

2021:00334 - Åpen

Rapport

Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia

Forfattere

Jan Wilhelm Lippestad
Trond Halvorsen



Rapport

Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia

EMNEORD:
Evaluering
Tilskuddsordning
Seksuell helse

VERSJON
1

DATO
2021-03-26

FORFATTERE
Jan Wilhelm Lippestad
Trond Halvorsen

OPPDRAGSGIVER
Helsedirektoratet

OPPDRAGSGIVERS REF.
Lennart Lee Lock

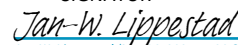
PROSJEKTNR
102024236

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
90 + 2 vedlegg

SAMMENDRAG

SINTEF legger med dette fram sluttrapport fra evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Evalueringen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med evalueringen har vært å vurdere om tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia bidrar til å oppnå målene som er satt for ordningen, med sikte på å gjøre nødvendige endringer i innretningen av tilskuddsordningen for enda bedre måloppnåelse. Etter vår vurdering har Stiftelsen sin kjernekompetanse i veiledning av gravide og par i en valgsituasjon, og gir et tydelig bidrag på individnivå – her er Amatheia et supplement til annen helsetjeneste. Stiftelsen er imidlertid for liten til at virksomhetens forebyggende arbeid gir utslag i nasjonale tall for reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, og i reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner. Evalueringen skisserer tre mulige endringer av tilskuddsordningen og hvilke konsekvenser de vil kunne få for måloppnåelsen. Et viktig premiss for alternativene er å ivareta kvinners juridiske rettigheter for nøytral og saklig veiledning. Fordeler og ulemper knyttet til hvert alternativ blir drøftet, inkludert fordelings effekter. Analysen ender i en anbefaling som kombinerer elementer fra to av alternativene: Formålet for tilskuddet bør spisses slik at aktiviteter for undervisning reduseres, og kravet om lokal tilstedeværelse bør tas vekk.

UTARBEIDET AV
Jan-W. Lippestad

SIGNATUR

Jan-W. Lippestad (Mar 26, 2021 14:26 GMT+1)

KONTROLLERT AV
Lisbet Grut

SIGNATUR


GODKJENT AV
Stine H. Braathen

SIGNATUR

Stine Hellum Braathen (Mar 26, 2021 14:42 GMT+1)

RAPPORTNR
2021:00334

ISBN
978-82-14-06465-0

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Innholdsfortegnelse

1	Forord	5
2	Sammendrag	6
3	Innledning	9
4	Bakgrunn	9
5	Evalueringsoppdraget	10
5.1	Innledning og avgrensning av oppdraget	10
5.2	Gjennomføring av evalueringen i lys av koronapandemien	10
5.3	Problemstillinger som skal besvares	11
5.4	Metoder for innsamling av data	12
5.4.1	Dokumentanalyse	12
5.4.2	Kvalitative intervjuer og valg av informanter	12
5.4.3	Økonomisk analyse	14
6	Resultater av evalueringen	15
6.1	Dokumentanalyse og oppfølging av evalueringen fra 2006	15
6.1.1	Innledning	15
6.1.2	Dokumentanalyse tidsperioden 2007-2011	16
6.1.2.1	Innledning	16
6.1.2.2	Konklusjonene i evalueringen fra 2006	16
6.1.2.3	Oppfølgingen av evalueringen fra 2006	17
6.1.2.4	Drøfting	21
6.1.3	Dokumentanalyse tidsperioden 2012-2017	24
6.1.3.1	Sentrale dokumenter og føringer i perioden	24
6.1.3.2	Drøfting	25
6.1.4	Dokumentanalyse tidsperioden 2018-2020	25
6.1.4.1	Sentrale dokumenter og føringer i perioden	25
6.1.4.2	Drøfting	29
6.2	Stiftelsens oppfyllelse av tilskuddsordningens krav til måloppnåelse	30
6.2.1	Innledning	30
6.2.2	Geografisk utbredelse, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer	31
6.2.3	Antall kontakter, kontakttypen og aldersfordeling	33
6.2.3.1	Resultater	33
6.2.3.2	Drøfting	38
6.2.4	Antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon	40
6.2.4.1	Resultater	40

6.2.4.2	Drøfting.....	41
6.2.5	Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper.....	42
6.2.5.1	Hva sier "Snakk om det"?	42
6.2.5.2	Resultater	43
6.2.5.3	Drøfting.....	44
6.2.6	Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter	45
6.2.6.1	Bakgrunn.....	45
6.2.6.2	Hva sier "Snakk om det"?	47
6.2.6.3	Resultater	48
6.2.6.4	Drøfting.....	48
6.2.7	Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv	49
6.2.7.1	Bakgrunn.....	49
6.2.7.2	Hva sier "Snakk om det"?	50
6.2.7.3	Resultater	51
6.2.7.4	Drøfting.....	52
6.2.8	Stiftelsens bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten	52
6.2.8.1	Hva sier "Snakk om det"?	52
6.2.8.2	Resultater	53
6.2.8.3	Drøfting.....	54
6.2.9	Brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)	54
6.2.9.1	Resultater	54
6.2.9.2	Drøfting.....	56
6.2.10	Hvordan og i hvilken grad støtter tilskuddsordningen opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på individ-, tjeneste- og systemnivå?.....	57
6.2.10.1	Innledning	57
6.2.10.2	Resultater og drøfting.....	57
6.2.11	Hvordan og i hvilken grad bidrar tilskuddet til å finansiere tilbud/tjenester som supplere/overlapper det ordinære lovpålagte helsetilbudet?.....	59
6.2.11.1	Resultater	59
6.2.11.2	Drøfting.....	61
6.2.12	I hvilken grad når Amatheasårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet?.....	62
6.2.12.1	Sårbare grupper i strategier og handlingsplaner	62
6.2.12.2	Resultater	63
6.2.12.3	Drøfting.....	65
6.3	Samfunnsøkonomisk analyse.....	67
6.3.1	Valg av metode	67
6.3.2	Resultat: Kostnadsbildet.....	68

6.3.3	Drøfting.....	72
7	Fremtidig innretting av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia.....	73
7.1	Innledning	73
7.2	Forvaltning av tilskuddet.....	74
7.3	Aktiviteter i Stiftelsen Amatheia	74
7.4	Alternative modeller for innretting av tilskuddsordningen – drøfting og anbefalinger	75
7.4.1	Innledning	75
7.4.2	Alternativ 1: Spissing	75
7.4.3	Alternativ 2: Sentralisering	76
7.4.4	Alternativ 3: Avvikling av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia.....	77
7.4.5	Alternativ 4: Spissing og sentralisering – en hybrid.....	78
7.4.6	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet og fordelingsvirkninger	78
7.5	Regelverk for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia – forslag til endringer	79
7.5.1	Innledning	79
7.5.2	Om mål for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia	80
7.5.3	Om innretningen av virksomheten i henhold til "Snakk om det"	81
7.5.4	Om målgruppen for Stiftelsen Amatheia	81
7.5.5	Om kriterier for måloppnåelse	83
8	Konklusjon	86
9	Referanser.....	88
10	Vedlegg 1. Dokumenter 2007-2020.....	89
11	Vedlegg 2 Inflasjonsjusterte årsregnskap for Stiftelsen Amatheia, 2009-2019.....	104

1 Forord

SINTEF Digital, Avdeling Helse og Avdeling Teknologiledelse legger med dette fram sluttrapport fra evalueringsoppdraget "Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia". Prosjektet har vært gjennomført i perioden 25. november 2020 – 26. mars 2021.

Vi vil få takke Helsedirektoratet (Oppdragsgiver) for et godt og konstruktivt samarbeid og gode diskusjoner gjennom hele perioden.

Videre vil vi gi en stor takk til direktør, styreleder og ansatte i Stiftelsen Amatheia for gode diskusjoner, for å ha stilt opp til intervju og kommet med gode innspill i en kort og hektisk prosjektperiode.

Jan W. Lippestad
Prosjektleder

Trond Halvorsen
Prosjektmedarbeider

2 Sammendrag

Hvordan og i hvilken grad Stiftelsen Amatheia fulgte opp resultatene av evalueringen fra 2006¹

De endringene som ble iverksatt i Stiftelsen i perioden 2006-2011, kan dels forklares med grep som Stiftelsen selv tok før evalueringen i 2006, dels grep som kan relateres til resultater av 2006-evalueringen, og dels av grep som ble tatt for å tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon. Tar man så med implementering av et elektronisk pasientadministrativt system, samt felles system for telefoni og felles avtalebok fra 2006, så er vår konklusjon at i det alt vesentlige, ble endringer iverksatt i perioden, uavhengig av evalueringen i 2006.

I hvilken grad Stiftelsen oppfyller tilskuddsordningens krav til måloppnåelse

Stiftelsen har 13 lokalkontor og er til stede i alle de fire helseregionene. Antall kontakter har holdt seg stabilt de siste årene, men en stadig mindre andel benytter seg av personlig oppmøte. Samtidig blir brukerne stadig eldre (aldersgruppen 21-25 år er halvert i perioden 2009-2019). To av "føttene" Amatheia baserer sitt tilbud på er valgsamtalen og etter-abort-samtalen, men disse utgjorde kun henholdsvis 15 prosent og 4 prosent av kontaktene i 2019. Vår konklusjon er at disse trendene bør analyseres nærmere, noe som krever et bedre statistikkgrunnlag. Resultatene av denne analysen bør danne grunnlag for hvordan Amatheia bør innrette sin virksomhet framover. Ut over prevensjonsveiledning og utdeling av prevensjon i forbindelse med kontakter, bør det vurderes om Amatheia skal ha undervisning om disse temaene som et av sine satsingsområder. På området prevensjonsveiledning og prevensjon er det mange store aktører som jobber tett med den aktuelle ungdomsgruppen og som har god kunnskap på feltet (f.eks. HFUene). Spørsmålet blir om ikke undervisning om prevensjon dekkes godt av disse aktørene.

Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper

Stiftelsen har, slik vi ser det, en bred tilnærming når det gjelder å bidra til å sikre "god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper". I regelverket vises det til at "målgruppen er gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse", men regelverket og evalueringen viser at målgruppen når det gjelder å spre kunnskap, er større enn som så. Vi har ikke data på hvor mye av veiledernes tid som går med til å spre kunnskap. Det kommer vi tilbake til i sluttkapittelet i rapporten, hvor vi drøfter om det er deler av denne virksomheten som ikke bør inngå i Amatheias portefølje.

Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter

Vår konklusjon er at Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, og derigjennom bidrag til god helse og redusert uhelse, primært vises på individnivå. Kvinner kan få hjelp til å avverge en uønsket abort, men dekningsgraden er for lav til at dette vil vises i nasjonal statistikk. Stiftelsens bidrag må sees i lys av oppfyllelse av kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap (jf. Lov om svangerskapsavbrudd). Stiftelsen bidrar til samfunnets oppfyllelse av denne rettigheten. Stiftelsen er på dette området et supplement til det offentlige helsevesenet.

Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv

Vår konklusjon er at Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, primært vises gjennom sitt forebyggende arbeid i enkelt-kontakter. Når det gjelder undervisning om dette temaet for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøgskoler, så er Amatheia en av flere aktører, noe som gjør det vanskelig å si noe om i hvilken grad Stiftelsen bidrar på dette området. På dette området overlapper Stiftelsen tilbudet til offentlige helsevesenet og private aktører.

¹ Inger B. Scheel, Stine Hellum Braathen og Jan-W Lippestad (2006) Evaluering av Stiftelsen Amatheia - en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide. SINTEF rapport A255

Stiftelsens bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten

Vår konklusjon er at kontakten med, og bidrag overfor, helse- og omsorgssektoren, i stor grad er knyttet til den enkelte veileders kontaktnett, ofte nettverk de har med seg fra tidligere arbeidsplasser. Det synes med andre ord å bære preg av tilfeldigheter hvilke utdanninger og tjenester de har kontakt med. Stiftelsens strategiske dokument for 2018-2022 legger ingen føringer for denne delen av virksomheten. Arbeidet må enten organiseres mer systematisk, eller gå ut av Amatheas virksomhetsområde.

Brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)

Tilbakemeldinger fra brukere er viktig i utviklingsarbeid. Resultatene fra undersøkelsen i 2019 viser dette. Etter vår vurdering bør andre metoder for brukertilbakemeldinger vurderes, for å få et bilde av fornøydhet med eksisterende tilbud og innspill til forbedringer. Slik brukerundersøkelsene gjennomføres per i dag, blir svarprosenten for lav og resultatene for usikre.

Hvordan og i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på individ-, tjeneste- og systemnivå

På *individnivå*, er det vår vurdering at Stiftelsen har veiledningskompetanse og har et godt tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Stiftelsen bidrar med dette til å oppfylle kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap. Det overrasker imidlertid at valgsamtalen kun utgjorde 15 prosent av kontaktene i 2019. Der tilbudet fra Amatheas beskrives som et supplement på individnivå, er situasjonen mer preget av overlapp på *tjenestenivå* (prevensjonsveiledning, graviditetstesting, undervisning osv.), om enn i varierende grad. Tilbudet blir tydeligst et supplement for de over 25 år, som ikke har tilbud fra blant annet HFU. Stiftelsens aktiviteter og bidrag blir mindre tydelig når spørsmålet blir hvordan og i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på systemnivå. Vi har lagt til grunn at med *systemnivå* menes Stiftelsens aktiviteter og bidrag i arbeidet med å oppnå nasjonale mål blant annet beskrevet i strategien *Snakk om det!*

Hvordan og i hvilken grad tilskuddet bidrar til å finansiere tilbud/tjenester som supplere/overlapper det ordinære lovpålagte helsetilbudet

Offentlige helsetjenester og private helsetilbud peker på Amatheas som et viktig supplement når det gjelder valgsamtalene. Men når det gjelder opplæring og undervisning om prevensjon og seksuell og reproduktiv helse på gruppenivå, overlapper Amatheas eksisterende tilbud fra blant annet HFUene. Vår vurdering er at Stiftelsens bidrag på disse områdene er så vidt begrenset i forhold til målgruppene, at det er vanskelig å anslå noen målbar effekt på nasjonale mål på området seksuell helse.

