabilitering.

Vårdcentralernas verksamhet har ingen avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Verksamheten kan finnas på till exempel vårdcentraler, hälsocentraler och privata läkarmottagningar. De som arbetar med provtagning, rådgivning och behandling av sexuellt överförda infektioner där är ofta allmänläkare, sjuksköterskor och kuratorer.

Barnmorskemottagningar

Barnmorskemottagningar tar emot kvinnor i alla åldrar. Vanliga arbetsområden är mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning, provtagning för sexuellt överförda infektioner och gynekologiska cellprovskontroller. Personalen består av barnmorskor, gynekologer, psykologer med flera.

Gynekologiska mottagningar

Gynekologiska mottagningar är specialistmottagningar för kvinnohälsovård. På mottagningarna arbetar gynekologer, sjuksköterskor, barnmorskor med flera.

Mottagningar för män

På några ställen i landet finns mottagningar som särskilt vänder sig till män. Exempel på sådana mottagningar är Mottagning för unga män (MUM) i Göteborg, Venhälsan i Stockholm, Järva mansmottagning i Rinkeby och RFSU i Stockholm.

Mikrobiologiska laboratorier

Mikrobiologiska laboratorier i varje län diagnostiserar klamydiainfektioner. Diagnostiken är kvalitetssäkrad genom ackreditering och utgör en del av underlaget för den epidemiologiska övervakningen på lokal och nationell nivå.

Kommuner

Kommunerna ansvarar för merparten av den samhällsservice som finns lokalt. Enligt socialtjänstlagen ansvarar kommunerna för socialt förebyggande insatser för barn och ungdomar. Kommunerna har ett ansvar för folkhälsan och därigenom för det primärpreventiva arbetet

Storstadskommunernas kontaktpersoner

Eftersom Göteborg och Malmö tidigare var egna landstingskommuner och dessutom flera av de riskutsatta grupperna för hiv och vissa andra sexuellt överförda infektioner är överrepresenterade i storstäder har sedan 1987 en del av statsbidraget mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar avsatts för Göteborg, Malmö och Stockholm. I dessa tre kommuner finns alltså kontaktpersoner vilka har likartade uppgifter som de kontaktpersoner som finns i landsting och regioner. De tre storstäderna skall även ha egna handlingsplaner för det förebyggande arbetet mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Dessa planer bör fokusera på kommunernas viktigaste ansvarsområden som till exempel skola och missbruksvård

Skola

Bland de viktigaste uppgifterna är att driva förskolor och skolor. Inom ramen för dessa verksamheter bedrivs det grundläggande förebyggande arbetet genom sex- och samlevnadsundervisning anpassad till barns och ungdomars utvecklingsnivå. I skollagen anges mål för skolans undervisning, som skolorna i alla kommuner måste följa. I grundskolan finns uttalade mål för sexualundervisningen i olika stadier och inom olika ämnesområden. Inom gymnasieskolan är anvisningarna mer allmänt hållna. Genom att beslutsfattandet kring det faktiska innehållet i skolans arbete är mycket decentraliserat kan varje skolstyrelse och varje rektor komplettera detta med tydliga mål för sex- och samlevnadsundervisningen.

Även elevvården inom skolan kommer ofta i kontakt med frågor som rör sexualitet och relationer. Elevvården når unga med en socialt utsatt situation. Genom att skolan privatiserats i betydande omfattning ligger ett stort ansvar på rektorerna. Det blir även viktigt att kommunerna i sina upphandlingar ställer krav kring sex- och samlevnadsundervisningen för att denna ska komma till stånd i alla skolor. I FN:s barnkonvention fastslås alla barns rätt till sexualundervisning.

Skolhälsovård

Enligt skollagen (1985:1100) ska skolhälsovård anordnas för elever i förskola, grundskola, gymnasieskola, särskola, specialskola och sameskola. Skolhälsovårdens främsta uppgift är att arbeta förebyggande. Eleverna ska bland annat erbjudas hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. I skolhäl-

sovården arbetar skolläkare och skolsköterskor. Till skolhälsovårdens uppgifter hör att

- följa elevens utveckling
- bevara och förbättra elevens kroppsliga och själsliga hälsa
- verka för sundare levnadsvanor.

Detta sker bland annat genom information och utbildning i sex och samlevnad. Skolhälsovården är en viktig resurs för skolans hela elevvårdande arbete, i samverkan med övrig elevvårdspersonal och skolans pedagogiska personal. Skolhälsovården samarbetar också i många fall aktivt med de lokala ungdomsmottagningarna.

Socialtjänst

Inom socialtjänsten bör kompetensen för sex- och samlevnadsarbete speciellt uppmärksammas när det gäller socialt utsatta ungdomar. De har ofta en utåtagerande sexualitet och riskerar också att hamna i missbruk där risken för hivsmitta är hög. Frågorna är av stor vikt för de unga med missbruksproblem som finns inom olika hem för vård och boende eller andra åtgärder. Det finns behov av att inkludera sex- och samlevnadsarbetet i upphandlingar och kvalitetsarbete i dessa vårdformer och att erbjuda de som bedriver arbetet fortbildning och metodstöd när det gäller sex och samlevnad.

Vidare har man inom omsorgen för funktionshindrade ungdomar ett behov av kunskap och stöd i frågor som rör sexualitet och samlevnad eftersom dessa unga ofta har speciella behov av psykosociala stödinsatser.

Ungdomsmottagningar

Många kommuner är medansvariga eller huvudansvariga för ungdomsmottagningarna. Socialarbetare anställda i kommunens socialtjänst fungerar på deltid som kuratorer på ungdomsmottagningar. På detta sätt har de även möjlighet att ge speciellt stöd till socialt utsatta ungdomar.

Kommunernas folkhälsoarbete

Många kommuner har speciella folkhälsosamordnare. De arbetar oftast med frågor om tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet för unga. I vilken utsträckning de arbetar med frågor om sexuell hälsa varierar och är inte kartlagt. Storstadskommunerna bedriver också särskilda insatser med stöd från statsbidraget för hiv- och STI-preventiva insatser.

Fritidsgårdar

Fritidsverksamhet är inte en lagstadgad verksamhet för kommunerna, men fritidsgårdar har av tradition varit en kommunal verksamhet. Fritidsgårdarna har stora möjligheter att arbeta med frågor kring sexuell hälsa. Men arbetet förutsätter att ledning och personal har kunskap om sex- och samlevnads-

frågor. Dessutom måste fritidsgårdens struktur och organisation vara anpassad för denna typ av verksamhet.

Studenthälsa

Möjligheten till provtagning, rådgivning, vård och behandling varierar bland landets universitet och högskolor. En del har en väl utvecklad sex- och samlevnadsverksamhet, medan andra hänvisar till regionens sex- och samlevnadsomgångar. Yrkeskompetensen varierar. På flera universitet och högskolor finns tillgång till kurator och sjuksköterska, och ibland också läkare och barnmorska.

Kompletterande kommentarer

- Not. 1, Utgångspunkten för den nationella strategin är deklARATIONEN ”Declaration of Commitment on HIV/AIDS” som FN:s generalförsamling antog 2001 [2] (sida 8).
- Not. 2, Herlitz studie [9] som är en sammanfattning av sju enkätundersökningar. Den enda uppföljning gällande allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden i fråga om hiv/aids som genomförts i Sverige alltsedan mitten av 1980-talet (sida 17).
- Not. 3, Forsbergs forskningsöversikt [10] är en genomgång av drygt 80 svenska studier om ungdom och sexualitet. Rapporten är en komplettering, uppdatering och uppföljning av kunskapsöversikten över 1990-talet [11]. Båda rapporterna har också referenser till tidigare svensk forskning inom området (sida 17).
- Not. 4, Tidigt upptäcka en person som är smittad och förebygga att infektionen får sekundära komplikationer. Begreppet innefattar också att förebygga att redan smittade personer för smittan vidare, vare sig det är genom sexuella kontakter, graviditet/födelse, injektionsmissbruk eller blodgivning. Åtgärder kan handla om tidig diagnostik, behandling, och förhållningsregler. Även psykosomatiskt omhändertagande av en smittad person är sekundärprevention (sida 24).
- Not. 5, En annan anledning till systematisk uppföljning är att Sverige vartannat år lämnar in statistik till FN:s särskilda organ för hiv/aids-frågor UNAIDS, som följer upp ländernas arbete mot de mål som ställs upp i Declaration of Commitment. Rapporteringen till FN rör frågeställningar kring sexuell hälsa, bland annat kondom användning, sex- och samlevnadsundervisning och sexualdebut bland ungdomar mellan 15 och 24 år (sida 25).
- Not. 6, Under det samhällsorienterande kunskapsområdets karaktär och uppbyggnad skrivs: ”I ämnena ingår att diskutera och reflektera över begrepp som identitet, sexualitet, kärlek och jämställdhet. Inom kunskapsområdet behandlas också samlevnad och relationer, människosyn och språkbruk så att möjligheten att diskutera värdefrågor i detta sammanhang utnyttjas.” I religionskunskap finns skrivet: ”Ämnet belyser samlevnad och jämställdhet ur ett religions- och livsåskådningsperspektiv. I detta ingår även att behandla konsekvenser av ställningstaganden i religiösa frågor för livsbeslut och relationer mellan människor” (sida 47)
- Not. 7, Studentföreningar som arbetar med STI-, hiv- och graviditetsprevention samt sexual- och relationsfrågor (sida 55).