I hvilken grad Amatheas når sårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet

I forståelsen av *sårbar gruppe*, har vi i evalueringen lagt til grunn "Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse". Vår konklusjon er at Amatheas har meget begrenset oppmerksomhet rettet mot det som her er omtalt som sårbare grupper, ut over etniske minoritetsgrupper, som har vært en satsning i mange år. Tilsagnsbrevet for 2020, hvor Amatheas blir bedt om å prioritere "undervisning til personer med minoritetsbakgrunn, herunder seksuelle- og kjønnsminoriteter", er et tydelig styringssignal om økt oppmerksomhet om sårbare grupper.

Samfunnsøkonomisk analyse av tilskuddet

Gjennomgangen tegner et bilde av en kostnadsbevisst ideell stiftelse med stor grad av kontinuitet i rammebetingelsene og med evne til omstilling (bl.a. i 2006). Incentivene for Stiftelsen taler for å fokusere ressursene på samfunnsoppdraget og vise til et høyt aktivitetsnivå, snarere enn å diversifisere inntektssiden. Det er ikke overraskende at lønn utgjør over 60 prosent av kostnadene. Lønnsnivået synes ikke urimelig høyt, gitt veilederens formelle kompetanse og erfaring. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det grunn til å spørre hvorvidt arbeidskraften vil kunne bli utnyttet mer effektivt dersom veilederne konsentrerte seg om et mindre sett med oppgaver. Spesialisering for å bli ekstra god til å utføre organisasjonens kjerneoppgaver er en klassisk tilnærming til virksomhetsstyring. For å gjøre innsparinger må man spørre seg om det er andre kategorier av kostnader det er mulig å redusere uten for store konsekvenser for driften. Da er det nærliggende å vurdere hvorvidt det er et alternativ å legge ned noen av lokalkontorene. Erfaringene fra forrige runde med nedleggelse viste at antallet kontakter ble opprettholdt. Forvaltningen av tilskuddet er allerede veldig effektiv, og evalueringen har ikke avdekket potensial for å forbedre denne. Men tematisk er det overlapp mellom tilskuddsordningene *Stiftelsen Amatheia* og *Seksuell helse*. Seksuell helse er også forankret i strategien *Snakk om det*, men favner bredere enn tilskuddet til Amatheia.

Fremtidig innretning av tilskuddsordningen

Basert på en samlet analyse av datamaterialet, anbefaler SINTEF en hybridmodell for den fremtidige innretningen av tilskuddsordningen. SINTEF mener denne modellen, på en god måte, sikrer videreføring av kjernekompetanse i dagens Amatheia (veiledning av gravide og par i valgsamtalen), og gir denne delen av virksomheten økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Med denne modellen avstår veilederne i Amatheia fra undervisningsoppdrag som i dag ivaretas på en god måte av andre aktører, og frigjør ressursene til å bygge relasjoner til samarbeidspartnere som kan henvise brukere og til informasjonskampanjer på nett og i media. Virksomheten anbefales å rette oppmerksomheten mot brukergruppen som i mindre grad fanges opp av annet tilbud (25 år +). Med alternativ 4 oppheves kravet om lokal tilstedeværelse, samtidig som virksomheten videreføres som et nasjonalt tilbud. Noen få regionskontor opprettes med flere ansatte på hvert kontor og større ansvarsområde. Med dette tilpasses tilbudet til det faktum at en stadig større andel av brukerne velger telefon, epost og chatt som kommunikasjonsform. Satsingen på tilbud til etniske minoriteter og den samiske befolkningen videreføres. SINTEF legger fram et forslag til justeringer av regelverket for tilskuddsordningen tilpasset det foreslåtte alternativet.

3 Innledning

SINTEF legger med dette fram sluttrapport fra evalueringsoppdraget "Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia", gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet, i perioden 25. november 2020 – 26. mars 2021. Prosjektet er gjennomført av seniorrådgiver Jan-W. Lippestad i SINTEF Digital Avdeling Helse (prosjektleder) og forsker Trond Halvorsen i SINTEF Digital Avdeling Teknologiledelse (prosjektmedarbeider). Kvalitetssikrer har vært seniorforsker Lisbet Grut, SINTEF Digital Avdeling Helse, og prosjektansvarlig har vært forskningsleder Stine H. Braathen, SINTEF Digital Avdeling Helse.

Vi har hatt et tett og godt samarbeid med Helsedirektoratet gjennom hele prosjektperioden. I henhold til forslag i vårt prosjekttilbud, ble det 3. desember 2020 avholdt et oppstartsmøte mellom Helsedirektoratet og SINTEF for å avklare detaljene i og en felles forståelse av oppdraget. Videre ble det utarbeidet et detaljert plan for gjennomføring av oppdraget, milepæler og møtepunkter. Planen ble nedfelt i et oppstartnotat som har fungert som et arbeidsdokument i evalueringsperioden. I henhold til avtale, ble det 15. februar 2021, avholdt et midtveismøte mellom Helsedirektoratet og SINTEF, hvor SINTEF la fram foreløpige hovedfunn. Det ble på møtet også drøftet en nærmere presisering av oppdraget, med utgangspunkt i SINTEFs presentasjon. I henhold til avtale, ble et utkast til sluttrapport oversendt Helsedirektoratet og Stiftelsen Amatheia 5. mars 2021. 8. mars presenterte SINTEF hovedfunnene i utkastet til sluttrapport i et møte med Helsedirektoratet.

Prosjektet er godkjent gjennomført av Norsk senter for forskningsdata (referansenummer 460604).

4 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementets varslet i Prop. 1S (2019-2020) at tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia, som har øremerket beløp i statsbudsjettets kapittel 762, post 74, skulle gjennomgås i 2020. Oppdraget skulle svares ut ved å evaluere ordningen.

Frem til 2018 forvaltet Helse- og omsorgsdepartementet tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Tilskuddsbeløpet ble fastsatt i statsbudsjettets kap. 762, post 74 sammen med en kort omtale av formålet med Stiftelsens arbeid. I 2018 overtok Helsedirektoratet oppgaven med å forvalte tilskuddsordningen. Gjeldende regelverk for ordningen ble utarbeidet i forbindelse med overføringen. Helsedirektoratet utfører ingen tilskuddsberegning da det kun er Amatheia som har anledning til å søke på ordningen. Tilskuddsmottaker er fortsatt navngitt med øremerket beløp i statsbudsjettets kapittel 762, post 74. I 2020 var det øremerket 25,23 mill. kroner til ordningen. Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. *"Snakk om det! Strategi for seksuell helse"* (2017-2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Målgruppen er gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse.

Stiftelsen Amatheia er en landsdekkende helsetjeneste (13 lokalkontor, representert i alle helseregionene) og har som samfunnsoppdrag å bidra til å redusere individuelle og samfunnsmessige belastninger når en graviditet oppleves utfordrende. Stiftelsen har som primæroppgave å tilby den informasjonen og veiledningen som kvinner har krav på i henhold til Lov om svangerskapsavbrudd knyttet til svangerskap og abort. Gjennom mange års erfaring har man opparbeidet en veiledningsmetodikk, *Amatheia-metoden*, som benyttes for å *"veilede mennesker med dilemmaer av eksistensiell, emosjonell og relasjonell art i en, for mange, krisesituasjon med kort tidsfrist før et valg skal tas"*. Målet er å fremme refleksjoner og bevisstgjøring rundt fremtidsalternativer ved å veilede hver enkelt til et selvstendig valg. Amatheia har en tilgjengelighet og

kompetanse som bidrar til at kvinner, menn og par kan få rask hjelp når de trenger det, uavhengig av hvor de befinner seg i landet. Stiftelsen jobber etter kjerneverdiene selvstendighet, annerkjennelse og kompetanse.

5 Evalueringsoppdraget

5.1 Innledning og avgrensning av oppdraget

Formålet med denne evalueringen er å vurdere om *tilskuddsordningen* Stiftelsen Amatheia bidrar til å oppnå målene som er satt for ordningen, med sikte på å gjøre nødvendige endringer i innretningen av tilskuddsordningen for enda bedre måloppnåelse. Dette er en evaluering av *tilskuddsordningen*, ikke Stiftelsen Amatheia. Evalueringen skal derfor kun vurdere aktiviteter som er finansiert over tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia, Statsb. Kap 762, post 74.

Virksomheten i Amatheia finansieres i det alt vesentligste gjennom et årlig statstilskudd. Men Stiftelsen har også andre inntekter. I henhold til Stiftelsens budsjett for 2020, omfatter dette tilskudd fra fylker og helseforetak, tilskudd fra kommuner, private gaver og andre inntekter, prosjektinntekter og det som omtales som "andre inntekter" – inntekter som samlet var budsjettet med kr 2 295 000,- for 2020, noe som utgjør vel 8 prosent av samlede budsjetterte inntekter. Det er viktig å presisere at disse inntektene ikke omfattes av evalueringen, som skal konsentreres om statstilskuddet, og om statstilskuddet bidrar til måloppnåelse i henhold til det som er beskrevet i regelverket for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Slik vi forstår evalueringsoppdraget innebærer det at eksempelvis et prosjekt finansiert på annen måte enn gjennom tilskuddsordningen, ikke skal inngå i evalueringen. Det er imidlertid ikke noe klart skille mellom aktivitet finansiert av statstilskuddet og for eksempel av prosjektmidler. Eksempelvis har oppmerksomheten rettet mot kvinnehelse i et minoritetsperspektiv og kjønnslemlestelse vært finansiert både av prosjektmidler og vært en del av veiledernes ordinære veilednings- og informasjonsarbeid.

5.2 Gjennomføring av evalueringen i lys av koronapandemien

I valg av metoder for og gjennomføringen av datainnsamlingen har vi tatt høyde for den til enhver tid rådende situasjon i pandemien, og tilpasset aktivitetene etter dette. Vi har vært i løpende dialog med Helsedirektoratet (Oppdragsgiver) og med Stiftelsen Amatheia om dette, og drøftet eventuelle behov for justeringer i framdrift og valg av metoder for datainnsamling når det gjelder gjennomføringen av evalueringen. Metoder som har gitt lav belastning på informantene, har blitt foretrukket.

På grunn av pandemisituasjonen, har innsamlingen av data i all hovedsak blitt gjennomført digitalt i form av intervjuer på Teams og gjennom korrespondanse på epost. Intervjuet med direktør og styreleder Stiftelsen Amatheia er gjennomført ansikt-til-ansikt. Valg av lokaler ble risikoklarert både av SINTEF og Amatheia. Pandemien har påvirket responsen fra eksterne interessenter i evalueringen. Som vi kommer tilbake til, har flere av de potensielle informantene vi har tilskrevet, gitt tilbakemeldinger om at de, ut fra stor arbeidsbelastning i forbindelse med pandemien, ikke har hatt anledning til å delta i intervju. Dette gjelder i særlig grad sykehusene og helsestasjoner for ungdom (HFU). Til tross for dette mener vi at vi har tilstrekkelig materiale til å kunne besvare de aktuelle problemstillingene i evalueringsoppdraget på en tilfredsstillende måte.

5.3 Problemstillinger som skal besvares

I utlysningen av oppdraget skisserte Helsedirektoratet følgende problemstillinger som man ønsket svar på:

1. *Hvordan og i hvilken grad har Stiftelsen Amatheia fulgt opp resultatene av evalueringen fra 2006²?*
2. *I hvilken grad oppfyller Stiftelsen tilskuddsordningens krav til måloppnåelse i punktene nedenfor?*
 - a) *Geografisk utbredelse, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*
 - b) *Antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling*
 - c) *Antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon*
 - d) *Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper*
 - e) *Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*
 - f) *Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv*
 - g) *Stiftelsens bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*
 - h) *Brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)*
3. *Hvordan og i hvilken grad støtter tilskuddsordningen opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på individ-, tjeneste- og systemnivå?*
4. *Hvordan og i hvilken grad bidrar tilskuddet til å finansiere tilbud/tjenester som supplerer/overlapper det ordinære lovpålagte helsetilbudet?*
5. *I hvilken grad når Amatheia sårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet?*
6. *Hva er kost-nytteeffekten av tilskuddet?*
7. *Hvordan kan tilskuddet innrettes for enda større måloppnåelse (jf. målsetting og kriterier for måloppnåelse)?*

Når det gjelder problemstillingen "*Hvordan kan tilskuddet innrettes for enda større måloppnåelse (jf. målsetting og kriterier for måloppnåelse)?*", inngår svar på dette i rapportens sluttkapittel, hvor vi drøfter alternative modeller for organisering og forvaltning av tilskuddsordningen, og kommer med vår anbefaling til løsning.

Valg av metode for innsamling av data har vært bestemt av de ulike problemstillingenes karakter og utforming. Noen av problemstillingene er svart ut kun ved bruk av skriftlig dokumentasjon. Men langt de fleste er besvart ved bruk av en kombinasjon av dokumentanalyse, intervjuer og skriftlige tilbakemeldinger.

² Inger B. Scheel, Stine Hellum Braathen og Jan-W Lippestad (2006) Evaluering av Stiftelsen Amatheia - en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide. SINTEF rapport A255

5.4 Metoder for innsamling av data

5.4.1 Dokumentanalyse

Med dokumentanalyse forstås her å skaffe til veie data gjennom analyse av foreliggende kildemateriale, hvor en kilde er et dokument som er forfattet med en bestemt hensikt og innenfor en gitt kontekst. Det betyr at kilden gjenspeiler ikke bare den forståelse og kunnskap som var rådende i opphavssituasjonen, men også den hensikt kilden var ment å tjene. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming når det gjelder metodevalg i dokumentanalysen og intervjuene, der det dreier seg om å få en dypere forståelse av innhold og intensjoner, nærmere bestemt en innsikt i hvilke sammenhenger som finnes mellom intensjoner og praksiser³.