Not. 8 FN:s särskilda organ för hiv/aidsfrågor, UNAIDS har utvecklat en metod för analys som bygger på ett antal frågor som ska besvaras av medlemsländerna (sid. 62).

Referenser

1. Prop. 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.
2. United Nations General Assembly. Declaration of Commitment on HIV/AIDS; 2001. Tillgänglig på: http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf
3. Prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik.
4. Smittskyddslag (2004:168).
5. Nordvik K, Liljeros F, Österlund A, Herrmann B. Spatial bridges and the spread of chlamydia. The case of a county in Sweden. Department of Sociology, Stockholm University; 2006. Working Paper Series No 5 (January 2006).
6. ECDC. Review of Chlamydia control activities in EU countries. Stockholm: ECDC; 2008. Technical report. Tillgänglig på: http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/chlamydia_control.pdf
7. Low N. Publication of report on chlamydia control activities in Europe. Euro Surveill 2008;13(7–9). Tillgänglig på: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V13N28/art18924.pdf>
8. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. 2 uppl. Socialstyrelsen; 2008.
9. Herlitz C. Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2007. Socialstyrelsen; 2008.
10. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Statens folkhälsoinstitut; 2006. Rapport R 2006:18.
11. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En kunskapsöversikt år 2000. Statens folkhälsoinstitut; 2000.
12. Liljeros F. Kontaktmönster. I: Ekdahl K, Giesecke J, red. Smittskyddsboken. Lund: Studentlitteratur; 2003. s. 250–4.
13. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.
14. Hvitfeldt T, Rask L. Skolevers drogvanor 2006. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2007.
15. SOU 2006:78 Hälsa, vård och strukturell diskriminering.
16. Månsson SA, Daneback K, Tikkanen R, Löfgren-Mårtenson L. Kärlek och sex på Internet. Göteborgs universitet och Malmö högskola; 2003. Nätsexprojektet 2003:1.
17. Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Socialstyrelsen; 2008.

18. Jessor R. Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings. *Am Psychol* 1993;48(2):117–26.
19. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet* 2006;368:1581–6.
20. Hatherall B, Ingham R, Stone N, McEachran J. How, not just if, condoms are used: the timing of condom application and removal during vaginal sex among young people in England. *Sex Transm Infect* 2007;83(1):68–70.
21. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa, internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen; 2008.
22. Ungdomsbarometern 2007. Insikt. Om hiv, sex & sånt 2008(1):Cosmos Communications AB.
23. Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet – LPO 94.
24. Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Problem och åtgärdsförslag inom oförändrad kostnadsram. Socialstyrelsen; 2006.
25. Bandura A, Walters RH. Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1963.
26. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1977.
27. Halvarsson V. Sjukvårdens arbete med sexuellt överförbara infektioner. Sociologiska institutionen, Stockholms universitet; 2008. Opublicerad arbetsrapport till Socialstyrelsen.
28. Löfdahl M, Rydevik G, Blaxhult A, Herrmann B. Provtagningsaktiviteter och förekomst av Chlamydia trachomatis hos kvinnor i Sverige: Provtas rätt personer? Akademiska sjukhuset och Smittskyddsinstitutet; 2008. Opublicerad arbetsrapport till Socialstyrelsen.
29. Skollag (1985:1100).
30. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
31. Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
32. Kamb M, Fishbein M, Douglas J, Rhodes F, Rogers J, Bolan G m.fl. Efficacy of risk-reduction counselling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases. *JAMA* 1998;280(13):1161–7.
33. Novak DP, Karlsson RB. Simplifying chlamydia testing: an innovative Chlamydia trachomatis testing approach using the Internet and a home sampling strategy: population based study. *Sex Transm Inf* 2006;82:142–7.
34. Andersson G, Bergström J, Carlbring P, Lindefors N. The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18(1):73–7.

35. Ramstedt K, Berglund T. Partnerspårning av sexuellt överförbara infektioner. I: Ekdahl K, Giesecke J, red. Smittskyddsboken. Lund: Studentlitteratur; 2003. s. 255–259
36. Carré H, Boman J, Österlund A, Gärdén B, Nylander E. Improved contact tracing for Chlamydia trachomatis with experienced tracers, tracing for one year back in time and interviewing by phone in remote areas. Sex Transm Inf 2008;84:239–42.
37. Nilsson A. Sexualitet och samlevnad – ämnesövergripande!? I: Nilsson A, red. Hela livet – 50 år med sex- och samlevnadsundervisningen. Myndigheten för skolutveckling; 2005. s. 207–217.
38. Nationella kvalitetsgranskningar. Undervisningen om sex och samlevnad. Skolverket; 2000. Rapport nr 180.
39. Nilsson A, Sandström B. Till Rektor. ”Min uppgift är att knyta ihop det”. Om kvalitetsgranskningen av tre områden: mobbning och annan kränkande behandling, undervisningen om sexualitet och samlevnad samt tobak,alkohol och narkotika. Skolverket; 2001.
40. Kindeberg T. Undervisningens möjligheter att förändra elevernas tänkande inom området aids och sex. Lunds universitet; 1997.
41. Westwood J, Mullan B. Knowledge and attitudes of secondary school teachers regarding sexual health education in England. Sex education 2007;7(2):143–59.
42. Lazarus JV, Liljestränd J. Sex and young people in Europe: A research report of the Sexual Awareness for Europe Partnership. Lund University; 2007.
43. Länshälsolagets skolrapport 2005. Sex- och samlevnadsundervisning i Östergötlands gymnasieskolor. Landstinget i Östergötland; 2005
44. Sandström B. Den välplanerade sexualiteten. Frihet och kontroll i 1970-talets svenska sexualpolitik. Stockholm: HLS; 2001.
45. Marcell AV, Ford CA, Pleck JH, Sonenstein FL. Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents’ health care use. Pediatrics 2007;119(4):966–75.
46. National survey on sex education and sexual knowledge among adolescents in Finland 2007.
47. UNG2006: 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfaerd. Sundhedsstyrelsen; 2007.
48. Juvall T, ChuChu Schindele A. Sex- och samlevnadsundervisning i skolan. En kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på sju högstadieskolor i Stockholms län. Stockholm: Lafa – Enheten för sexualitet och hälsa; 2005. Rapport 2005:1.
49. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
50. Magnusson D. Speciella klamydiakampanjer. Lunds universitet; under utgivning.
51. Deogan, C. Kostnadseffektanalys av Klamydiamåndagen – Kostnader, besparingar och hälsovinster av en intervention för att minska klamydia-

- förekomsten i Stockholms län. Karolinska Institutet/Institutionen för Folkhälsovetenskap [kandidatuppsats]; 2008.
52. Svanström Y. Policing public women. The regulation of prostitution in Stockholm 1812–1880 [doktorsavhandling]. Stockholm: Atlas; 2000.
 53. Lundberg A. Läkarnas blanka vapen. Svensk smittskyddslagstiftning i historiskt perspektiv. Lund: Nordic Academic Press; 2008.
 54. Thyresson N. Från Franzoser till AIDS. Kapitel ur de veneriska sjukdomarnas historia i Sverige. Stockholm: Carlssons; 1991.
 55. Var rädd för VS [veneriska sjukdomar] men inte för läkaren. Medicinalstyrelsen; 1953. Medicinalstyrelsens cirkulär 23/2 1953.
 56. Sandström E. Synpunkter på en ny smittskyddslag vad avser sexuell överförbara sjukdomar. I: Ds S 1985:3 Rapporter i anslutning till smittskyddskommitténs betänkande.
 57. SOU 1985:37 Om smittskydd. Betänkande av smittskyddskommittén.
 58. Klamydiainfektioner. Förebyggande åtgärder. Socialstyrelsen; 1990. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:2.
 59. Kontaktpårning vid sexuell överförbara infektioner. Socialstyrelsen; 1987. Socialstyrelsen redovisar 1987:13.
 60. SOU 2004:13 Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring.
 61. INFPREG, kunskapscentrum för infektioner under graviditet [citerad 2008-01-24]. Tillgänglig på:
<http://www.medscinet.se/infpreg/default.asp>
 62. de Blasio BF, Svensson Å, Liljeros F. Preferential attachment in sexual networks. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007;104(26):10762–7.
 63. Ripa T, Nilsson PA. Variant of *Chlamydia trachomatis* with deletion in cryptic plasmid: implications for use of PCR diagnostic tests. *Euro Surveill* 2006;11(11). Tillgänglig på:
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3076>
 64. Jarlbro G. Hälsokommunikation – en introduktion. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2004.

Bilaga 1: Historisk bakgrund

Åtgärder mot veneriska sjukdomar

Sverige har sedan många år arbetat aktivt med att såväl förebygga oönskade graviditeter som att minska spridningen av sexuellt överförda infektioner.