Primærkildene våre har vært offentlige dokumenter. Årsrapportene for Stiftelsen Amatheia for perioden 2007 – 2019 inngår i dokumentanalysen. Fram til 2018 var det Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som forvaltet tilskuddsordningen og hvor det var teksten i statsbudsjettet *Tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia* (Kap. 762 post.74) og tilsagnsbrevene fra HOD som ga føringene for virksomheten. Dokumentanalysen i denne delen av evalueringen har vært konsentrert om føringer gitt i statsbudsjettet, behandling i stortingets helse- og omsorgskomite og i tilsagnsbrev fra HOD.

Gjeldende regelverk for tilskuddsordning ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2018, i forbindelse med at Helsedirektoratet overtok oppgaven med å forvalte tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Regelverket er gjeldende ut 2020, og inngår i dokumentanalysen for perioden 2018-2020. I henhold til dagens "Regelverk for tilskuddsordning" er det Helsedirektoratet som fremmer innstilling om avgjørelse/vedtak, godkjenner innstilling, fatter vedtak og formulerer og oversender utfallet av søknadsbehandlingen i form av vedtaksbrev. Vedtaksbrev, rapportering og annen korrespondanse mellom Helsedirektoratet og Amatheia inngår i vår dokumentanalyse.

HOD og Helsedirektoratet har vært behjelpelig med å fremskaffe relevante dokumenter for evalueringsperioden.

5.4.2 Kvalitative intervjuer og valg av informanter

Evalueringens intervjudata har omfattet innsamling av aktuelle aktørers erfaringer og refleksjoner. Kvalitative intervju er egnet til å få kunnskap om nettopp deres erfaringer og den mening og de refleksjoner de knytter til disse⁴. Intervjuene ble gjennomført semistrukturert og fulgte en intervjuguide. Guidene ble brukt fleksibelt ved at det ble gitt rom for å ta opp andre tema enn de i guiden, og vi la til rette for at ulike tema kunne utdypes i ulikt i de forskjellige intervjuene⁵. Det ble også gjort en løpende vurdering av om noen intervjuer burde organiseres som gruppeintervju. Gruppeintervjuer er velegnet for å stimulere erfaringsutveksling og diskusjon, noe som kan få fram andre perspektiver enn i individuelle intervjuer⁶. Antall intervjuer ble justert underveis, avhengig av hvor mye ny informasjon som kom fram, det såkalte metningspunktet⁷. Alle intervjuene, bortsett fra ett, ble av hensyn til pandemien, gjennomført på Teams.

³ Thagaard, Tove. 2004. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 2.opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

⁴ Malterud K. (2003) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

⁵ Kvale, S., Brinkman, S., Anderssen, T.M. mfl. (2015). Det kvalitative forskningsintervju: learning the craft of qualitative research interviewing. Gyldendal Akademisk.

⁶ Malterud, K. (2012). Fokusgruppe som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget.

⁷ Tjora A. (2010) "Kvalitative forskningsmetoder i praksis". Oslo: Gyldendal Akademisk

Intervjuutskriftene utgjør våre kvalitative data. Dataanalysen har vært en systematisk analyse av tekst, en trinnvis deduktiv induktiv analysemetode, som beskrevet av Tjora (2010). Prosessen ble gjennomført ved at forskerne først leste gjennom hele datamaterialet for å danne seg et helhetsinntrykk. Deretter ble materialet gjennomgått på nytt og meningsfulle utsagn ble identifisert og kodet. I neste trinn ble koder, som ble vurdert som relevante for problemstillingen, sortert og kategorisert. Disse kategoriene dannet utgangspunkt for det som ble hovedtema i analysen. Databearbeiding og analyse har foregått som en pendling fram og tilbake mellom de ulike trinnene.

Vi har nedenfor redegjort for valg av informanter til evalueringsoppdraget. Når det gjelder eksterne, relevante interessenter, fikk vi, ut over de interessentene vi skisserte i vårt prosjektforslag, innspill fra Oppdragsgiver og Stiftelsen Amatheia.

- I evalueringen har vi intervjuet Stiftelsens direktør i 2006, og i de påfølgende årene etter at SINTEF la fram sin evaluering. Hensikten har vært, ut over det som står i Stiftelsens årsrapporter, å gi et utfyllende bilde av hvordan og i hvilken grad Stiftelsen Amatheia fulgte opp resultatene av evalueringen fra 2006.
- Vi har intervjuet dagens direktør og styreleder, samt gjennomført ett intervju med hvert av Stiftelsen 13 lokalkontor. Hensikten med intervjuene var å få et bilde av hvordan ansatte og ledere i Stiftelsen beskrev og vurderte sitt eget arbeid når det gjelder veiledning av gravide og par i valgsituasjoner, prevensjonsveiledning, bidrag til å sikre kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper, bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, og bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten.
- Når det gjelder eksterne informanter, sendte vi en forespørsel om deltakelse i evalueringen til en rekke aktører. Følgende aktører har gitt innspill til evalueringen (gjennom intervju eller skriftlig): Landsgruppen for helsesykepleiere i NSF, Jordmorforbundet, Helsestasjon for ungdom (et tilfeldig og landsdekkende utvalg på 16 HFUer ble tilskrevet, fem responderte), Unge funksjonshemmede, Mirasenteret (en ikke-statlig organisasjon for innvandrer- og flyktningkvinner), Primærmedisinsk verksted (et flerkulturelt senter for helse, dialog og utvikling – drevet av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo), Sex og samfunn (senter for seksuell og reproduktiv helse for unge voksne), Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI), Skeiv verden, sykehus v/gynekologisk poliklinikk (et tilfeldig og landsdekkende utvalg på seks sykehus ble tilskrevet, tre responderte), de fire regionale helseforetakene (tre responderte) og DIXI Ressurssenter (et lavterskeltilbud for dem som er utsatt for seksuelle overgrep). I tillegg ba vi lokalkontorene i Amatheia om kontakter i samarbeidende kommuner og fylkeskommuner. Vi fikk skriftlige tilbakemeldinger fra fem kommuner/fylkeskommuner. Hensikten med denne delen av datainnsamlingen var å innhente eksterne aktørers samarbeid med Amatheia og deres erfaringer med og vurderinger av Amatheia som bidragsyter innenfor de temaene som er nevnt i forrige bombepunkt.

Problemstillinger vi ønsket tilbakemeldinger på, ble tilsendt informantene i forkant. Vi overlot til informantene selv å velge om de ville stille til intervju, eller gi skriftlige tilbakemeldinger. Hensikten med å gi informantene denne friheten var å redusere belastning for dem så mye som mulig i en situasjon preget av corona-pandemien.

5.4.3 Økonomisk analyse

I evalueringen skulle spørsmålet om hva som er kost-nytte-effekten av tilskuddet besvares. I vårt tilbud viste vi til at en evaluering av kost-nytte effekten av tilskuddet går forbi spørsmålet om hvorvidt tilskuddet har ønsket effekt. I stedet er spørsmålet om ressursbruken er hensiktsmessig sett i lys av oppnådde resultater, eller om andre tiltak ville vært å foretrekke. Dette kan i prinsippet gjøres på tre ulike måter, som skiller seg i hvordan nyttesiden vurderes, mens kostnadene alltid regnes i kroner (rundskriv R109/2014 fra Finansdepartementet):

1. Man kan undersøke om oppnådde effekter kan nås på en måte som krever mindre ressurser (analyse av kostnadseffektivitet)
2. Man kan sammenligne ulike tiltak som oppnår forskjellige effekter (kostnad-virkningsanalyse)
3. Man kan regne nyttevirkningene om til kroner, så lenge det er faglig og etisk forsvarlig (nytte-kostnadsanalyse).

Sistnevnte (3) forutsetter at man har en klar formening om betalingsviljen for resultatene, noe som vil være utfordrende i dette tilfellet. Selv i tilfeller der effektene lar seg måle kvantitativt, vil verdsettingen fort bli usikker. Norge mangler et etablert marked for seksualundervisning siden dette i stor grad dekkes av skoler og ideelle organisasjoner. Og selv om man kjenner kostnaden for å utføre en abort, så sier det lite om betalingsviljen for å unngå et uønsket svangerskap, fordi en slik hendelse er forbundet med store private og sosiale konsekvenser i tillegg. Videre er det usannsynlig at andre tiltak vil gi samme sett av nyttevirkinger som tilskuddet. Derfor utelukkes også den første tilnærmingen (1).

Vi foreslo derfor å gjøre en kostnad-virkningsanalyse (2), der vi ville beskrive sammenlignbare tiltak og anslå hvilke virkninger det vil kunne gi dersom finansieringen av tilskuddet ble brukt på disse alternativene. Alternativene er bli søkt identifisert i intervjuene med de interne og eksterne interessentene. I evalueringen har vi presentert og drøftet tre hovedmodeller og en hybrid, med beskrivelse av sannsynlige konsekvenser.

Videre skulle vi i evalueringen svare på spørsmålet og hvordan tilskuddet kan innrettes for enda større måloppnåelse (jf. målsetting og kriterier for måloppnåelse). I vårt løsningsforslag pekte vi på at det kan være ulike grunner til at tilskuddet ikke er optimalt innrettet med dagens ordning. Noen årsaker kan være utenfor Helse- og omsorgsdepartementets, Helsedirektoratets og Amatheas kontroll, men kan likevel påvirkes gjennom samarbeid med andre aktører. I andre tilfeller kan det skyldes forhold som er kjent i en del av organisasjonen, men som av en eller annen grunn ikke har blitt avdekket og fulgt opp. Dette kan handle om ressursknapphet, kunnskapsmangel, tilgjengelighet til informasjon, tidsfrister, insentiver, med mere. Vi forventet at intervjuene ville avdekke flere forslag til hva som burde bli gjort annerledes for å nå ut til enda flere i målgruppen og på en bedre måte.

6 Resultater av evalueringen

6.1 Dokumentanalyse og oppfølging av evalueringen fra 2006

6.1.1 Innledning

I henhold til evalueringsoppdraget er evalueringen inndelt i to tidsperioder:

- 2007-2018, med forvaltningsansvaret lagt til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
- 2018-2020, med forvaltningsansvaret lagt til Helsedirektoratet, i henhold til regelverk godkjent av HOD i november 2018.

Denne periodeinndelingen følger forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Etter en gjennomgang og vurdering av foreliggende dokumentasjon, har vi valgt å presentere dokumentene som et kontinuum for hele perioden 2007-2020, delt inn i undergrupper. Begrunnelsen for dette er at det i dokumentene refereres til hendelser og tiltak på tvers av de to tidsperiodene som er oppgitt ovenfor og at det er perioden 2007-2011 som er den mest relevante perioden for å besvare problemstillingen *Hvordan og i hvilken grad har Stiftelsen Amatheia fulgt opp resultatene av evalueringen fra 2006?* Det er i perioden 2007-2011 vi finner henvisning til 2006-evalueringen i de dokumentene som inngår i dokumentanalysen. Som en innledning til denne perioden, presenteres konklusjonene i evalueringen utført av SINTEF i 2006.

Den neste tidsperioden strekker seg fra 2012 til 2017, en periode hvor Helse- og omsorgsdepartementet hadde forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen, men hvor det ikke refereres til 2006-evalueringen i føringene gitt fra HOD.

Den neste tidsperioden strekker seg fra 2018 til 2020. I denne perioden har Helsedirektoratet hatt forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Regelverket for tilskuddsordningen ble godkjent av HOD først i november 2018, men allerede i januar 2018 var det korrespondanse mellom Helsedirektoratet og Amatheia, vedrørende tilskuddet for 2018⁸.

Som en avslutning for hver av tidsperiodene, drøfter vi de føringene som ble gitt, fra henholdsvis HOD (2007-2017) og Helsedirektoratet (2018-2020).

Avslutningsvis i resultatkapittelet, besvares de problemstillingene som inngår i evalueringsoppdraget og som bygger på og tar utgangspunkt i gjeldende regelverk for tilskuddsordningen (se punkt 5.3. *Problemstillinger som skal besvares*).

Når det gjelder dokumentanalysen, følger en mer omfattende og ukommentert presentasjon av søknader, omtale i statsbudsjetter, tilsagnsbrev og øvrig relevant korrespondanse i *Vedlegg 1*. Oversikten i vedlegget er komplett for hele perioden, så nær som søknadene fra Stiftelsen om statstilskudd i årene 2014 og 2016. Søknadene for disse to årene har, ifølge HOD, ikke latt seg fremskaffe.

⁸ I brev av 22.01.2018 fra Helsedirektoratet til Stiftelsen, ble det vist til Stortingets budsjettvedtak i Prop. 1 S (2017–2018) og søknaden om tilskudd datert 20. april 2017. Med brevet innvilget Helsedirektoratet forskudd på tilskudd 5 094 500 kroner "for å unngå driftsstans": "For å imøtekomme behovet for en rask delutbetaling, innvilges tilskuddet før vi har behandlet årets søknad og rapportering fra i fjor. Vi kan derfor ikke konkretisere mål, vilkår og krav til rapportering før i eventuelt endelig brev med innvilgelse av tilskudd".

6.1.2 Dokumentanalyse tidsperioden 2007-2011

6.1.2.1 Innledning

Denne evalueringsperioden har som utgangspunkt SINTEFs evaluering av Stiftelsen Amatheas⁹, som ble gjennomført i 2006 på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet. Vi presenterer innledningsvis hovedkonklusjonene i 2006-evalueringen. Vi tar så for oss sentrale dokumenter for de påfølgende årene (2007-2011) for å kunne svare på problemstillingen:

Hvordan og i hvilken grad har Stiftelsen Amatheas fulgt opp resultatene av evalueringen fra 2006?

Perioden 2007-2011 er valgt fordi gjennomgangen av relevante dokumenter viser at det var i denne perioden det ble gitt føringer og tatt grep for endring, med klar referanse til 2006-evalueringen.