Under slutet av 1700-talet började man se mer allvarligt på problemen med smittspridningen av veneriska sjukdomar, framför allt syfilis och gonorré som fram till 1800-talets mitt uppfattades som samma sjukdom. År 1785 kom rekommendationer från Socialstyrelsens föregångare Sundhetskollégium där dessa ”skamliga” sjukdomar blev den sjukes eget ansvar och de sjuka förvisades till läkemedel och privatfinansierad läkarvård. Även om den medicinska kunskapen om sjukdomarna var bristfällig och verksam behandling saknades försökte man bekämpa dem genom olika kontrollåtgärder. I ett kungligt brev från 1812 som riktade sig till länsstyrelser, läkare, präster, arbetsgivare, husbönder och husmödrar, dvs. alla som hade någon form av ansvar gentemot någon annan, anbefalldes att man skulle tvångsundersöka grupper av människor som ansågs vara större smittspridare än andra. Man införde bl.a. krav på friskhetsbevis för vissa kringresande yrkesgrupper. De första motåtgärderna var dock svåra att genomföra då det inte fanns en tillräckligt omfattande byråkrati och för få läkare i landet.

Sundhetskollégium uppmanade 1822 provinsialläkarna att undersöka smittspridningen av veneriska sjukdomar och försöka ta reda på vilka som var smittade och från vem smittan kunde ha överförts. Framför allt var det kvinnor som utsattes för tvångsundersökning. Kurhus, bekostade med särskilda skattemedel, inrättades i städerna för att under tvång vårda dem som befanns vara smittade tills de ansågs smittfria. Prostitution sågs som en av orsakerna till smittspridningen, och i flera större städer infördes i mitten av 1800-talet så kallade prostitutionsreglementen. Prostituerade var tvungna att inställa sig hos särskilda besiktningsläkare för undersökning varje vecka [52]. Stora delar av kvinnorörelsen och andra kritiserade reglementeringen för att befästa dubbelmoral och osedlighet då prostituerade kvinnor utpekades som smittspridare och kontrollerades medan deras manliga kunder inte kontrollerades alls. Prostitutionsreglementeringen bestod ända fram till 1918 då en ny lagstiftning om åtgärder mot utbredning av könssjukdomar, lex veneris, antogs av riksdagen.

Lex veneris omfattade förutom syfilis och gonorré också ulcus molle och från 1938 även lymfograduloma venereum (LGV). Lagen stadgade att undersökning och vård skulle vara kostnadsfri, men präglades i huvudsak av kontrollåtgärder från samhället då ingen effektiv behandling fanns att tillgå innan penicillinbehandlingen introducerades i slutet av 1940-talet.

Läkarna var skyldiga att spåra vem som smittat patienten och läkarnas anmälningsplikt av dessa sjukdomar blev lagstadgad. Den som led av en könsjukdom i smittsamt skede var tvungen att underkasta sig vård och kontroll och förbjöds även att ingå äktenskap. En straffbestämmelse infördes för den som utsatte andra för smittrisk. Lex veneris präglades liksom tidigare bestämmelser från 1800-talet av en underliggande moraliserande syn på sexualitet och könssjukdomarna sågs som en konsekvens av omoraliskt leverne och otrohet. Det fanns ett starkt motstånd från mer liberala läkare vilka vände sig emot samhällets rätt att inkräkta på enskilda individers integritet.

Lagförslaget föranledde en hetsig debatt inom läkarsällskapet där flera läkare ansåg att lagen skulle betona samarbete och vård i stället för hotelser och verkställande av tvångssanitära åtgärder. Samtidigt fanns det en grupp läkare som tyckte att prostitutionsreglementeringen skulle kvarstå som den enda möjliga åtgärden emot veneriska sjukdomar [53]. Lex veneris användes godtyckligt i landet och var ofta anpassad till läkarnas faktiska vardag. Lagen praktiserades mot allt fler patienter under perioden 1819–1945, med en tydlig stegring av antalet fall under andra världskriget. Lagen kom att gälla ända fram till att en ny smittskyddslag infördes 1968, som ersatte lex veneris och den epidemilag som antogs 1919.

Upplysnings- och preventionsarbete

I samband med de stora samhällsförändringarna i slutet av 1800-talet höjdes nya röster för sexualupplysning. Flertalet kvinnliga läkare och flera manliga arbetade trots preventivmedelslagen med att upplysa olika grupper om hur man skulle undvika att bli smittad, om symtom och behandling. Gynekologen Karolina Widerström (1856–1949), känd som Sveriges första kvinnliga läkare, Johan Almkvist, Ellen Sandelin, Alma Sundqvist och Anton Nyström var några av dem som tidigt engagerade sig i frågan. Bland annat ansåg Widerström att sexualundervisning skulle införas i skolan för både flickor och pojkar. Med kunskap kunde till exempel spridning av könssjukdomar förebyggas. Men undervisningen skulle enligt Widerström inte vara ensidig och varnande utan sätta sexualiteten i en helhet och låta eleverna ta del av ”skönheten” och ”harmonin”.

Det dröjde dock till 1930-talet innan diskussionen om sexualitet blev en del i samhällsdebatten. 1933 bildades RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning, av Elise Ottesen-Jensen (1886–1973) även kallad ”Ottar”, och en grupp radikala läkare. Förbundet bedrev ett intensivt arbete för att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan i landet bland annat genom upplysning och försäljning av kondomer och pessar. Ett av förbundets främsta krav var att den så kallade preventivmedelslagen skulle slopas. Lagen hade införts 1910 för att motverka omoral och sexuell lössläpphet som man trodde att preventivmedel skulle medföra. Det fanns också en rädsla för att preventivmedelsanvändning skulle leda till minskade födelsetal. Delvis i motsättning till denna lagstiftning antogs 1918 lex veneris om åtgärder mot utbredningen

av könssjukdomar. En viktig nyhet i lagen var att särskilda åtgärder skulle vidtas ”för att bland allmänheten sprida kunskap om könssjukdomarnas natur och smittfarlighet och om medel, som stå till buds för att hindra smittans överförande, och om skyldigheten för en var, som angrips av sådan sjukdom, att skyndsamt söka läkarvård” [54]. En särskild utredning tillsattes också för att ge förslag till hur en sådan upplysningsverksamhet skulle gå till, men utredningen resulterade inte i några mer konkreta åtgärder från samhällets sida.

Även om det fanns kunskap om att kondomen var ett gott skydd, var det fortfarande inte enkelt att rekommendera den. Den som offentligt upplyste eller gjorde reklam för preventivmedel kunde ju straffas enligt preventivmedelslagen. Först 1938 avskaffades preventivmedelslagen, och preventivmedelsrådgivning var inte längre straffbar. Fri försäljning av kondomer utan särskilt tillstånd tilläts dock inte förrän 1970. Upplysningsarbetet som RFSU och andra föregångare ägnade sin kraft åt resulterade med tiden i en förändrad samhällssyn på preventivmedel och även myndigheterna började så småningom upplysa om sexuell och reproduktiv hälsa. Med hänsyn till de goda erfarenheter som hade gjorts på 1940-talet av upplysningsverksamheten mot könssjukdomar och deras bekämpande utgav Medicinalstyrelsen, Socialstyrelsens föregångare, 1953 sin första broschyr om könssjukdomar riktad till allmänheten [55].

Förebyggande av oönskade graviditeter

Under 1960-talet introducerades p-piller. Detta ansåg många vara revolutionerande, eftersom p-piller gjorde det möjligt att styra reproduktionen på ett säkert sätt. Därmed fick kvinnor också större möjligheter att bejaka sexualiteten.

1974 beslutades om nuvarande abortlag (1974:595) som i stort sett gäller med några förändringar. Lagen ger kvinnan rätt att till och med utgången av artonde graviditetsveckan själv bestämma om hon vill avbryta eller fortsätta graviditeten. Samtidigt med abortlagen togs också beslut om en lag (1974:525) som skulle ersätta viss födelsekontrollerande verksamhet. Genom den kompletterande lagstiftningen ville riksdagen stimulera landstingen, kommunerna och andra huvudmän att etablera rådgivningsverksamheter för att förebygga aborter och oönskade graviditeter. I samband med att dessa lagar infördes fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla metoder för en brett förankrad sex- och samlevnadsupplysning.

Socialstyrelsen fick statsbidrag för att stimulera utbyggnaden av kostnadsfri preventivmedelsrådgivning inom primärvården. Preventivmedel blev gratis eller prisreducerade. Socialstyrelsen fick också ekonomiskt anslag till hälsoupplysning för ett femårigt abortförebyggande program. Dessutom avsattes ett fyraårigt statligt anslag för upplysningsverksamhet till kvinno-, ungdoms- och invandrarorganisationer.

Under 1970- och 1980-talet genomfördes olika projekt i syfte att förebygga oönskade graviditeter och sexuell ohälsa. Socialstyrelsen fick anslag för ett brett upplysningsprogram och som ett exempel kan nämnas Gotlandsprojektet (1973–1976) som blev en modell för hur preventionsarbete för ungdomar kunde bedrivas. I projektet samordnade berörda aktörer sin rådgivning, utbildning och information. Bland dessa aktörer fanns mödravård, skola, fritid, social verksamhet och ideella organisationer. Under denna period startade också Sveriges första ungdomsmottagning i Borlänge. Barnmorskor fick en nyckelroll i det förebyggande arbetet. De utbildades som rådgivare och fick sätta in spiral. De fick också förskrivningsrätt för p-piller.