6.1.2.2 Konklusjonene i evalueringen fra 2006

I evalueringen i 2006 ble det satt søkelys på hvilke målsetninger og verdier som dannet grunnlaget for Amatheas virksomhet, hvilke ressurser som gikk inn i den operative virksomheten (medarbeidere, formell og uformell kompetanse, hvilke modeller og metoder som var retningsgivende for kontaktene, hvordan aktivitetene i virksomheten ble gjennomført og om disse ble gjennomført i tråd med eventuelle retningsgivende modeller, hvilke målbare produkter ("outputs") som kunne dokumenteres for virksomheten over en bestemt tidsperiode (kontakter, foredrag, osv.), om brukerne vurderte Amatheas rådgivning som nyttig, og om Amatheas representerte et nyttig tilskudd til helsetjenesten for kvinner.

I SINTEFs konklusjoner ble det vist til at kvinner har krav på, og mange har behov for nøytral abortrådgivning eller veiledning ved et uønsket svangerskap for selv å kunne ta et valg på fritt grunnlag. Etter SINTEFs vurdering ga Amatheas et kvalitativt godt tilbud om slik rådgivning. Stiftelsen hadde store ressurser til rådighet i form av god økonomi (og dermed også god tid i kontaktene), og rådgivere med spesialkompetanse og solide modeller og metoder for veiledning. Etter SINTEFs vurdering arbeidet rådgiverne forskningsbasert så langt mulig. Det ble konkludert med at den betydelige veilederkompetansen som lå i Amatheas burde bevares, uansett utfall av beslutninger om videre drift.

I "Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008", het det at kvinner skulle ha tilbud om oppfølging og psykologisk støtte etter abort. SINTEF mente at Amatheas ga et slikt tilbud, samtidig som forskningsresultatene rundt depresjoner og angst etter abort sprikte, og nytten av å tilby spesialisert tilbud utenfor psykologtjenesten ikke kunne evalueres uten en kartlegging av det faktiske behovet.

SINTEF konkluderte videre med at Amatheas, på evalueringstidspunktet, ikke hadde ressurser til å gi et større bidrag for å redusere forekomsten av uønsket svangerskap eller abort på nasjonalt plan. Organisasjonen oppga i sin årsrapport forholdsvis lav aktivitet på primærforebygging. Spesialkompetansen SINTEF mente rådgiverne hadde, var innen individuell veiledning og veiledning til mindre grupper. SINTEF pekte på at kvinner nok kunne få hjelp til å avverge en uønsket abort, men dekningsgraden var for lav til at dette ville vises i nasjonal statistikk.

⁹ Inger B. Scheel, Stine Hellum Braathen og Jan-W Lippestad (2006) Evaluering av Stiftelsen Amatheas - en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide. SINTEF rapport A255

SINTEF konkluderte med at driften av Amatheas var *"svært kostbar i forhold til antall kontakter og i forhold til andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk nådde frem til"*. SINTEF pekte videre på at beslutninger om videre drift av Amatheas dels besto av politiske prioriteringer og dels av forvaltningsmessige. Ettersom størstedelen av Amatheas virksomhet dekket tjenester som er nedfelt i lovverket, burde et slikt tilbud være tilgjengelig. Dersom beslutningstakerne vurderte konkurrerende alternative tilbydere for denne helsetjenesteytelsen, burde disse underlegges tilsvarende evaluering når det gjaldt tilgjengelighet og kvalitet. SINTEF mente videre at alternativkostnader ved eventuell videre drift av Amatheas burde tas i betraktning. Innenfor et begrenset helsebudsjett var ikke bare kostnad av drift interessant, men også hvordan midlene ellers hadde vært disponert. Avslutningsvis konkluderte SINTEF med følgende:

Selv om norsk helseprioritering gjerne baseres på prinsippet best mulig helse for flest mulig, gjøres unntak når samfunnet vurderer det slik at gevinsten av en kostbar tjeneste for en begrenset og/eller sårbar gruppe er svært høy. Dette forutsetter at alle som defineres inn i denne gruppen skal ha tilgang på tilbudet. SINTEF konkluderte med at om gevinsten av Amatheas virksomhet var høy nok til å forsvare kostnadene, var en politisk verdivurdering, der evalueringen var ment som et bidrag til beslutningsgrunnlaget.

6.1.2.3 Oppfølgingen av evalueringen fra 2006

Vi har under dette punktet sett nærmere på oppfølgingen av evalueringen fra 2006, og hvilke øvrige føringer som Helse- og omsorgsdepartementet la for driften av Amatheas som en oppfølging av evalueringen. Aktiviteter og føringer med henvisning til evalueringen i 2006, var tydelige i perioden 2007-2011. For perioden 2012 – 2018, ble det fra HOD lagt visse føringer for videre drift av Amatheas, uten referanse til 2006-evalueringen.

I **Stiftelsens årsrapport for 2007**, ble det vist til at SINTEF i 2006 hadde *"evaluerte Stiftelsen Amatheas virksomhet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Evalueringen ble sammenfattet i rapporten "Evaluering av Stiftelsen Amatheas – en rådgivningstjeneste for gravide"*. Videre het det: *"Resultatene fra brukerundersøkelsen og evalueringen har vært viktige retningsgivere for utviklingsprosessen som fortsatte i 2007"*.

I gjennomgangen av årsrapporten er det ingen av de aktivitetene som er beskrevet, som eksplisitt knyttes direkte til resultatene og oppfølgingen av evalueringen. Aktivitetene synes mer å være en videreføring av en utvikling som startet før evalueringen (se punkt 6.2.1 ovenfor).

I årsrapporten het det bl.a. at Stiftelsen Amatheas i 2007 hadde økt satsningen på primærforebyggende arbeid. Økt satsing på primærforebyggende arbeid var ikke en del konklusjonene i evalueringsrapporten, men SINTEF pekte i rapporten på følgende:

"primærforebyggende virksomhet i et folkehelseperspektiv (som vi finner relevant for en virksomhet som finansieres over statsbudsjettet) er rettet mot å dekke store befolkningsgrupper for å fange opp en liten risikogruppe. Amatheas innsats kan være verdifull, kanskje særlig i kraft av spesialkompetansen som ligger i organisasjonen, men Stiftelsen er en liten aktør i denne sammenhengen og med 420 timers undervisning er det ikke mulig å dekke en så stor andel av risikobefolkningen at forebyggingsarbeidet, isolert sett, kan ha større effekt i forhold til de generelle, nasjonale mål".

I årsrapporten ble det vist til at i *"sammenheng med den økende globaliseringen, har Stiftelsen Amatheas også i 2007 vært opptatt av å øke satsningen på minoritetshelse"*. Temaet minoritetshelse ble omtalt i

evalueringsrapporten, men ikke som en del av konklusjoner og anbefalinger om videre satsing. I evalueringsrapporten viste vi til at Amatheia var i en prosess for å ivareta brukergruppen med minoritetsbakgrunn, i form av kurs, opplæring og samarbeid både sentralt og lokalt når det gjaldt å kunne møte kvinner med annen etnisk opprinnelse på best mulig måte. Amatheia hadde ansatt en person "sentralt i organisasjonen som er fremmedkulturell, og som spesielt jobber overfor denne gruppen." Vedkommende hadde vært ansatt siden 2005, med andre ord før evalueringen. I evalueringsrapporten skrev vi videre at det er sannsynlig at man ved målrettede strategier kan oppnå god gevinst ved primærforebygging av uønsket svangerskap blant unge kvinner og menn av minoritetsetnisk bakgrunn, og at "Amatheia er opptatt av å utvikle et godt tjenestetilbud også til denne gruppen".

Ser man på Stiftelsens søknad om statstilskudd for budsjettåret 2007 (datert 24.04.2006), ble evalueringen ikke nevnt eksplisitt, noe som en ikke kunne forvente i og med at en da var midt i evalueringsarbeidet. Ser en imidlertid på tilsagnsbrevet fra HOD stilet til Stiftelsen 12.02.2007, het det at det "ble gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 16 058 000,- til Stiftelsen Amatheia over kapittel 719 post 72 for 2007, jf St.prp. nr. 1 (2006-2007) for budsjettåret 2007 og Budsjett-innst. S. nr. 11". Og videre: "Tilskuddet er gitt ut fra søknadens budsjett og beskrivelse, evalueringsrapporten fra Sintef Helse, og skal dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv". I tilsagnsbrevet ble Amatheia oppfordret "til fortsatt å utvide (for eksempel åpningstid, internettløsninger) og effektivisere sin virksomhet slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen. Jf. Sintef rapport A255 Evaluering av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide".

Føringer ut over denne oppfordringen, ble ikke gitt i tilsagnsbrevet. Ei heller sto det noe mer spesifikt om hva i SINTEFs evaluering som skulle følges opp. Stiftelsen skulle fortsatt utvide og effektivisere for å nå flest mulig. Temaer som utvidet åpningstid, internettløsning og effektivisering av virksomheten ble ikke omtalt i 2006-rapporten.

I Stiftelsens årsrapport for 2008, het det følgende: *Resultatene fra brukerundersøkelsen og evalueringen har vært viktige retningsgivere for organisasjonsutviklingsprosessen som fortsatte i 2008*". Den utviklingsprosessen som det vises til i 2007 og organisasjonsutviklingsprosessen det vises til i 2008, hadde ifølge intervjuer og årsrapportene, sin bakgrunn i at Stiftelsens styre i 2004 hadde vedtatt "å foreta en organisasjonsgjennomgang med sikte på å styrke kvaliteten på tjenesten, finne fram til en rasjonell styringsform og gjøre den mer tilgjengelig for brukeren. Nye vedtekter for Stiftelsen ble utarbeidet, og disse trådte i kraft 15. mars 2006 etter godkjenning av Lotteri- og stiftelsestilsynet". Med andre ord en prosess som var vedtatt igangsatt før evalueringen i 2006. I årsrapporten for 2008 gikk det også fram at satsingen fra 2007, på primærforebyggende arbeid og minoritetshelse, var blitt videreført.

Videre het det i årsrapporten at 2008 hadde vært et krevende år: "Ved inngangen til 2008 viste årsregnskapet til Stiftelsen et betydelig underskudd og egenkapitalen var svekket¹⁰. Styret hadde utarbeidet planer og det ble gjennomført tiltak for å sikre videre drift. Tiltakene resulterte i en større bemanningsreduksjon tidlig i 2008, men med målsetting å opprettholde drift av alle lokalkontorene". Bemanningsreduksjonen kom med andre ord som et resultat av et betydelig underskudd i 2007, og ikke som følge av at SINTEF i sin rapport hadde konkludert med at "driften av Amatheia er svært kostbar i forhold til antall kontakter og i forhold til andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk når frem til".

I statsbudsjettet for 2008, ble det fra departementet pekt på at Amatheia burde "stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om

¹⁰ Ifølge revisorattestert regnskap hadde Stiftelsen et underskudd i 2007 på kr. 4 022 754,-

helsehjelp til berørte grupper i forbindelse med svangerskap og fødsler". Videre ble det vist til "at som en oppfølging av Sintef Helses evaluering av organisasjonen i 2006, hadde Stiftelsen gjennomført tiltak for å unngå dobbeltkommunikasjon, sikre faglig forsvarlighet, øke satsingen på primærforebyggende arbeid og på minoritetshelse".

Primærforebyggende arbeid og minoritetshelse er omtalt ovenfor. Når det gjelder kjønnslemlestelse, ble dette omtalt allerede i Stiftelsens årsrapport for 2007, hvor det het: "På bakgrunn av handlingsplanen for kvinners rettigheter og likestilling i utviklingssamarbeidet (2007-2009) samt handlingsplanen mot kvinnelig kjønnslemlestelse fra 2003, ga styret for Stiftelsen i mars sin tilslutning til at det skulle arbeides spesifikt slik at Stiftelsen i større grad kunne nå flere kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, samt i større grad kunne bidra i det forebyggende arbeidet". I årsrapporten for 2008, het det blant annet følgende: "Vi fikk tildelt prosjektmidler fra Barne- og likestillingsdepartementet for å øke fokus på kvinnehelse i et minoritetsperspektiv med fokus å søke å forebygge kjønnslemlestelse". Kjønnslemlestelse var ikke et tema i evalueringen i 2006. Satsingen var med andre ord en oppfølging av den aktuelle handlingsplanen, og ikke evalueringen. Informasjon om helsehjelp til berørte grupper i forbindelse med svangerskap og fødsler, hadde vært en viktig del av aktiviteten i Stiftelsen i flere år.

Når det gjelder tiltak for å unngå dobbeltkommunikasjon, ble det i evalueringsrapporten pekt på "som noe uheldig at Amatheia gjennom lokalkontorene på den ene siden forsikrer om en nøytral abortrådgivning til gravide, samtidig som målformuleringen som presenteres for publikum er å bidra til samfunnets arbeid for å redusere abortraten". I evalueringsrapporten kom det fram at en ville ta tak i dette både i form av en diskusjon om nytt verdidokument og nødvendige endringer i organisasjonsmodellen. Videre, å skape en tydelighet om at Amatheia er en helsetjeneste, at virksomheten sorterer under helselovgivningen og å få til en bevissthet omkring dette, både internt og overfor aktører i omgivelsene.

Når det gjelder tiltak for å sikre faglig forsvarlighet, er dette i liten grad eksplisitt uttrykt i evalueringsrapporten. I rapporten ble det, som vist til ovenfor, konkludert med at de ansatte hadde betydelig veilederkompetanse og arbeidet forskningsbasert så langt dette var mulig. Samtidig viste rapporten til at Stiftelsen så det som viktig å sikre faglig forsvarlighet i alle lokalkontorene.