Insatser mot STI och hiv

Den moraliserande synen på sexuellt överförbara sjukdomar, men också en motiverad respekt för sjukdomarna, som präglade de tidigare regelverken om veneriska sjukdomars bekämpande, kvarstod delvis i 1968 års smittskyddslag. Det straffansvar som införts i lex veneris kvarstod, och kunde medföra upp till två års fängelse för den som utsatte andra för smitta. Ansvaret för bekämpningen av smittsamma sjukdomar lades på länsstyrelserna och länsläkarna. Socialstyrelsen fick ett nationellt tillsynsansvar över smittskyddet.

Den allt mer liberala synen på sexualiteten som växte fram under 1960- och 1970-talen, i kombination med utvecklingen av nya preventivmedel och läkemedel som minskade könssjukdomarnas medicinska konsekvenser, ledde också till en förändrad inställning till behovet av att genom lag reglera bekämpningen av de sexuellt överförda infektionerna [56]. Socialstyrelsen utredde 1976 frågan och kom fram till att dessa infektioner, utom syfilis, helt skulle kunna uteslutas ur smittskyddslagen.

Regeringen tillsatte 1982 en särskild smittskyddsutredning som skulle se över hela smittskyddslagstiftningen. Utredningens betänkande, och den nya smittskyddslagen som antogs av riksdagen 1988, kom i stora delar att präglas av det faktum att en ny sexuellt överförd virusinfektion (sedermera kallad hiv) som orsakade det dödliga sjukdomstillståndet aids hade upptäckts i början av 1980-talet. De första aidsfallen i Sverige diagnostiserades i slutet av 1982. Anmälningsskyldighet för aidsfall infördes 1983 och 1985 introducerades antikroppstestet för hiv, som då också fördes in som anmälningsskyldig sjukdom i smittskyddslagen.

Smittskyddskommittén varnade i sitt betänkande 1985 för att det fanns flera tusen hivsmittade personer i Sverige och att det i slutet av 1980-talet skulle kunna finnas 100 000 hivsmittade i Sverige [57]. Beräkningarna hade gjorts från de första resultaten av testningsundersökningar i grupper som tidigast drabbats av hivpidemin, det vill säga injektionsmissbrukare, män som har

sex med män (MSM) och personer som fått blodprodukter. Beräkningarna visade sig sedan vara grovt felaktiga.

Det preventiva arbetet kom från och med nu att domineras av att förebygga spridningen av hiv. Vid Statens bakteriologiska laboratorium (sedermera Smittskyddsinstitutet) byggdes en omfattande verksamhet upp för diagnostik, forskning, epidemiologisk övervakning och informationsinsatser. 1985 tillsattes aidsdelegationen som skulle förhindra att hiv och aids spreds. Inom ramen för detta arbete gjordes intensiva informationskampanjer, där man bland annat propagerade för kondomanvändning.

Regeringen anslag 1986 och 1987 särskilda medel för att begränsa spridningen och konsekvenserna av hiv/aids, ett anslag som kvarställt i statsbudgeten sedan dess, och ett handlingsprogram presenterades av regeringen 1987. Det intensiva preventiva arbetet under denna period som utfördes av många olika aktörer såväl inom den offentliga sektorn som av ideella organisationer, resulterade inte bara i att hivfallen minskade under senare delen av 1980-talet, utan också i att smittspridningen av andra sexuellt överförda infektioner minskade kraftigt. Upptäckten av hiv bidrog även till den stora utbyggnaden av ungdomsmottagningar på 1980- och 1990-talen. Ungdomsmottagningarnas huvudsakliga arbete blev att förebygga oönskade graviditeter samt att minska och förhindra spridning av sexuellt överförda infektioner.

När den nya smittskyddslagen antogs av riksdagen 1988 fördes länsstyrelsernas ansvar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar över till landstingen och smittskyddsläkarorganisationen som redan 1981 hade ersatt det gamla länsläkarsystemet. I den nya smittskyddslagen blev klamydiainfektion en anmälnings- och smittspåringspliktig sjukdom. Kunskapen om klamydiabakterien hade ökat under 1960- och 1970-talen i och med att man 1957 lyckats isolera själva smittämnet. Sedan länge var det känt att klamydia kunde orsaka ögonsjukdomen trakom, men sambandet med genital infektion var inte fullt klarlagt och accepterat. Odlingsprover för genital klamydiainfektion började tas inom sjukvården i Sverige i slutet av 1970-talet och det stod snart klart att bakterien var orsak till många underlivsinfektioner och att det fanns ett samband mellan infektionen och genitala komplikationer

Klamydiadiagnostiken byggdes ut under 1980-talet och i slutet av decenniet var den tillgänglig vid laboratorier över hela landet. Socialstyrelsen utarbetade i samband med att klamydiainfektion fördes in i smittskyddslagen allmänna råd om förebyggande åtgärder, behandling och en epidemiologisk strategi för att identifiera smittade personer. Bland annat infördes rutinmässig provtagning av sexuellt aktiva yngre personer upp till 25 år och gravida kvinnor [58]. Ett särskilt kunskapsunderlag om kontaktspårning vid sexuellt överförbara infektioner hade publicerats ett par år tidigare, som också tog upp klamydiainfektion [59]. Även i den nu gällande smittskyddslagen från

2004 räknas klamydiainfektion, tillsammans med hivinfektion, gonorré, hepatit B och syfilis, till den grupp av sjukdomar som klassas som allmänfarliga och därmed också smittspårningspliktiga. Smittskyddslagen anger såväl förhållningsregler som stödjande preventiva åtgärder.

Aidsdelegationens uppgifter överfördes 1992 till det då nyinrättade Folkhälsoinstitutet som fick till huvuduppgift att på nationell nivå driva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete av sektorsövergripande karaktär. Ett särskilt hiv-, aids- och STI-program inrättades vid myndigheten med ett informationsuppdrag till allmänheten och hantering av ekonomiskt stöd till ideella organisationer. 2001 ombildades Folkhälsoinstitutet som då fick en förändrad inriktning mot utveckling av metoder och strategier inom folkhälsoområdet, samt uppföljning och utvärdering. Regeringen tillsatte 2002 en utredning om samhällets insatser mot hiv/aids vilken också skulle beakta kopplingen till andra sexuellt överförda infektioner. I utredningsbetänkandet framhölls bland annat behovet av en förstärkt nationell samordnings-, planerings- och uppföljningsfunktion, samt behovet av bättre kunskapsunderlag och systematiserad kunskapsgenerering för preventionsarbetet [60]. I och med att riksdagen 2006 antog regeringens proposition Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60), överfördes samordningsuppdraget för de hiv- och STI-preventiva insatserna till Socialstyrelsen.

Skolans sex- och samlevnadsundervisning

I samhällsdebatten om sex- och samlevnadsfrågor har det nästan alltid ställts krav och förväntningar på skolan. Den första utredningen gjordes i samband med införandet av lex veneris och skapade stora oroligheter bland lärarna redan på 1920-talet. På 1930-talet ökade antalet statliga utredningar om familjeplanering, och en statlig sexualpolitik för skolväsendet började formars. 1942 rekommenderade regeringen att sexualundervisning skulle införas i hela skolan. Inget beslut togs, men en första officiell lärarhandledning i ämnet kom att användas inom folkskolan. Några år senare kom även en lärarhandledning för högre skolor. Först 1955 infördes obligatorisk sexualundervisning i Sverige.

1974 publicerades en utredning om sex- och samlevnadsundervisningen (SOU 1974:59) som medförde flera förändringar. Resultatet från en nationell sexualvaneundersökning visade att ungas sexualitet började bli mer accepterad. Utredningen argumenterade för en mer individcentrerad och ansvarsfull sexualitet, vilket innebar att metodiken för sex- och samlevnadsundervisningen ändrades. 1977 gav Skolöverstyrelsen ut mycket detaljerade och omfattande anvisningar för sex- och samlevnadsundervisningen, riktad till alla skolåldrar. Sexualiteten sågs här som en integrerad del i människors liv.

Dagens sex- och samlevnadsundervisning är ämnesövergripande och integreras i undervisningens olika ämnen. Skolans uppgift är att utifrån sitt värdegrunds- och kunskapsuppdrag ge alla elever, oavsett kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder, kunskaper och möjligheter att diskutera frågor och värderingar om sex och samlevnad. Skolverkets granskning 1999 visade på stora kvalitetsskillnader mellan olika skolor.

Bilaga 2: Fakta om klamydiainfektion

Vad är en klamydiainfektion?

Klamydia räknas till gruppen sexuellt överförda infektioner (STI = Sexually Transmitted Infections). En klamydiainfektion orsakas av bakterien *Chlamydia trachomatis*. Bakterierna kan finnas i urinrör, slida, ändtarm, svalg och ögon.