I tilsagnsbrevet (datert 03.01.2008) fra HOD til Stiftelsen ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 16 748 000 til Stiftelsen Amatheia over kapittel 719 post 72 for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008 og Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008). Tilskuddet var gitt ut fra søknadens budsjett og beskrivelse, evalueringsrapporten fra Sintef Helse, og skal dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv. I tilsagnsbrevet ble Amatheia oppfordret "til fortsatt å effektivisere sin virksomhet slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen, jf. Sintef's rapport A255 Evaluering av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide". Med andre ord en tilnærmet identisk formulering som i tilsagnsbrevet til 2007-søknaden.

Et tillegg til tilskuddet for 2008, meddelte HOD i brev av 18.12.2008 "Statsbudsjettet 2008: tillegg til tilskudd til Stiftelsen Amatheia over kap. 719, post 72" at det ble gitt tilsagn til et ytterligere tilskudd på 2,3 mill. kroner over kap. 719, post 72 for 2008, jf. St.prp. nr. 13 (2008-2009). Tilskuddet skulle kompensere for bortfall av momskompensasjon som medførte en mindreinntekt for Stiftelsen på 1,53 mill. kroner i 2008. I tillegg skulle tilskuddet kompensere for økte utgifter på 0,8 mill. kroner bl.a. knyttet til oppgradering av IKT-systemer. HOD understreket at dette var et ekstraordinært tilskudd for budsjettåret 2008.

Videre het det i tilsagnsbrevet: *"Amathea må gjennomgå organisasjonens virksomhet, og fra budsjettåret 2009 tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med redusert tilskudd fra staten, jf. St. prp. nr. 1 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet. I denne sammenhengen bør Amathea vurdere hvordan et landsdekkende rådgivningstilbud kan opprettholdes gjennom å satse på alternative løsninger"*.

Når det gjelder tilsagnsbrevets formulering *"I denne sammenhengen bør Amathea vurdere hvordan et landsdekkende rådgivningstilbud kan opprettholdes gjennom å satse på alternative løsninger"*, mener vi det er grunn til å peke på at Amathea allerede i 2006, uavhengig av evalueringen, hadde implementert et elektronisk pasientadministrativt system som også ivaretok felles avtalebok og statistikk. Alle regnskaps- og økonomifunksjoner var blitt samlet sentralt, lokalkontorene var blitt organisert i regionale veilederteam, og det var blitt innført et felles telefon- og datasystem.

Ser en på årene etter 2008, kan man finne "spor" av evalueringen i **statsbudsjettet for 2009**, hvor det het: *"Ifølge en evaluering utført av Sintef Helse i 2006 er driften av Amathea svært kostbar sett i forhold til antall kontakter og andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk når fram til. Amathea har etter evalueringen redusert antall ansatte"*. Departementet mente at driften burde effektiviseres, og bevilgningen ble foreslått satt ned 2,5 mill. kroner.

Når det gjelder formuleringen *"Amathea har etter evalueringen redusert antall ansatte"*, så er det riktig at Amathea hadde gjennomført en bemanningsreduksjon. Det er imidlertid usikkert om denne reduksjonen kan relateres til 2006-evalueringen. Følgende formulering i Stiftelsens søknad om statstilskudd for 2010, tyder på noe annet:

Ved inngangen til 2008 viste årsregnskapet til Stiftelsen et betydelig underskudd bl.a. som følge av økte pensjonskostnader og det ble gjennomført tiltak i form av en større bemanningsreduksjon tidlig i 2008.

Når det gjelder henvisningen til at SINTEF i sin evalueringsrapport hadde konkludert med at *"driften av Amathea er svært kostbar sett i forhold til antall kontakter og andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk når fram til"*, så er dette riktig. Men samtidig hadde SINTEF i sin konklusjon også med følgende formulering, som vi mente måtte legges til grunn når det gjaldt kostnadene ved tilbudet:

Selv om norsk helseprioritering gjerne baseres på prinsippet best mulig helse for flest mulig, gjøres unntak når samfunnet vurderer det slik at gevinsten av en kostbar tjeneste for en begrenset og/eller sårbar gruppe er svært høy. Dette forutsetter at alle som defineres inn i denne gruppen skal ha tilgang på tilbudet. SINTEF konkluderte med at om gevinsten av Amatheas virksomhet var høy nok til å forsvare kostnadene, var en politisk verdivurdering, der evalueringen var ment som et bidrag til beslutningsgrunnlaget.

Denne utdypingen av kostnadsvurderingen var verken med i statsbudsjettet eller i tilsagnsbrevet for 2009. I tilsagnsbrevet for 2009, viste departementet til brev av 18.12.2008, hvor de hadde påpekt at Amathea måtte gjennomgå organisasjonens virksomhet, og *"fra og med budsjettåret 2009 tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med redusert tilskudd fra staten. I denne sammenhengen bør Amathea vurdere hvordan et landsdekkende rådgivningstilbud kan opprettholdes gjennom å satse på alternative løsninger"*.

Når det gjelder **statsbudsjettene for 2010 og 2011**, hadde tilsagnsbrevene for begge årene følgende, likelydende formulering: *"Amathea oppfordres til fortsatt å effektivisere sin virksomhet, slik at tilbudene blir*

mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen, jf. Sintefs rapport A255 *Evalueringen av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide*". Med andre ord en oppfølging av oppfordringen i 2007 og 2008. Det er her grunn til å presisere at SINTEF i sin rapport fra 2006 pekt på at det burde være et mål at tilbudet ble gjort mest mulig tilgjengelig og nådde ut til flest mulig i målgruppen, men omtalt ikke eksplisitt et behov for effektivisering av virksomheten.

Når det gjelder oppfordringen om "*fortsatt å effektivisere sin virksomhet*", ble det i Stiftelsens søknad om statstilskudd for 2010, vist til at det i 2009 var blitt tatt ytterligere grep for å tilpasse driften:

Som følge av budsjettreduksjoner i 2009, hadde det vært nødvendig å foreta ytterligere reduksjoner i driften for å sikre forsvarlig drift og økonomiforvaltning. Det var som en følge av dette vedtatt å stenge kontorene i Sogn- og Fjordane, Haugesund, Aust-Agder, Oppland og Finnmark. De ansatte dette berørte har fått tilbud om omplassering, men hadde ikke ønsket dette og var derfor sagt opp. Vedtaket om stenging av disse kontorene var basert på antall kvinner i reproduktiv alder i fylket, antall svangerskapsavbrudd i fylket, geografiske forhold og antall Amatheia - kontakter. Vedtaket var også basert på at enmannskontorene ble vurdert å være for små enheter for å kunne ivareta faglig kvalitet i tilbudet.

Dette var med andre ord grep som var blitt tatt for å tilpasse driften "*til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med redusert tilskudd fra staten*".

6.1.2.4 Drøfting

Selv om det i problemstillingen heter at det skal settes søkelys på hvordan og i hvilken grad *Stiftelsen Amatheia* har fulgt opp resultatene av evalueringen fra 2006, mener vi det er relevant å inkludere *departementets* oppfølging av evalueringen (departementet var Oppdragsgiver for evalueringen). Videre har HOD bistått med dokumenter som viser oppfølging fra Stortingets helse- og omsorgskomite. En del av de grepene som ble tatt etter 2006, var initiert fra Amatheia. Andre grep og tiltak fulgte av føringer fra HOD gjennom statsbudsjettene og tilsagnsbrevene. Disse to perspektivene eller innfallsvinklene henger, etter vår vurdering, derfor naturlig sammen.

Et annet perspektiv som det er viktig å presisere, er de endringsprosessene som Amatheia hadde igangsatt før evalueringen i 2006, og som ble videreført de påfølgende år. Dette er med andre ord endringer som ikke var en oppfølging av evalueringen. Eksempler på disse grepene og tiltakene er illustrert i rammen nedenfor (hentet fra Amatheias søknad om statstilskudd for 2007 og 2008):

Ny stiftelseslov som trådte i kraft 01.01.2005 krevde en ny styringsordning for Stiftelsen. Stiftelsens styre vedtok høst 2004 å foreta en organisasjonsgjennomgang med sikte på å styrke kvaliteten på tjenesten, gjøre den mer kostnadseffektiv og finne fram til en rasjonell organisasjonsmodell. Arbeidet med ny organisasjons- og styringsmodell startet opp i januar 2005 og ble vedtatt i Stiftelsens styrende organer høsten 2005. I organisasjonsprosjektet hadde det vært viktig å identifisere den juridiske forankringen av Stiftelsens tjenestetilbud. Det ble lagt til grunn at den delen av virksomheten som besto av veiledning overfor abortsøkende kvinner og kvinner som hadde gjennomført abort, ble regulert av helsetjenestelovgivningen. Det var blitt gjennomført en skoloring av de ansatte i helsetjenestelovgivningen med de lover og forskrifter som regulerte virksomheten.

Stiftelsen hadde i 2006 implementert et elektronisk pasientadministrativt system i samarbeide med datafirmaet Visma, som også ivaretok felles avtalebok og statistikk. Alle regnskaps- og økonomifunksjoner var blitt samlet sentralt. For å videreutvikle god praksis og sikre faglig forsvarlig virksomhet, hadde Stiftelsen organisert lokalkontorene i regionale veilederteam innenfor samme regioner som de regionale helseforetakene. Hensikten med teamene var at enmannskontorene ble faglig knyttet sammen med større fagmiljøer. Den enkelte medarbeider ville dermed ha et nettverk å samhandle med i det daglige arbeidet i sitt fylke. Videre ble det vist til at IKT-implementering og opplæring av de ansatte i bruk av nytt telefoni- og datasystem ble ferdig medio mai 2006.

Dette var med andre ord relativt omfattende organisatoriske grep initiert av Stiftelsen selv, grep som i utgangspunktet ikke kan sies å være en oppfølging av SINTEFs evaluering. De endringene som er illustrert i rammen ovenfor ble imidlertid også påpekt som nødvendige i evalueringsrapporten (tydeligere forankring i helselovgivningen, styrking av fag og effektivisering). Men altså – dette var en prosess som ikke kan tilskrives evalueringsrapporten.

Presentasjonen ovenfor har illustrert at de endringene som ble iverksatt i Stiftelsen i perioden 2006 – 2011, dels kan forklares med grep som Stiftelsen selv tok før evalueringen i 2006, dels grep som kan relateres til resultater av 2006-evalueringen, og dels av grep som ble tatt for å tilpasse driften "til en ny økonomisk situasjon" – en situasjon som ikke kan relateres til oppfølging av 200-evalueringen (bortfall av momskompensasjonen).

Spørsmålet er om det er anbefalinger i 2006-evalueringen om ikke ble fulgt opp, hverken av HOD eller Amatheia. Som vist til ovenfor og i statsbudsjettet for 2008, hadde Amatheia selv gjennomført tiltak for å unngå dobbeltkommunikasjon, sikre faglig forsvarlighet, øke satsingen på primærforebyggende arbeid og på minoritetshelse. Videre hadde HOD, både i statsbudsjettet for 2007 og 2008, pekt på at Amatheia måtte fortsette å "utvide (for eksempel åpningstid, internettløsninger) og effektivisere sin virksomhet slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen". Stiftelsen hadde allerede i 2006 implementert et elektronisk pasientadministrativt system, samt felles system for telefoni og felles avtalebok. Rent generelt inneholdt 2006-evalueringen få konkrete anbefalinger om endringer, ut over det som omtalt ovenfor.

På ett område anbefalte SINTEF en nærmere utredning, og det gjaldt behovet for etter-abort-samtaler. I 2006 viste vi til at oppfølging av kvinner som har tatt abort, bare gjaldt 3 prosent av kontaktene i Amatheia. Ut fra kravet om tilgjengelig støtte i etterkant av en abort, konkluderte vi med at enten var dette tilbudet ikke godt nok utbygget hos Amatheia, "eller at behovet for psykisk støtte i etterkant av en gjennomført abort er mindre enn antatt". Statistikken for 2019 viser at 4 prosent av kontaktene gjaldt "etter-abort-samtale", med andre ord tilnærmet det samme som i 2006. Behovet etter en abort, er omtalt i *Snakk om det*:

Kvinner reagerer ulikt på det å gjennomgå et planlagt svangerskapsavbrudd. Kunnskapsoppsummeringer nasjonalt og internasjonalt viser at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd foretatt i første tredjedel av svangerskapet. Men i tilfeller hvor det foreligger

psykiske plager eller andre sårbarhetsfaktorer før svangerskapet ser man at et uønsket svangerskap kan forsterke disse. Det er derfor viktig at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter et svangerskapsavbrudd, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys etter-samtaler, dersom kvinnen ønsker dette.

Hovedkonklusjonen i 2006-rapporten var at Amatheas tilbud var et godt tilbud for de kvinnene og parene som oppsøker dem, både når det gjaldt rett til informasjon og veiledning, og krav på veiledning for å kunne ta et selvstendig valg, i tråd med abortloven. Videre pekte vi på at Amatheas innsats kan være verdifull, kanskje særlig i kraft av spesialkompetansen som ligger i organisasjonen, men Stiftelsen er en liten aktør i denne sammenhengen. Med et begrenset antall kontakter, undervisningstimer o.a., "var det ikke mulig å dekke en så stor andel av risikobefolkningen at forebyggingsarbeidet, isolert sett, kunne ha større effekt i forhold til de generelle, nasjonale mål".

Under punktet i evalueringsrapporten om Amatheas tilbud, som et supplement til den offentlige helsetjenesten, viste vi til at:

for unge kvinner mellom 20 og 24 var lavterskeltilbud om abortrådgivning magert, bortsett fra Amatheas tilbud, KSO¹¹ (i Oslo) og eventuelle liknende tilbud i større byer. Dette er den gruppen som har flest aborter både sett i forhold til antall kvinner i gruppen og i forhold til fødselstallet. Unge kvinner i denne aldersgruppen er Amatheas største brukergruppe. Ved vurdering av videre drift av Amatheas tilbud må hensynet til denne gruppens behov særlig ivaretas.