Vanligtvis ger klamydia inga symtom alls. Ungefär 50 procent av alla män och ungefär 70 procent av alla kvinnor som smittas med klamydia får inga symtom, och märker därför inte att de är smittade. Besvären kan också vara lindriga och gå över efter någon vecka. Men även om infektionen inte ger några symtom kan den ge komplikationer och spridas vidare. Symtomen brukar oftast uppträda en till tre veckor efter smittotillfället. Hos män kan klamydia ge symtom som flytning eller sveda vid urinering och hos kvinnor förekommer ökad flytning, sveda i urinröret, mellanblödningar, samlagsblödningar och ibland nedre buksmärtor. Om klamydiabakterien finns i ändtarmen kan den i en del fall orsaka blödningar eller flytningar, medan svalginfektion i de flesta fall inte ger några märkbara symtom. Även ögoninflammation orsakad av klamydiabakterien förekommer.

Eftersom klamydia oftast inte ger symtom för många smittan vidare utan att veta om det. Mörkertalet bedöms vara särskilt stort bland män, eftersom de testar sig i mindre utsträckning än kvinnorna. Detta beror bland annat på att kvinnor ofta testar sig i samband med preventivmedelsbesök, aborter och graviditeter.

Vilka komplikationer kan klamydiainfektioner ge?

En obehandlad klamydiainfektion kan ge komplikationer i form av bitestikelinflammation hos män och inflammation i livmoder och äggledare (salpingit) hos kvinnor. Att ha haft klamydiasalpingit är den vanligaste orsaken till att kvinnor drabbas av utomkvedshavandeskap och infertilitet på grund av skadade äggledare. Vidare kan kvinnor få ärrbildningar i lilla bäckenet till följd av immunologiska och utläkta processer i samband med infektionen. Dessa följd tillstånd diagnostiseras vanligtvis först flera år efter genomgången infektion. De flesta kvinnor med skador på äggledarna har haft symptomfria klamydiainfektioner [61]. En annan komplikation som kan drabba kvinnor är kroniska buksmärtor.

En obehandlad klamydiainfektion under graviditet kan överföras till barnet under förlossningen och bland annat ge upphov till ögoninfektion och lunginflammation hos barnet.

Lymfograduloma venereum (LGV) är en sexuellt överförd infektion som i dag är mycket ovanlig i Sverige. LGV orsakas av särskilda undertyper av bakterien *Chlamydia trachomatis* och kan ge mer aggressiva symtom än en vanlig klamydiainfektion. Men LGV behöver inte ge några symtom alls. De fåtal personer som har diagnostiserats under de senaste decennierna har så gott som samtliga smittats utomlands, framför allt i tropiska länder i Afrika, Asien, Centralamerika och Sydamerika, där sjukdomen är relativt vanlig. Under 2000-talet har LGV orsakat utbrott i västeuropeiska storstäder bland män som har sex med män (MSM). Fall har även diagnostiserats i Sverige. LGV behöver inte ge symtom, men kan yttra sig i form av sår på könsorgan och svullna lymfkörtlar i ljumskar eller vålla smärtsam ändtarmsinflammation med blödningar och sår. Infektionen ökar mottagligheten för hivsmitta.

Hur smittar klamydiabakterien?

Klamydia smittar vid sexuell kontakt när slemhinnor kommer i kontakt med varandra eller när smittat sekret kommer i kontakt med slemhinnor. Detta kan ske vid oskyddade samlag (utan kondom) i slidan och anus, vid petting och vid oralsex. Man kan få klamydia flera gånger. Klamydia smittar också från mor till barn under förlossningen.

Sexuella kontakter tas ofta inom avgränsade grupper i sexuella nätverk. Avstånden mellan personerna i nätverket är korta, det vill säga det krävs få mellanliggande kontakter för att ”kedja samman” personerna i nätverket. Flertalet väljer oftast en partner från samma sociala grupp, men det räcker med en enda överkoppling för att gruppen ska förenas med ett annat nätverk. Sexuella kontaktmönster med en stor variation i antalet partner hos såväl kvinnor som män gör det lätt för sexuellt överförda infektioner att spridas [12]. De flesta har ganska få partner, en mindre grupp har många och ett fåtal personer har väldigt många. En nationell sexualvaneundersökning i Norge visar att variationen när det gäller antalet partnerbyten ökade över tid, så att den som redan hade många sexuella partner tenderade att ha fler för varje år [62].

Provtagnings- och testmetoder för att säkerställa en klamydiainfektion?

Provtagning för klamydia görs med hjälp av ett urinprov hos män, och ett vaginalprov hos kvinnor som ibland kompletteras med ett urinprov. Om en gynekologisk undersökning utförs kan provet från slidan ersättas av ett sekretprov från livmoderhalsen (cervix). Pinnen med sekret transporteras i ett rör med eller utan urin till laboratoriet där man med hjälp av dna-teknik kan påvisa klamydia om personen är smittad. Har patienten haft analsex eller munsex tas provet från ändtarmen eller svalget med en bomullspinne. Ibland kan tecken på infektion ses redan i samband med provtagningen om man också undersöker sekret från urinröret eller livmoderhalsen i mikroskop. Om man misstänker att man har klamydia bör man testa sig tidigast en

vecka efter smittorisktilfallet. Om man har symtom kan man däremot testa sig direkt.

Klamydiaprover analyseras oftast vid virologiska och bakteriologiska eller mikrobiologiska laboratorier. Ett provresultat som påvisat klamydiabakterier kan man i princip alltid lita på. Däremot kan ett provresultat som inte påvisat klamydia vara falskt. Det kan alltså löna sig att ta om provet om det fortfarande finns misstanke om klamydia.

Under 2006 upptäcktes en ny muterad klamydiastam i Sverige [63]. Cirka två tredjedelar av landets laboratorier använde då en analysmetod som inte kunde påvisa den förändrade klamydiabakterien. Det är osäkert när den muterade klamydiavarianten etablerades, men det kan inte ha skett före år 2000. Förmodligen har den muterade varianten spridits i sådan omfattning att klamydia underrapporterats redan 2004, och med säkerhet 2005, 2006 och första halvåret 2007. De höga klamydiasiffrorna dessa år skulle alltså ha varit ännu högre om samtliga laboratorier använt analysmetoder som kunnat påvisa även den förändrade klamydiabakterien.

I dag används analysmetoder som upptäcker även den muterade klamydiavarianten i hela landet. Nya mutationer riskerar dock fortfarande att uppstå. Behandlande läkare och de laboratorier som analyserar klamydiaprover rapporterar alla positiva fall till landstingens smittskyddsläkare och till Smittskyddsinstitutet. Dessutom lämnar laboratorierna på frivillig basis statistiska uppgifter om antalet testade personer till Smittskyddsinstitutet.

Klamydiainfektion är en allmänfarlig sjukdom som är anmälnings- och smittspåringspliktig enligt smittskyddslagen. Socialstyrelsen har publicerat en handbok om smittspårning vid sexuellt överförda infektioner som ger vägledning i det praktiska arbetet med smittspårning. Handboken tar även upp särskilda aspekter som är viktiga att tänka på när det gäller klamydiainfektion [8].

Bilaga 3: Förslag till förbättrad sex- och samlevnadsundervisning

Arbetsgruppen Skola har gett ett förslag till förbättrad sex- och samlevnadsundervisning i matrisform, vilken bifogas i A3-format som en separat bilaga till remissen av Nationell handlingsplan för klamydiaprevention.

Bilaga 4: Information och kommunikation i arbetet med hiv och STI

Sexualiteten är nära förbunden med centrala identitetsfrågor och med vårt grundläggande behov av närhet. Kön, genus, kultur och den stora frågan: ”Vem är jag?” spelar in. Forskning visar att det är krävs en process av bearbetning för att påverka identitetsnära beteenden. Därför är det mer komplicerat att kommunicera kring identitetsnära frågor med målet att påverka människors beteende. Vårt samhälle är också fyllt av olika budskap i dessa frågor. Att förändra sexuellt beteende är därför inte detsamma som att påverka till exempel konsumtionsvanor. Det kräver andra strategier.

Människors sexuella beteende är inte givet en gång för alla utan det förändras med samhällets utveckling. Studier visar till exempel att människor i Sverige har förändrat sina sexuella vanor de senaste decennierna. Likaså visar studier av unga människor att kopplingen mellan sexualitet, romantisk kärlek och familjebildning inte är lika stark som tidigare. Sexualiteten är inte heller lika privat, utan exponeras tydligt i det offentliga rummet. Globalisering och migration gör dessutom att många olika uppfattningar om sexualiteten finns samtidigt.

Sedan de första informationsaktiviteterna mot hiv genomfördes på 1980-talet har forskningen inom hälsokommunikation utvecklats på området hiv och sexuellt överförda infektioner.

Forskning och beprövad erfarenhet visar

1. Alla människor behöver grundläggande kunskap om hiv, STI och deras effekter samt om hur man kan skydda sig. Vissa grupper löper större risk att smittas och behöver dessutom fördjupad kunskap som är anpassad till deras speciella situation. De flesta ungdomar behöver en god basinformation eftersom de håller på att formas både som sociala och sexuella varelser. Vissa delar av ungdomsgruppen behöver dessutom extra preventiva insatser på grund av ökad risk eller speciell situation. Men det finns också personer inom de riskutsatta grupperna som inte identifierar sig själva med just den gruppen. En ung man som ibland har sex med män behöver till exempel inte identifiera sig som homo- eller ens bisexuell. Därför behövs alltid en grundläggande kommunikation till den bredare gruppen även för att nå de mer riskutsatta grupperna. Det behövs också information som når de ungas ”sociala närmiljö”, t.ex. föräldrar, för att de unga ska få ett bra stöd i sin psykosexuella utveckling.

2. Kommunikationen behöver både förmedla kunskap och påverka attityder och beteenden. För att faktiskt kunna påverka beteenden måste kommunikationen anpassas till varje grupps kunskap, normer, attityder och beteenden. Därför kan inte alla ungdomsgrupper nås på samma sätt. Massmedierna kan till exempel behöva användas i mer omfattande, planerad kommunikation, men i dagens rika medieutbud når olika medier olika segment av ungdomsgruppen. Unga människor som exempelvis är nyanlända till Sverige kanske hellre använder medier från hemlandet via satellitmottagare och Internet. Mediesatser behöver gå via olika kanaler för att nå arenor där de riskutsatta grupperna redan befinner sig.
3. En människas beteende påverkas av normer och värderingar i de sociala grupper som har betydelse för henne. Detta är speciellt viktigt i ungdomsåren när identiteten formas. En ung man kanske uppfattar att det är norm att ta risker om man ska duga som ung man. Då kommer han inte att använda kondom även om han vet att den skyddar. Normer förändras genom gruppprocesser och därför måste en del av kommunikationen ske på gruppnivå. Viktiga arenor för detta är sådana verksamheter där ungdomar och unga vuxna träffas i grupp. Detta är ett av skälen till den nyckelroll skola och utbildning har i det förebyggande arbetet mot sexuellt överförda infektioner.
4. Den effektivaste kommunikationen sker direkt mellan människor. För att vi ska ändra ett visst beteende krävs ofta flera samtal med personer som vi har förtroende för eller kan identifiera oss med. Att själv kunna resonera kring och sätta ord på sin sexualitet eller sitt missbruk är betydelsefullt för människors förmåga att skydda sig. Den viktigaste rollen i kommunikationsarbetet med ungdomar och unga vuxna har därför skolan, hälso- och sjukvården, olika ideella organisationer samt vissa verksamheter som på annat sätt möter och kan föra dialog med ungdomar och unga vuxna, enskilt eller i grupp.
5. Massmedieinsatser påverkar inte beteenden direkt men kan ha andra positiva effekter. Det viktigaste är att de sprider information som kan ge baskunskap. Dessutom är de en del i det offentliga samtal som håller frågan på den samhälleliga dagordningen. Därför behöver alla individ- och gruppriktade insatser stödjas av medieinsatser som riktar sig direkt till de unga och unga vuxna men också till allmänheten. Informationsinsatser av olika slag kan också fungera som påminnelser för unga i risksituationer som redan vet hur de ska skydda sig. Det kan till exempel handla om affischer på mötesplatser.

Samordnad kommunikation

Det förebyggande arbetet mot hiv och STI består av många delar. Alla innehåller kommunikation som når särskilda yrkesgrupper och aktörer vilka i sin tur når de unga eller som når de unga direkt. Forskning visar att de olika

aktörerna måste kommunicera i samma riktning för att det förebyggande arbetet ska bli framgångsrikt. Då blir förutsättningarna bättre för att unga människor ska lära sig att skydda sig själva och sina partner mot hiv och STI och mot dess konsekvenser. Det ger samtidigt redskap att skydda sig mot oönskade graviditeter. Det kan handla om kommunikation som ger tillgång till kunskap, och det kan gälla samtal och övningar som syftar till att bearbeta normer och värderingar.

Detta betyder inte att alla aktörer ska ha samma uttryckssätt. Däremot bör alla ha en gemensam strategi och uppfattning om vad som är viktigt att förmedla och att samtala om. Alla aktörer måste sedan kommunicera på ett sätt som passar dem. På så sätt nås människor av olika formuleringar som ändå vilar på samma grundidé. Detta är avgörande för att kunna förändra attityder och beteenden för att förebygga hiv och STI.

Olika nivåer och former för kommunikation

Kommunikation kan betyda många saker. I detta sammanhang skiljer vi mellan tre principiella former av kommunikation:

1. Den interpersonella dialogen

Med interpersonell dialog menas den kommunikation som sker mellan människor i ett möte, på tu man hand eller i grupp. Sådan kommunikation kan till exempel äga rum i ett besök i vården, inom ramen för sex- och samlevnadsundervisning eller i en uppsökande verksamhet där kondomer delas ut. Viss interaktivitet kan även finnas på Internet.

2. Information

Med information menas envägskommunikation som sker skriftligt eller via olika medier. Den kan rikta sig både till allmänheten och till särskilda målgrupper, och syftet är att väcka uppmärksamhet eller att påminna samt ibland att sprida kunskap. Det är viktigt att i stunden påminna människor som redan har kunskap och en positiv attityd till t.ex. säkrare sex. Informationen kan påminna dem om den handling de redan bestämt sig för. Detta kallas i denna strategi för handlingsutlösande information.

3. Det offentliga samtalet

Med offentligt samtal menas kombinationen av debatter, information och möten i samhällets offentliga rum. Det offentliga samtalet sätter frågan på dagordningen för beslutsfattare och är en viktig del i den opinionsbildning som gör det möjligt att arbeta med frågor som annars kan uppfattas som intima och privata eller ibland normbrytande.

En användbar teori i detta sammanhang är forskningen om att sätta en fråga på dagordningen. Egentligen består agendan av tre olika agendor, en politisk

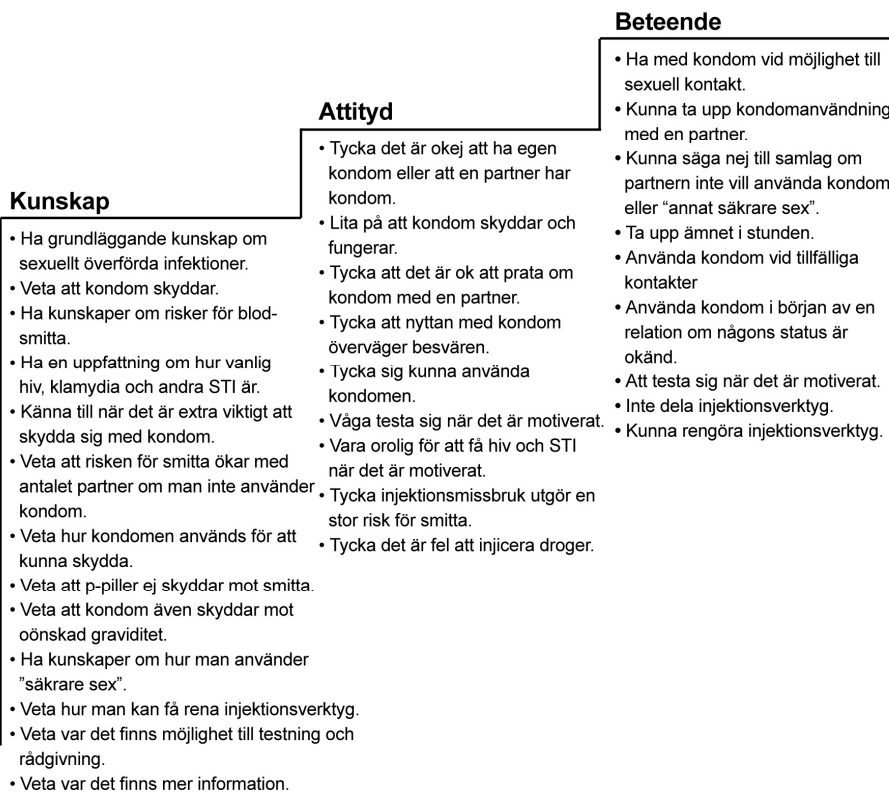
agenda, en medieagenda och en interpersonell agenda. Det behövs ofta olika insatser för de olika agendorna.

Fokus på informationsinsatser

I denna bilaga fokuseras de informationsinsatser som ska stödja dialogen. För att utforma dem behövs dock delvis samma kunskap och strategiska ansats om ungas behov och kommunikationsmönster som behövs för att genomföra dialogen på rätt sätt.

Kommunikationsmål

Målen för kommunikation rör alltid kunskap, attityder och intention till beteende. För att 60 procent ska ändra ett beteende behöver 100 procent ha kunskapen och 85 procent de positiva attityderna. Därför sker beteendeförändringar stegvis om inte det finns enormt stora förändringar i samhället runt omkring som helt förändrar förutsättningarna. För att kunna bli effektiv i sina informationsinsatser behöver man formulera specifika mål och följa upp dem. En förutsättning för detta är studier av kunskap, attityder och beteende bland ungdomar och unga vuxna. I handlingsplanen finns delmål som baserar sig på generella sådana mätningar. Nedan finns en "måltrappa" med olika typiska delmål för en kommunikationsinsats. En informationsinsats bör fokusera på ett fåtal definierade mål. När man planerar kan man fundera över vilken kunskap som behövs för att nå en viss attityd eller vilken attityd som behövs för att stödja ett visst beteende. Det är till exempel tydligt att om det finns en ambivalent attityd till nyttan av kondom kommer den inte att användas.