Statistikken referert til tidligere, viser at alderssammensetningen har endret seg relativt mye siden rapporten ble skrevet i 2006. Tall for perioden 2009-2019 viser at andelen i aldersgruppen 21-25 år er tilnærmet halvert i perioden (fra 30 til 16 prosent). Samtidig ser vi at andelen i aldersgruppen 31+ har økt fra 16 prosent i 2012 til 29 prosent i 2019. Noe av forklaringen på denne utviklingen, omtales i *Snakk om det*. Her heter det blant annet at

regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, sammen med utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre, sikret at helsepersonell er lettere tilgjengelig for ungdom.

Videre heter det:

Flere byer og kommuner har opprettet ungdomshelsestasjoner for å ivareta ungdoms helse spesielt. Studenthelsetjenesten i studentbyene er et viktig supplement for ungdom og unge voksne som bor langt hjemmefra, og ikke har nær kontakt med sin fastlege.

Med andre ord, et utvidet lavterskeltilbud for unge, den aldersgruppen som SINTEF mente man ved vurdering av videre drift av Amatheas tilbud, måtte ta særlig hensyn til. Tilbudet til denne aldersgruppen hadde blitt utbygget etter 2006, og en større del av de unge, som tidligere tok kontakt med Amatheas tilbud, benytter seg nå av offentlig helsevesen (som eksempelvis helsestasjon for ungdom).

¹¹ Nåværende Sex og samfunn

SINTEFs konklusjon:

De endringene som ble iverksatt i Stiftelsen i perioden, kan dels forklares med grep som Stiftelsen selv tok før evalueringen i 2006, dels grep som kan relateres til resultater av 2006-evalueringen, og dels av grep som ble tatt for å tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon. Tar man så med implementering av et elektronisk pasientadministrativt system, samt felles system for telefoni og felles avtalebok fra 2006, så er vår konklusjon at i det alt vesentlige, ble endringer iverksatt i perioden, uavhengig av evalueringen i 2006. Når det gjelder spørsmålet om oppfølgingen av evalueringen fra HOD, så er det lite å finne av dette i foreliggende dokumentasjon. Det alt vesentlige av endringer hadde Stiftelsen selv tatt tak i.

6.1.3 Dokumentanalyse tidsperioden 2012-2017

6.1.3.1 Sentrale dokumenter og føringer i perioden

Under dette punktet gis en kortfattet presentasjon av sentrale dokumenter for perioden fra og med 2012 og fram til Helsedirektoratet overtok forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. For mer utfyllende presentasjon av de aktuelle dokumentene, viser vi til Vedlegg 1 i rapporten.

For årene **2012, 2013 og 2014**, ble det fra HOD ikke gitt andre føringer i statsbudsjettet og tilsagnsbrevet, *ut over "at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv."*. Teksten i statsbudsjettene, som var en kortfattet virksomhetsbeskrivelse, var så å si identiske i de tre årene. Departementets forslag til tilskudd i statsbudsjettet, var også det som ble vedtatt og gitt tilsagn om.

Når det gjelder søknaden fra Stiftelsen om statstilskudd for **2015**, ble det, ut over aktivitetsbeskrivelse og satsningsområder beskrevet i tidligere søknader, vist til at det pågikk et arbeid med sikte på at Stiftelsen Amatheia skulle fusjonere Stiftelsen SUSS¹² virksomhet og drive denne videre. Styrene i begge Stiftelsene hadde stilt seg positive til dette. I søknaden het det at de to Stiftelsene hadde overlappende arbeidsområder og målgrupper. Formålet med en sammenslåing var todelt. De ansatte i Stiftelsene ville kunne dra nytte av hverandres faglige kompetanse og derigjennom øke kvaliteten på de samlede tjenestene. Det lå også til rette for å kunne kanalisere flere ressurser til primær oppgavene ved å utnytte felles administrative (ledelse, lønn, regnskap, revisjon) og tekniske (lokale, data- /telefon, journal) ressurser. En sammenslåing ville kunne være iverksatt fra 01.01.2015. Ut over tilskudd til egen drift, ble det fra Amatheia søkt om 4,4 mill. kr. i forbindelse med fusjonen med SUSS.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet 2015, kom det 2 mill. kroner ekstra til Stiftelsen etter forhandlinger mellom regjeringen Solberg, KRF og Venstre. Det ble gitt 2 mill. kroner i tilskudd til abortforebyggende tiltak. Det går ikke fram av dokumentene vi har fått fra HOD om bakgrunnen for ekstratilskuddet, og ei heller går det fram av Stiftelsens årsrapporter hvordan man fulgte opp dette.

I tilsagnsbrevet for 2015, ble det pekt på at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv. Videre var 150 000 kroner av bevilgningen øremerket oversettelse av kursmateriell til samisk, jf. Innst. 11 S (2014-2015) (se nærmere om dette under Drøfting nedenfor).

Arbeidet med å fusjonere med SUSS, ble ikke nevnt i forbindelse med stortingsbehandlingen, i statsbudsjettet eller i tilsagnsbrevet for 2015. SUSS omtales imidlertid i Stiftelsens søknad om tilskudd for 2017. I søknaden het det bl.a.:

¹² Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet

Når det gjelder fusjonen med SUSS-telefonen, tok denne "pause" i november 2014 på grunn av manglende signaler om grunnlag for videre økonomisk drift i 2015. Etter manglende bevilgninger ble tilbudet stoppet helt. Det ble fremmet en søknad til Helsedirektoratet for å kunne gjenåpne noe av tidligere SUSS-telefonen sitt tilbud i 2015. Søknaden ble avslått i brev fra Helsedirektoratet datert 28.04.2015.

Man legger ellers merke til at statsbudsjettene for **2016** og **2017** hadde med følgende formulering: "*Fra november 2014 ble Stiftelsen Amatheia fusjonert med Susstelefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet)*". Som det går fram ovenfor, hadde det ikke vært drift av SUSS siden 2015.

6.1.3.2 Drøfting

Som det går fram av presentasjonen ovenfor, var perioden 2012 – 2017 preget av liten grad av føringer fra HOD overfor Stiftelsen. Teksten i statsbudsjettene var så å si identiske, og føringene i tilsagnsbrevene var i all hovedsak begrenset til "*at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv.*". I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2015, kom det i forbindelse med stortingsbehandlingen, 2 mill. kroner ekstra til Stiftelsen etter forhandlinger mellom regjeringen Solberg, KRF og Venstre. Det ble gitt 2 mill. kroner i tilskudd til abortforebyggende tiltak. Det går ikke fram av foreliggende dokumentasjon hva som var bakgrunnen for dette ekstratilskuddet. En mulig forklaring kan være en kompensasjon for mindreinntekter etter bortfallet av momskompensasjonen fra 2008. I 2008 ble denne mindreinntekten kompensert, men det ble presisert at dette var et ekstraordinært tilskudd, og at Stiftelsen måtte tilpasse driften etter den nye økonomiske situasjonen. I de påfølgende årene var det en gjennomgående differanse mellom søknadsbeløp og tilsagnsbeløp på 1,5 – 2 millioner kr.

Folkehelsekonferansen "Ung framtidshelse i nord" 5.-7. november 2013 var starten for Stiftelsens arbeid med tilbud til den samiske befolkningen. Ved bruk av erfaringene både fra arbeidet i de nordligste fylkene og fra minoritetsgrupper, var målet å bidra til at ungdom og unge voksne i de samiske miljøene bedre skulle kunne ivareta sin seksuelle helse. Etter konferansen «Ung framtidshelse i nord» ble det besluttet å oversette Amatheias materiell til samisk. I tilsagnsbrevet for 2015 het det at 150 000 kroner av bevilgningen var øremerket oversettelse av kursmateriell til samisk, jf. Innst. 11 S (2014-2015).

SINTEFs konklusjon:

Perioden 2012 – 2017 var preget av liten grad av føringer fra HOD overfor Stiftelsen. Teksten i statsbudsjettene var så å si identiske, og føringene i tilsagnsbrevene var i all hovedsak begrenset til "*at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv.*". Ekstratilskuddet vedtatt av Stortinget i 2015, antar vi kan knyttes til mindreinntektene for Stiftelsen ved bortfall av momskompensasjonen.

6.1.4 Dokumentanalyse tidsperioden 2018-2020

6.1.4.1 Sentrale dokumenter og føringer i perioden

Vi har nedenfor foretatt en dokumentanalyse for perioden 2018-2020. Analysen baserer seg på søknader fra Stiftelsen om statstilskudd, omtale i statsbudsjettene, tilsagnsbrev og øvrig korrespondanse mellom Stiftelsen og henholdsvis HOD og Helsedirektoratet. Problemstillingene som skal besvares i evalueringen, som bygger på regelverket for tilskuddsordningen gjeldende fra november 2018, presenteres under eget punkt nedenfor.

Forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia ble overdratt fra HOD til Helsedirektoratet fra og med 2018, mens regelverket for tilskuddsordningen forelå 1. november 2018. 2018 og 2019 ble en overgangsperiode på flere måter. Selv om regelverket ble godkjent i november 2018, var statstilskuddet for 2018 søkt om allerede i april 2017, og ferdigbehandlet i stortinget høsten 2017. Søknaden fra Amatheia for 2018 var blitt sendt HOD, presentert i statsbudsjettet for 2018 av HOD og tilsagnsbrevet ble gitt fra HOD primo januar 2018. Videre var det slik at søknaden fra Amatheia om statstilskudd for 2019, var blitt sendt HOD i april 2018. Dette betyr at regelverket for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia ikke var gjort gjeldende da søknaden ble sendt, og kunne derfor ikke legge føringer for søknadsarbeidet. Sentrale dokumenter og korrespondanse for perioden 2018-2020 er presentert i kortform nedenfor, og mer utfyllende i Vedlegg 1 til rapporten.

Vi har valgt å vise mer av sentrale dokumenter fra denne perioden enn i de foregående. Dette begrunnes dels med at HOD i perioden 2007-2017 ga få føringer for virksomheten ved Amatheia, og dels med at det i perioden 2018-2020 ble lagt grunnlaget for det som inngår i problemstillingene for denne evalueringen.

Søknaden for statstilskudd for **2018**, ga en kortfattet beskrivelse av de tjenestene Stiftelsen tilbyr: informasjon og veiledning ved valg knyttet til svangerskap og abort, samtale før og etter abort, samtale underveis i - og etter fullført svangerskap, fødselsforberedende kurs for enslige gravide, mor -/barn grupper, individuell rådgivning og helsehjelp innen fagområdet ungdomshelse, spesielt om intime og tabu relaterte helse spørsmål som seksuell- og reproduktiv helse, gratis hormonell prevensjon til de mest sårbare kvinnene, veiledning og undervisning av kvinner og menn med minoritetsbakgrunn om kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse og prevensjon, generell helseopplysning for forebygging og helsefremmende arbeid innenfor området samliv og seksualitet, spredning og overføring av kompetanse til helsepersonell og studenter via hospitering, kurs og annen opplysnings- og opplæringsvirksomhet. Videre het det i søknaden, at Amatheia, på oppdrag fra Helsedirektoratet, UDI og IMDI, hadde hatt sekretærfunksjonen for en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe som hadde laget en undervisningspakke om seksuell og reproduktiv helse for asylmottakere. Den ble ferdig våren 2015 og lansert i februar 2016. Stiftelsens styre hadde startet arbeid med en ny strategiske plan som skulle behandles sommeren 2017.

"Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)" ble lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet i november 2016. I statsbudsjettet for 2018 het det under kap 762, post 74: "Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av Stiftelsens arbeid" (strategien omtales nærmere senere i rapporten).

2018 bar preg av overføringen av forvaltningsansvaret for Stiftelsen fra HOD til Helsedirektoratet. Regelverket for tilskuddsordningen ble som sagt vedtatt først i november 2018, men tilsagnsbrevet for 2018 ble oversendt Stiftelsen fra Helsedirektoratet allerede i januar 2018. I tilsagnsbrevet het det blant annet:

For å imøtekomme behovet for en rask delutbetaling, innvilges tilskuddet før vi har behandlet årets søknad og rapportering fra i fjor. Vi kan derfor ikke konkretisere mål, vilkår og krav til rapportering før i eventuelt endelig brev med innvilgelse av tilskudd.

Regelverket for tilskuddsordningen ble oversendt Stiftelsen i epost 3. desember 2018. Helsedirektoratet ba her Stiftelsen oversende søknaden om statsstøtte for 2019 (som Stiftelsen hadde oversendt HOD i april samme år). I rammen nedenfor beskrives mål og målgruppe for tilskuddsordningen og kriterier for måloppnåelse, hentet fra "Regelverk for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia":

Mål og målgruppe for ordningen

Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide.

"Snakk om det! Strategi for seksuell helse" (2017-2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet.

Målgruppen er gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse

Kriterier for måloppnåelse

Fra tilskuddsmottaker:

- Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer
- Relevant statistikk for tilbudet:
 - o antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling
 - o antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)
- Beskrivelse av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til:
 - o God kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper
 - o Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter
 - o Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv
 - o Økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten
 - o Måling av brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)

2019 ble preget av endringer i tilskuddsordningen. HOD hadde tidligere år gitt føringer gjennom styringsdokumentene om at de regionale helseforetakene skulle gi tilskudd til Amatheia. Helsedirektoratet utbetalte også tilskudd til Amatheia, jf. kap. 762, post 74 Stiftelse Amatheia. Departementet mente at det ville være mer hensiktsmessig at midlene fra regionale helseforetak ble overført til kap. 762, post 73 *Seksuell helse* i stedet for som driftstilskudd Amatheia. Som følge av forslaget, ville de regionale helseforetakene ikke ha midler til tilskudd til Amatheia fra 2019. Departementet pekte blant annet på at ordningen med tilskudd fra helseforetakene innbar at de regionale helseforetakene bidro med finansiering, men ikke hadde et aktivt oppfølgingsansvar. For å bidra til en mer enhetlig og likeartet forvaltning og mindre byråkrati ble det foreslått at midlene ble trukket ut av rammen fra de regionale helseforetakene, og ble overført til kap. 762, post 73 i stedet for driftstilskudd til Amatheia over kap. 762, post 74. Dette mente departementet ga større fleksibilitet i oppfølgingen av strategi for seksuell helse.