Fokusområden för kommunikation

De budskap som ges till ungdomar måste fokusera på de föreställningar som formar ungas beteende. Sådant studeras bäst i kvalitativa studier. En unik internationell sammanställning av sådana studier har gjorts av Marston och King [19]. De beskriver sju områden som förefaller speciellt viktiga och som framför allt bör tas upp i dialogen med unga människor såväl vid enskilda samtal som i grupp:

1. Unga människor bedömer risk när det gäller sexpartner utifrån om de uppfattar dessa partner som "fräscha" eller "ofräscha".
2. Valet av sex partner har stort inflytande på sexuellt agerande i allmänhet. Om man är angelägen om en relation kan sex användas som närhetsskapande. Om man är angelägen men osäker på en relation kan det upplevas som svårare att ställa krav på kondom.
3. Kondomer kan i många sammanhang vara stigmatiserande och associerade med brist på tillit. Men en kvalitativ studie genomförd av Socialstyrelsen visar dock att detta kan vara ett "majoritetsmissförstånd". Alla tror att partnern ser kondom som brist på tillit eller som krånglig. I stället finns det mycket som tyder på att svenska ungdomar tycker att en person som använder kondom är förtroendeingivande.

4. Könsstereotyper är avgörande för sociala förväntningar. I svenska studier visar det sig till exempel att unga kvinnor är mer benägna att tolka en relation som stabil än unga män. Detta påverkar hur man ser på behovet av att skydda sig [9].
5. Samhället i stort bestraffar och belönar olika typer av sexuellt agerande. Att följa könsrelaterade förväntningar kan ge status. En flicka ska ha en fast pojkvän. En pojke ska ha många relationer.
6. Rykten och socialt synliggörande av sexuell aktivitet eller inaktivitet är viktiga.

Socialstyrelsen kommer att genomföra nationella undersökningar både av kvantitativ och kvalitativ karaktär för att försöka identifiera vilka attityder, föreställningar och andra hinder som finns för att skyddad sex. Inom olika verksamheter och delar av landet kan man använda frågor från den nationella enkäten för att genomföra enkla mätningar och undersöka om det finns specifika lokala variationer och i så fall inom vilka områden man behöver påverka attityder för att kunna planera sina insatser. Ett annat sätt är att göra fokusgrupper. Då hittar man ofta de områden som utgör hinder eller motiverade faktorer för att nå målen.

I de befolkningsundersökningar som genomförs bör man speciellt analysera frågor där grupper av ungdomar och unga vuxna visar påtagliga brister i förhållande till kommunikationsmålen, så kallade fokusområden.

Dessa områden bör under en tidsperiod kunna bli föremål för både dialog och informationsinsatser som kan gå ut på att

1. utöka människors kunskap
2. motverka attityder som kan vara stora hinder för ett hälsofrämjande beteende
3. förstärka attityder som gynnar ett hälsofrämjande beteende
4. informera om möjliga hälsofrämjande beteenden som inte är tillräckligt kända.

Fokusområdena kan variera mellan olika grupper.

Budskap

Budskapen är viktiga både i dialogen och i effektiva informationsinsatser och kan variera beroende på vem kommunikationen är avsedd för och var denna person befinner sig kunskaps- och beteendemässigt. Eftersom ett hälsofrämjande beteende i fråga om hiv och STI har så många bottnar krävs oftast en kombination av budskap:

- Vad-budskap ger kunskap.
- Varför-budskap ger förståelse.

- Om-budskap sätter igång reflektion.
- Hur-budskap utlöser handling.

Forskning visar att budskapen bör vara enkla, men för den skull inte förenklande. Att förenkla den komplicerade dialogen om sex och skydd till ett förenklat avstå-budskap har t.ex. inte visat sig vara framgångsrikt i preventionsarbetet.

Att tänka på vid budskapsformulering

När det gäller det förebyggande arbetet mot hiv och STI är det speciellt viktigt att

1. utforma budskap utifrån de olika gruppernas livsstil
2. inte förmedla budskap som kan uppfattas som kränkande
3. betona det positiva med en beteendeförändring i stället för det negativa med det riskfyllda beteendet
4. förtesta budskapen med och på de berörda grupperna.

Målgrupper /Preventionsgrupper

En målgrupp är den direkta mottagaren av informationsinsatser. Det betyder att informationsinsatser kan rikta sig till en grupp som i sin tur påverkar preventionsgruppen. Men vanligt är att just informationsinsatser riktar sig till hela eller delar av preventionsgruppen. Att rikta information till "alla" fungerar inte. För att träffa rätt krävs att avsändaren av informationsinsatser riktar budskapen till olika delar av befolkningen.

För att nå preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna fungerar det bäst med riktade kommunikationsinsatser från olika aktörer, det vill säga de aktörer som har störst legitimitet hos en specifik ungdomsgrupp. När det gäller informationsinsatser finns en uppsjö av tänkbara arenor och kanaler.

När man bygger upp informationsinsatserna till preventionsgrupperna ungdomar och unga vuxna krävs därför en kunskapsinhämtning om hur unga uppfattar olika arenor och kanaler. Fokusgrupper som utforskar just det ämnesområde man vill påverka kan vara av mycket stort värde liksom tillgänglig statistik om preventionsgruppen.

All forskning inom området visar att en målgrupps delaktighet i att utforma informationsinsatserna är viktig. Det är en av orsakerna till att just kvalitativa undersökningsmetoder som låter ungdomar och unga vuxna formulera sina behov är speciellt viktiga. En annan viktig del är att skapa referensgrupper av just de unga man vill nå för att de ska kunna ge synpunkter på insatsernas planering.

Arenor

En arena är en plats eller en miljö som är lämplig för kommunikation om sex och samlevnad, hiv och STI. Arenan kan vara lämplig för att människor uppfattar det som en legitim plats för sådan kommunikation, såsom hälso- och sjukvården, skolan eller olika arenor på fritiden. Det kan vara en plats, t.ex. en musikfestival, där människor träffas för att knyta relationer som ibland leder till sexuella handlingar eller andra beteenden som kan föranleda risk.

Olika arenor är relevanta i kommunikationen med ungdomar och unga vuxna. När de viktiga arenorna är identifierade kan man också avgöra vem eller vilka som är lämpliga avsändare för budskapen samt vilka kommunikationskanaler som finns tillgängliga.

Större bild finns även på sida 59.



Vad gör en arena effektiv?

Nedanstående faktorer gör en arena effektiv för information till eller dialoger med de riskutsatta grupperna om hiv och STI

1. en trygg social miljö eller en miljö som är avsedd just för den egna gruppen
2. ett naturligt sammanhang för information och samtal om sex och samlevnad
3. tillgång till en trovärdig och kunnig samtalspartner för interpersonell dialog.

Arenor för informationsinsatser

Massmedier är en självklar arena för informationsinsatser. Många av dessa är nationella. Enligt den övergripande kommunikationsstrategi som tagits fram av Socialstyrelsen kommer ett antal sådana arenor identifieras, som når

ungdomar respektive unga vuxna. På dessa kommer informationsinsatser att göras nationellt.

Men även regionalt och lokalt behöver man inventera lämpliga arenor för informationsinsatser. Vissa sidor av lokaltidningar kanske läses av unga och unga vuxna. Vissa annonsblad som delas ut med inriktning på dessa grupper kan kanske användas. I det nationella åtagandet ingår att utforma annonser som sedan kan användas mer lokalt med det egna landstinget, kommunen eller samverkansgruppen som avsändare.

Lämpliga arenor för informationsinsatser är platser där man kan affischa i såväl uppmärksamhetssyfte, informationssyfte som påminnande syfte. Detta kan röra sig om olika typer av platser. Det gäller att utnyttja platser där ungdomar och unga vuxna befinner sig. Ungdomsmottagningen, STI-mottagningen, skolan och högskolan är naturligtvis sådana platser. Men även gym, klubbar, biografen, hamburgerställen, vissa typer av affärer etc.

Här kan ideella organisationer också bidra aktivt med att sprida denna typ av information.

På många håll i landet finns lokala sajter som vänder sig till segment i ungdomsgruppen eller till unga vuxna. Om sådana sajter finns är de ju en utmärkt arena för bannrar, gärna med lokal information. Även andra lokala sajter som ungdomar ibland går in på – som handlar om vård, skola etc. kan användas.

Informationsmaterial att läsa eller arbeta mer aktivt med behöver också spridas systematiskt till vissa platser.

I en regional samverkansgrupp kring hiv, STI eller sexuell hälsa bör man vartannat eller vart tredje år tillsammans med en informationsstrategiskt kunnig person göra en genomgång av vilka möjliga regionala och lokala arenor som finns för informationsinsatser.

En bra informationsinsats

Hur gör man?

Hur ska man då enligt forskningen och den samlade erfarenheten bäst bedriva en idealisk informationsinsats eller kampanj? Hur skulle den utformas och genomföras för att få bäst effekt och nå fram till målgruppen som i det här fallet är preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna?

Varje planerad informationsinsats måste skraddarsys efter just sina förutsättningar, mål och målgrupper. Det finns inget givet svar på frågan hur man

2010–2014 i Sverige bäst utformar information om vikten av att skydda sig och där kondomen används med en självklarhet.

Breda informationsinsatser eller kampanjer kan alltså göra människor medvetna om ett specifikt hälsoproblem, t.ex. de generella risker som följer av oskyddat sex. Men de kan även fylla en funktion när det gäller att stimulera till interpersonell kommunikation, dvs. samtal mellan människor om en fråga. En kampanj eller en informationsinsats ska aldrig stå för sig själv utan vara den pusselbit som höjer medvetenheten och får igång samtal.

Kännetecken

Forskningen och erfarenheten av hälsokampanjer kan ge vägledning om vad man bör tänka på när kommunikationen ska planeras och genomföras. Det som bland annat kännetecknar lyckade hälsokampanjer är att de innehåller komponenter av interpersonell kommunikation, att de har pågått under en lång tidsperiod och haft en väl tilltagen budget [64].

Följande 27 generaliseringar brukar i litteraturen beskrivas som kännetecken på effektiva hälsokampanjer, eller snarare sådana som är ”mer effektiva” än andra.

Planering

Effektiva hälsokampanjer

- kombinerar masskommunikation med interpersonell kommunikation, t.ex. smågruppsaktiviteter, rådgivning etc.
- har genomfört en noggrann målgruppsanalys
- använder sig av kändisar för att höja uppmärksamheten för kampanjens ämne
- engagerar s.k. nyckelpersoner eller grupper från medieorganisationerna och myndigheter i kampanjarbetet, eller t.ex. engagerar aktiva kommuner i arbetet
- har en noggrann tidsplanering
- använder sig av formativa utvärderingstekniker för att värdera och förbättra kampanjen under planeringen och under genomförandefasen
- anstränger sig för att minska den potentiella konflikten som finns mellan de som utvärderar kampanjen och de som faktiskt formulerar budskapen (ofta reklambyrån)
- är samordnade med aktiviteter såsom rådgivning, telefonlinjer etc.
- är noggranna vid val av förebilder, t.ex. om kändisar är med i en kampanj mot droger är det viktigt att dessa är totalt drogfria själva
- ger anvisningar om hur man ska agera för att undvika att problem uppstår om man använder sig av budskap som innehåller skräck eller rädsla

- bygger på de kunskaper och värderingar hos målgruppen som hindrar dem från att uppta det önskade beteendet
- har mätbara mål som uttrycks i form av beteendeförändringar
- är medveten om att regeringens och politikernas roll i kampanjer är att dels se till att kampanjen finansieras, dels att sörja för att även s.k. känsliga ämnen kan behandlas.

Målgrupp

Effektiva hälsokampanjer

- använder sig av en psykografisk målgruppsindelning (efter attityder, värden, m.m.) snarare än en demografisk indelning (efter ålder, kön m.m.)
- vänder sig till personer som har ett starkt interpersonellt inflytande på målgruppen
- bygger på de fördelar som målgruppen kan vinna på att uppta det önskade beteendet, vilket i sin tur ska bygga på existerande önskningar och behov hos målgruppen
- fokuserar på omedelbara och sannolika konsekvenser av ett hälsosamt beteende.

Budskap

Effektiva hälsokampanjer

- innehåller en ständig repetition av enkla budskap
- förespråkar det positiva med en beteendeförändring snarare än det negativa med det felaktiga beteendet, dvs. att framkalla rädsla (skräck) anses inte användbart som kampanjstrategi
- förespråkar närliggande belöningar snarare än att man ska undvika avlägsna negativa konsekvenser av ett beteende
- sätter in sina pedagogiska budskap i ett underhållande sammanhang
- blundar inte för de större sociala sammanhang som påverkar det hälsoproblem kampanjen handlar om
- förtestar sina budskap på målgruppen för att försäkra sig om att de tolkas på det sätt som avses.

Kanaler

Effektiva hälsokampanjer

- använder sig av flera olika typer av medier, dvs. tidningar, radio, TV, broschyrer, Internet o.s.v.
- använder såväl kommersiell som icke-kommersiell marknadsföring
- inser att det inte räcker med att enbart annonsera, utan förstår att man bör kombinera olika kampanjaktiviteter
- använder sig av nyhetsmedierna för att öka synligheten.

Avsändare

Erfarenheten visar att de insatser som fungerat bäst är de där avsändare (aktörer) under lång tid engagerat sig tillsammans för att skapa kreativt unika kampanjer som därför haft förmågan att tränga igenom informationsbruset och nå ut tillräckligt väl till mottagaren. Dessutom ska kampanjerna kännas användbara på flera platser och av flera användare. Det ska även finnas ett behov av insatserna. Slutligen måste informationsinsatserna ha en tillräcklig omfattning varje gång,

Det är tveksamt att satsa på små insatser, som inte har tillräcklig budget eller kreativ höjd. Insatser som inte märks eller skapar debatt får ses som ett misslyckande. Långsiktighet, kontinuitet, förankring och en realistisk budget ökar förutsättningarna för lyckade informationsinsatser.

Stärka det kommunikativa för att förebygga

För att stärka det kommunikativa arbetet för att förebygga smittspridning av hiv och STI krävs

- bättre kunskap om olika delar av preventionsgruppen avseende normer och värderingar – genom fokusgrupper och andra kvalitativa studier
- budskapsanalys: Vilka budskap är relevanta för preventionsgrupperna?
- en budskapsformulering som har acceptans i den avsedda direkta målgruppen
- en sammanhållen strategi för att nå en avsedd direkt målgrupp inom de olika arenorna
- kontinuerliga och långsiktiga informationsinsatser
- bättre kunskap om ungdomar och unga vuxna med ett ökat riskbeteende.

Handlingsplanens mål

1. År 2014 ska andelen ungdomar och unga vuxna (15–29 år) som uppger att de alltid använder kondom med en ny eller tillfällig partner väsentligen ha ökat.
2. År 2014 ska självinsikten och förståelsen för vilka konsekvenser oskyddat sex kan innebära väsentligen ha ökat inom målgruppen ungdomar och unga vuxna.
3. År 2014 ska a) andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man bör testa sig för klamydia ha ökat och b) ungdomar och unga vuxna med förhöjt riskbeteende testa sig regelbundet, minst var sjätte månad.

Indikatorer för mål 1

År 2014 mäts

- andelen, av dem som har debuterat sexuellt, som använt kondom vid sitt senaste samlag
- andelen ungdomar och unga vuxna som vet att kondom är ett säkert skydd mot smitta
- andelen ungdomar och unga vuxna som upplever det som svårt att begära kondom i en ny sexuell relation.

Indikatorer för mål 2

- År 2014 mäts ungdomars och unga vuxnas kunskap om
- att klamydia är en mycket smittsam infektion
- att klamydiainfektionen kan vara symtomfri under lång tid men ändå smitta
- att riskerna för smitta ökar ju fler man har oskyddat sex med
- att klamydiainfektionen kan leda till infertilitet.

År 2014 ska ungdomar och unga vuxna dessutom

- kunna ange på vilket sätt de kan undvika smitta i en sexuell relation.

Indikatorer för mål 3

År 2014 mäts

- ungdomars och unga vuxnas kunskap om vikten av att testa sig innan man går över till oskyddat sex med en ny partner
- andelen ungdomar och unga vuxna som efter att ha haft klamydia återkommer för ny testning inom sex månader
- andelen ungdomar och unga vuxna som vet när man ska testa sig och var man kan testa sig för klamydia
- andelen ungdomar och unga vuxna som när de utsatts för risk snabbt har fått kontakt med hälso- och sjukvården, fått rådgivning, blivit testade och vid behov fått behandling

Delmål – översikt

Samtliga delmål är specificerade och i handlingsplanen anges aktiviteter som gör det möjligt att nå delmålen.

Delmål samtliga aktörer

- Ökad kunskap om frisk- och riskfaktorer
- Ökad kunskap och förbättrad utbildning
- Förbättrad samverkan och förbättrat samarbete
- Förbättrad kondomkunskap

Delmål hälso- och sjukvården

- Tydligare avtal och uppdragsbeskrivningar
- Förbättrad rådgivning
- Förbättrade rutiner för vård och behandling
- Ökad tillgänglighet till testning, rådgivning och behandling
- Förbättrad smittspårning

Delmål skolan

- Förbättrad sex- och samlevnadsundervisning
- Tydligare formulerade styrdokument
- Förbättrad lärarutbildning och fortbildning
- Förbättrad utbildning för andra viktiga aktörer
- Kontinuerlig fortbildning av lärare
- Förstärkt skolhälsovård och övrig elevhälsa
- Kompletterande satsningar

Delmål kommunikation

- Förbättrad samordning och stöd till aktörer
- Förbättrad användning av kompletterande arenor för dialog
- Förbättrade informationsinsatser direkt till ungdomar och unga vuxna