I Stiftelsens søknad om statstilskudd for 2019, ble det foruten en beskrivelse av virksomheten og satsningsområder som fulgte tidligere års søknader, pekt på

at med en klientgruppe som har mer sammensatte og komplekse utfordringer, kreves mer tid til den enkelte. Stiftelsen må overfor mange bruke en annen metodisk tilnærming enn kontakter på kontorene som eksempelvis helgesamlinger for grupper fra samme nasjonalitet med barnepass for å gi tid til dialog.

Det ble pekt på at det er viktig å ha god nok tid i minoritetsmiljøene til å gi grunnlag for tillit og forståelse, noe som kunne gå på bekostning av høye tall for antall kontakter. Denne formuleringen ble gjentatt i søknaden for 2020. I forbindelse med stortingsbehandlingen ble det gitt et tillegg til tilskuddet foreslått i statsbudsjettet, omtalt i *Innst. 11 S (2018–2019) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2019, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S Tillegg 2 (2018–2019)*, under punktet *Abortforebyggende tiltak*. Vi viser til Vedlegg 1 i rapporten.

Når det gjaldt endringer i forvaltningsansvaret, presiserte Helsedirektoratet i epost dater 25.06.2019 at etter å ha konsultert HOD, så skulle Stiftelsen ikke søke HOD om midler for 2020, men Helsedirektoratet. Det var heller ikke forventet at Stiftelsen sendte innspill til statsbudsjettet til departementet. De ordinære budsjettprosessene ville foregå uavhengig av om departementet fikk innspill eller ikke. Stiftelsen kunne derfor forholde seg til fristen gitt i regelverket, som var 1. desember for tildeling påfølgende år. Søknaden ville så bli behandlet av Helsedirektoratet i tråd med vedtatt statsbudsjett i Stortinget (St. prp. 1).

Når det gjaldt vilkår for tilskuddet for 2019, het det at mål for tilskuddsordningen var å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. "*Snakk om det! Strategi for seksuell helse*" (2017-2022) ville være et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Rapporteringsfrist var 1. april neste år. Rapporteringen skulle beskrive hvordan og i hvilken grad målene for tilskuddet var oppnådd. Det ble skissert følgende rapporteringskrav:

Tilskuddsmottakerens vurdering av hvordan gjennomførte tiltak hadde ført til måloppnåelsen.

Kriterier for måloppnåelse:

- *Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*
- *Relevant statistikk for tilbudet:*
 - *antall kontakter, kontaktyper og aldersfordeling*
 - *antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)*
- *Beskrivelse av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til:*
 - *God kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper*
 - *Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*
 - *Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv*
 - *Økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*
 - *Måling av brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)*

Søknaden for **2020** fulgte i hovedsak det som var anført i søknaden for 2019 med hensyn til aktiviteter. I 2020 skulle Stiftelsen videreføre veiledningstjenestene ved alle lokalkontorene. Kjernetjenesten ville fortsatt være det viktigste satsingsområdet til Stiftelsen. Informasjons- og opplysningsarbeid om minoritetshelse ville være et viktig satsingsområde også i 2020. Som en del av denne satsningen, ville arbeidet i de samiske miljøene være sentralt. Det samme ville informasjonsarbeid og undervisning på asylmottak være. Også i 2020-søknaden påpekte Stiftelsen at en brukergruppe med sammensatte og komplekse utfordringer krever mer tid til den enkelte.

I tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet, ble det foruten de generelle kravene og vilkårene for tilskuddet, samt krav til måloppnåelse og rapportering (jf. regelverket for tilskuddsordningen), pekt på at Stiftelsen, for 2020, skulle prioritere følgende:

- *oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet*
- *kompetanseoverføring til jordmor- og helsesykepleiestudenter*
- *undervisning til personer med minoritetsbakgrunn, herunder seksuelle- og kjønnsminoriteter.*

Helsedirektoratet ba Amatheia om å koordinere arbeidet med relevante aktører på fagfeltet.

6.1.4.2 Drøfting

Perioden 2018-2020, ble preget at to store endringer for Stiftelsen. Den ene endringen gjaldt tilskuddsordningen. Midlene fra regionale helseforetak ble fra 2019 overført til kap. 762, post 73 Seksuell helse i stedet for som driftstilskudd Amatheia. Som følge av forslaget, ville de regionale helseforetakene ikke ha midler til tilskudd til Amatheia fra 2019. Denne endringen innebar ikke annet for Stiftelsen enn en forenkling med hensyn til tilskuddsyter.

Den andre endringen fikk imidlertid større betydning for Stiftelsen Amatheia. Forvaltningsansvaret ble overført fra HOD til Helsedirektoratet, og det ble utarbeidet et regelverk for tilskuddsordningen. *"Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)"* var blitt lagt fram av Helse- og omsorgsdepartementet i november 2016. I statsbudsjettet for 2018 het det: *"Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av Stiftelsens arbeid"*. Med regelverket ble mål og målgruppe for tilskuddsordningen tydeliggjort, samtidig som det i regelverket ble nedfelt kriterier for måloppnåelse som virksomheten i Stiftelsen skulle drives etter. Etter vår vurdering gjorde regelverket det tydeligere for Stiftelsen hva som ble forventet av dem når det gjaldt innretning av virksomheten, samtidig som det ga Helsedirektoratet et verktøy for styring og forvaltning av tilskuddsordningen med hensyn til vurdering av måloppnåelse.

At det nye regelverket innebar en annen og tydeligere styring av tilskuddsordningen, ble illustrert i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet for 2020, hvor det foruten de generelle kravene og vilkårene for tilskuddet, samt krav til måloppnåelse og rapportering (jf. regelverket for tilskuddsordningen), ble pekt på at Stiftelsen skulle prioritere oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet, kompetanseoverføring til jordmor- og helsesykepleiestudenter, samt undervisning til personer med minoritetsbakgrunn, herunder seksuelle- og kjønnsminoriteter. Helsedirektoratet ba Amatheia koordinere arbeidet med relevante aktører på fagfeltet.

Etter vår vurdering benyttet Helsedirektoratet her styringsretten til å peke ut prioriterte områder, en form for styring som i liten grad var blitt benyttet i den perioden HOD hadde forvaltningsansvaret for tilskuddsordningen. Samtidig mener vi disse føringene er i tråd med regelverket når det gjelder definert målgruppe for ordningen, samtidig som det faller innenfor målformuleringene om prevensjonsveiledning, styrking av kunnskap om seksuell helse, og bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter.

Når det gjelder kompetanseoverføring til jordmor- og helsesykepleierstudenter, så kan det sies å være et tiltak for økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgssektoren. Det kommunale helsetilbudet har vært et satsingsområde de siste årene, både i form av styrking av jordmortjenesten, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Samtidig viser vår evaluering at flere av lokalkontorene i Amatheia har hatt utfordringer med å få innpass både ved jordmor- og helsesykepleierutdanningen. En prioritering på dette området synes derfor å være betimelig, da det per i dag bærer litt preg av tilfeldigheter hvilke utdanninger Amatheia får innpass ved.

Når det gjelder undervisning av personer med minoritetsbakgrunn, har etniske minoriteter vært et satsingsområde i Amatheia i mange år. Seksuelle- og kjønnsminoriteter er det imidlertid lite erfaring med i Amatheia, noe som også bekreftes i vår evaluering. Etter vår vurdering faller prioriteringen inn under målsettingen om god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper, også under tilbudet til sårbare grupper, som omtales senere i evalueringen.

Etter vår vurdering er slike føringer og prioriteringer en riktig bruk av den styringsretten som ligger til Helsedirektoratet, så lenge det faller innenfor rammene for regelverket for tilskuddsordningen og de føringer som gis i strategien *Snakk om det*.

SINTEFs konklusjon:

Endringen med forvaltningsansvaret lagt til Helsedirektoratet, nytt regelverk for tilskuddsordningen, og innarbeidelse av *Snakk om det* som førende for virksomheten, fikk stor betydning for Stiftelsen. Etter vår vurdering gjorde regelverket det tydeligere for Stiftelsen hva som ble forventet av dem når det gjaldt innretning av virksomheten, samtidig som det ga Helsedirektoratet et verktøy for styring og forvaltning av tilskuddsordningen med hensyn til vurdering av måloppnåelse. Tilsagnsbrevet for 2020 er et godt eksempel på denne styringsformen. Etter vår vurdering benyttet Helsedirektoratet her styringsretten til å peke ut prioriterte områder, innenfor gjeldende regelverk.

6.2 Stiftelsens oppfyllelse av tilskuddsordningens krav til måloppnåelse

6.2.1 Innledning

I "Regelverk for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia" heter det følgende når det gjelder kriterier for måloppnåelse:

- *Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*
- *Relevant statistikk for tilbudet:*
 - *antall kontakter, kontaktyper og aldersfordeling*
 - *antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)*
- *Beskrivelse av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til:*
 - *God kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper*
 - *Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*
 - *Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv*
 - *Økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*
 - *Måling av brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)*

De skisserte kriteriene for måloppnåelse utgjør hovedstrukturen i denne delen av resultatkapittelet. Datamaterialet består av tilgjengelig statistikk, Stiftelsens årsrapporter og Stiftelsens rapportering til Helsedirektoratet om bruk av tilskuddet for 2019. Videre har vi hentet bakgrunnsinformasjon fra Folkehelseinstituttets rapportering om utviklingstrekk når det gjelder uønskede svangerskap og aborter, og smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. I den grad problemstillinger omtales i "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)", er dette lagt inn der det er relevant. I tillegg til skriftlig materiale, besvares problemstillingene ut fra det som kom fram i intervjuene med ledelse og ansatte i Amatheia, samt relevante, eksterne aktører.

6.2.2 Geografisk utbredelse, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer

Amathea hadde i 2019 13 lokalkontorer geografisk spredt i hele landet. Stiftelsen er representert i alle helseregioner. I tabellen nedenfor har vi, foruten kontorenes ansvarsområde og lokalisering, lagt inn årsverk, antall kontakter, samt folketall i hvert av kontorenes ansvarsområde.

Lokalkontorene, årsverk, kontakter og folketall. 2019

Kontorenes ansvarsområde	Kontorenes lokalisering	Årsverk 2019	Antall kontakter ¹³ 2019	Folketall 2019
Troms/Finmark	Tromsø	1.5	457	244 326
Nordland	Bodø	1.5	1 356	242 126
Trøndelag	Trondheim	1.8	814	465 634
Møre og Romsdal	Ålesund	1	222	264 970
Hedmark/Oppland	Hamar	1	647	371 054
Hordaland/Sogn og Fjordane	Bergen	2.5	921	633 117
Oslo/Akershus	Oslo	2.8	1 662	1 305 055
Buskerud	Drammen	1.5	730	283 148
Rogaland	Stavanger	0.8	830	475 654
Østfold	Fredrikstad	0.8	471	297 520
Vestfold	Tønsberg	1	1 032	251 078
Telemark	Skien	1	843	173 307
Agder	Kristiansand	1,8	637	305 244

Tilgjengelig statistikk gir ikke grunnlag for noen mer grundig analyse. Det er imidlertid grunn til å spørre seg om det er ulik registreringspraksis fra kontor til kontor med hensyn til kontakter, når eksempelvis kontorene i Tromsø og Bodø har det samme antall årsverk, det samme befolkningsgrunnlaget, samtidig som Bodø har vel tre ganger så mange kontakter som Tromsø. Tilsvarende spørsmål kan stilles til en tilnærmet lik aktivitet i Stavanger og Skien, og med så store forskjeller i befolkningsgrunnlag. Vi har som sagt ikke materiale til noen nærmere analyse, men tabellen kan tyde på at lokalkontorene står meget fritt med hensyn til hva de velger å prioritere av aktiviteter. Videre kan dette være et resultat av få sentrale føringer i Stiftelsen for hva lokalkontorene skal prioritere.

Vi har i rapporten benyttet begrepet *kontakter*, og ikke *konsultasjoner*, som Amathea bruker i sin statistikk. I Stiftelsens statistikk omtales alt som konsultasjoner; både personlig fremmøte, telefon, epost, SMS og chatt. Som vi kommer tilbake til nedenfor, benyttes epost, SMS og chatt først og fremst for å avtale veiledningssamtale på telefon eller personlig oppmøte, og for å svare på enklere spørsmål som kan besvares skriftlig der og da. I følge Store Medisinsk Leksikon innebærer en konsultasjon, overført til Stiftelsens arbeide, brukerens presentasjon av sitt problem og Amathea-veilederens systematisk arbeid for å skaffe nødvendige opplysninger, som grunnlag for veiledningssamtalen. Veiledernes faglige veiledningskompetanse kommer primært til anvendelse i veiledningssamtalen, som gjennomføres på telefon eller ved personlig oppmøte. Begrepet kontakt blir derfor, etter vår vurdering, mest korrekt å bruke om disse veiledningssamtalene.

Som vist til tidligere i rapporten, ble det som følge av budsjettreduksjoner i 2009, nødvendig å foreta reduksjoner i driften for å sikre forsvarlig drift og økonomiforvaltning. Det ble vedtatt å stenge kontorene i Sogn- og Fjordane, Haugesund, Aust-Agder, Oppland og Finnmark. I Stiftelsens søknad om statstilskudd for

¹³ Med kontakter menes her alle kontakter ut over deltakere på fødselsforberedende kurs, mor-barn-kurs og undervisning.

2012, sto det at kontoret i Hordaland skulle ivareta tilbudet til Sogn- og Fjordane, kontoret for Troms skulle ivareta tilbudet til Finnmark, og kontoret på Hedmark skulle ivareta tilbudet til Oppland. For å sikre faglig forsvarlig drift ved lokalkontorene var kontorene i Skien og Tønsberg blitt samorganiserte for å legge til rette for felles faglig utvikling og samarbeid om enkeltoppgaver, som undervisning og veiledning i grupper og til par.

Et moment knyttet til geografisk utbredelse, er at Stiftelsen innførte en teamorganisering allerede i 2006. For å videreutvikle god praksis og sikre faglige forsvarlig virksomhet, hadde Stiftelsen organisert lokalkontorene i regionale veilederteam innenfor samme regioner som de regionale helseforetakene. Hensikten med teamene var å knytte enmannskontorene faglig sammen med større fagmiljøer. Den enkelte medarbeider ville dermed ha et nettverk å samhandle med i det daglige arbeidet i sitt fylke. Videre knyttet Stiftelsen til seg en spesialpsykolog som faglige støtte for lokalkontorene.

Reduksjonen i antall lokalkontor i 2009 synes, ut fra tilgjengelig statistikk (Stiftelsens årsrapporter), ikke å ha hatt innvirkning på aktiviteten målt i antall kontakter. Som tabellen nedenfor viser, var antall årlige kontakter jevnt økende i perioden 2007-2010.

År	Antall kontakter
2007	8 019
2008	9 898
2009	9 365
2010	11 045

Det kan være flere forklaringer på utviklingen i antall kontakter. Etter vår mening ligger noe av forklaringen i resultatene av den effektiviseringsprosessen som var igangsatt allerede fra styrevedtak i 2004. I Stiftelsens årsrapport for 2006, ble det vist til implementering av et elektronisk pasientadministrativt system som også ivaretok felles avtalebok og statistikk. Systemet var utviklet og tilpasset som en del av den helhetlige IKT-løsningen for Stiftelsen. Videre ble det i 2006 innført et felles telefonsystem for alle Stiftelsen Amatheas tjenestesteder. Veilederne hadde ansvar for å betjene telefonen via en felles vaktordning og hadde tilgang til alles avtalebøker. Tilgjengeligheten til tjenestene hadde gjennom dette økt, samtidig som det var frigjort tid som veilederne kunne benytte til direkte kontakt med brukere og samarbeidspartnere. I 2017 innførte Stiftelsen en Chattjeneste som er betjent alle hverdager kl. 0800–2000. Vi kommer nærmere tilbake til omtale av antall og typer kontakter nedenfor.

6.2.3 Antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling

6.2.3.1 Resultater

Stiftelsen hadde i 2019 totalt 12 554 kontakt/henvendelser, hvorav personlig oppmøte utgjorde vel 33 %. Vi har sett på om det har skjedd endringer med hensyn til antall kontakter, type kontakt og aldersfordeling i perioden 2007-2019. Vi har her benyttet Stiftelsens årsrapporter som kilde. Når det gjelder aktivitetene for årene 2007 og 2008, har vi kun tall for kontakter – oppsummert (henholdsvis 8 019 og 9 898 kontakter). For de øvrige årene (2009-2019) har vi aktivitetstall fordelt på type kontakt.

Aktivitet fordelt på typer kontakter

År	Personlig fremmøte	Telefon	Epost	SMS	Annen	Ingen beskr.	Chatt	Kontakter totalt
2009	4 761	2 707	465	1 213	219			9 365
2010	4 856	3 091	582	2 271	264			11 045
2011	4 905	2 821	675	2 589	220			11 210
2012	4 439	2 741	690	2 879	132			10 881
2013	4 340	3 385	987	2 306	104			11 122
2014	4 210	3 119	987	2 886	99			11 251
2015	4 741	3 062	1 341	3 259	182			12 578
2016	5 207	3 323	1 359	3 858	223			13 970
2017	4 771	2 947	883	3 320	288	9	1763	12 394
2018	4 349	2 538	759	2 920	925	29	855	12 401
2019	4 178	4 968	582		894		1932	12 554

Vi har kontaktet Amatheia og etterspurt tall for gjennomsnittlig tidsbruk for de ulike kontakttypene. Det opplyses at dette har vært en utfordring i tidligere registreringsystem, men at dette vi forbedres fra 2020/21. Når det gjelder chatt og samtalelengde, oppgis det at dette er utfordrende å besvare presist. Chatt kan variere fra timebestilling, til langvarig chatt med bruker som står i en valgsituasjon, at veilederne har bekymring for den de chatter med osv. Det gis ikke individuell helsehjelp og man forsøker å motivere bruker for å ha kontakt med Stiftelsen på telefon/video/oppmøte i stedet. Amatheia har kontaktet chatt-leverandør og de jobber med å kunne svare ut gjennomsnittlig samtalelengde. Av kontakttyper forøvrig, anslås individuell en-til-en-samtaler, i utgangspunktet å vare i 60 minutter, men med visse variasjoner. Valgsamtaler, etter-abort-samtaler, prevensjonsveiledning til minoritetskvinner, oppfølging av de med aleneomsorg + tilleggsfaktorer og parsamtaler er de mest tidkrevende og kan ta inntil 1,5 time. Er det samtale, hvor det er behov for tolk, tar dette også i utgangspunktet mer tid, hvor man beregner doble timer på dette.

Endringen fra 18 til 13 lokalkontor i 2009 synes ikke å ha hatt betydning for antall kontakter. Selv om det var noe færre kontakter i 2009 (9 365) enn i 2008 (9 898), så man en betydelig økning i 2010. En forklaring kan være at driften i 2009 ble preget av reduksjon i antall lokalkontorer og nedbemanning. Ulike registreringspraksis kan være en av forklaringene på, til dels store variasjoner i antall kontakter fra det ene året til det andre. Eksempelvis var det i 2004 registrert 9422 kontakter, hele 600 flere enn i 2005.

Personlig oppmøte i 2019 er på det laveste i perioden, mens antall telefonkontakter er på det høyeste. Tall for SMS er ikke spesifisert for 2019. I og med tallet for telefonkontakter er så mye høyere i 2019 enn i 2018, kan det være at disse to kontakttypene er slått sammen i 2019.

Kontakttypen "Personlig oppmøte" har hatt en jevnt synkende andel av antall kontakter gjennom hele perioden (fra en andel på 51 prosent i 2009, til 33 prosent i 2019). Samtidig har totalt antall kontakter holdt seg relativt stabilt i perioden 2015 – 2019. Med andre ord, en stadig større andel av kontaktene gjennomføres på annen måte enn ved personlig oppmøte. Tallene for 2016 kan tyde på en annen praksis for registrering av aktivitet – i og med at tallene for 2015 og 2017 er så å si identiske. Det er ikke mulig å lese noe ut av årsrapporten for 2016 som forklarer endringer i aktivitetstallene i dette året.

Amathea har hatt tilbud om chatt siden 2017. Ser man på kontakter i årene 2017-2019, og sammenligner med 2015, er totaltallene så å si identiske. Det tyder på at de som fra og med 2017 har benyttet chatt, er brukere som tidligere har benyttet andre typer kontakt, i særlig grad e-post.

Dokumentgjennomgangen og intervjuene viser at veiledningssamtalene først og fremst gjennomføres ved personlig oppmøte, men også på telefon. Kontakttypene epost, SMS og chatt benyttes først og fremst for å avtale veiledningssamtale enten på telefon eller personlig oppmøte, og å svare på enklere spørsmål som kan besvares skriftlig der og da. Henvendelser i epost handler i stor grad om timebestillinger, invitasjoner til grupper/kurs, besvare spørsmål fra brukere, korte oppfølgingsspørsmål og informasjon. I årsrapporten for 2019, heter det blant annet at "*chatten for mange er første skritt mot å ha en veiledningssamtale enten på telefon, eller ved oppmøte på ett av våre kontorer*". Videre heter det i rapportene at "*kontakt via SMS dreier seg ofte om avtaler om oppfølging*". Om vi slår sammen antallet kontakter på epost, SMS og chatt, utgjør disse 48 prosent og 36 prosent av "kontakter totalt" i henholdsvis 2017 og 2018. For 2019 er "telefon" og "SMS" gruppert sammen. Hvis vi antar at antallet telefonhenvendelse og henvendelser på SMS er tilnærmet like mange (som i 2017 og 2018), er tallet for 2019, 40 prosent av totalen (bruk av begrepene kontakt og kontakt er for øvrig drøftet nærmere i punktet ovenfor).

I evalueringen ønsket vi å gi et bilde av hvorfor brukerne tok kontakt med Amathea – hva som var **tema for samtalen**. Her har vi også benyttet årsrapportene som kilde. I samtlige årsrapporter fram til og med 2018, vises til resultatene fra brukerundersøkelsen når kontaktgrunn skal beskrives. Dette endret seg i 2019 hvor tall for *kontaktens innhold* er hentet fra Amatheas pasientadministrative system HsPro.

Kontaktens innhold

År	Fullføre/avslutte svangerskap	Etter abort	Oppfølging svangerskap/ omsorg barn	Medisinsk veiledning	Annet
2019	15%	4%	23%	15%	43%

I henhold til rapporten fra Stiftelsen for 2019, ble det pekt på at journalsystemet og chatt-programmet som Amathea benytter seg av ikke gir muligheten til å hente ut spesifikke tall nok til å kunne kategorisere alle kontakttypene. Kontaktene som er registrert som *annet* inneholder alle chatt-henvendelser og andre henvendelser som i hovedsak er generelle rettigheter, informasjon, henvisninger, avtaler og generell oppfølging. Når det gjelder *medisinsk veiledning*, er dette i hovedsak prevensjonsveiledning, spørsmål som kommer opp under/etter et svangerskap og før, under og etter abort, noe knyttet til tester og utredninger knytte til svangerskap/graviditet.

I intervjuer med Amathea kommer det også fram at journalsystemet setter begrensninger med hensyn til å registrere tema for kontakten. En kontakt kan kun registreres på én hovedaktivitet. Det kan være mange temaer som berøres i løpet av en kontakt. Dette kan være noe av forklaringen på den relativt lave andelen som utgjøres av "fullføre/avslutte svangerskap" (les: valgsamtalen). I intervjuene løftes valgsamtalen fram som sentral i veiledernes kompetanse og i Stiftelsens tilbud til brukerne. En skulle derfor anta at valgsamtalen

ville ha en større andel med hensyn til kontaktenes innhold. Men som sagt, noe av forklaringen kan ligge i journalsystemets begrensninger (en kontakt kan kun registreres på én hovedaktivitet).

Å gi et dekkende bilde av utviklingen når det gjelder **aldersfordelingen** i brukergruppen, har vist seg å by på utfordringer. Vi har benyttet statistikk gjengitt i Stiftelsens årsrapporter som kilde, og gjennomgang av rapportene for evalueringsperioden viser at grupperingen med hensyn til alder, har endret seg. Rapporten for 2019 viser følgende aldersfordeling i brukergruppen:

Aldersfordeling i %

Aldersgruppe	% av totalen
12-15 år	2
16-20 år	11
21-25 år	16
26-30 år	17
31-35 år	13
36-40 år	9
Over 40 år	7
Alder ukjent	25
	100

Amathea har gitt tilbakemelding om at det ikke lar seg fremskaffe statistikk for type kontakt for ulike aldersgrupper.

Tabellen viser at den største brukergruppen er i alderen 20-30 år. Man kan legge merke til den relativt store andelen man ikke kjenner alderen på. Noe av forklaringen er nok den muligheten brukerne har til å bevare full anonymitet ved henvendelser til Stiftelsen. Dette opplyses brukerne om, samtidig som det kun kan gis generell helsehjelp hvis brukeren velger å være anonym. For helsehjelp ut over dette, krever helselovgivningen at det føres journal. Det føres ikke journal for anonyme henvendelser. Alt av kommunikasjon på chatten er anonym, og gjelder da generell helsehjelp.

Vi har sett på statistikken for perioden 2009 – 2019 (den perioden hvor Stiftelsens årsrapporter omtaler aldersfordelingen). En utfordring er som sagt at inndelingen i ulike aldersgrupper er endret i perioden. For å få sammenlignbare tall, har vi slått sammen noen av aldersgruppene for å kunne si noe om utviklingen.

Brukere i ulike aldersgrupper. %

År	12-20	21-25	26-30	31-35	36-40	40+	Ukjent
2009	27	30	17	11	10	5	35
2010	20	30	17				31
2011	13	29	16	20 ¹⁴			38
2012	12	17	11	16 ¹⁵			39
2013	15	18	12	19 ¹⁶			32
2014	13	20	17	21 ¹⁷			25
2015	9	22	21	29 ¹⁸			16
2016	8	21	22	29 ¹⁹			17
2017	9	17	36 ²⁰				38
2018	10	19	46 ²¹				25
2019	13	16	17	13	9	7	25

Vi har i tabellen slått sammen aldersgruppene 12–15 år og 16–20 år (disse utgjorde hver sin aldersgruppe til og med 2012). For perioden 2013–2018 opererte man med dette som en aldersgruppe. Det vi vet er at gruppen 12–15 år utgjorde 1 prosent i 2009 og 2 prosent i 2019, med andre ord en meget liten andel. Tallene for 2019 er ikke direkte sammenlignbare med de øvrige, da man dette året (som det eneste) har summert opp kolonnene for aldersgruppene til 100 prosent, og holdt "alder ukjent" utenom. I de øvrige årene er "alder ukjent" inkluderte i summering opp til 100 prosent.

Den eneste aldersgruppen som lar seg sammenligne gjennom hele perioden 2009–2019, er gruppen 21–25 år. Denne gruppens andel er tilnærmet halvert i perioden. Aldersgruppen 31 + har økt noe, men holdt seg stabilt på 29 prosent i perioden 2015–2019. Andelen 26 + har variert mellom 26 prosent i 2012 og 51 prosent i 2016, og holdt seg på 46 prosent i 2018 og 2019. Legger vi tallene for 2019 til grunn, er det 16 prosent av brukerne av Amatheas som er eldre enn 35 år, og 7 prosent er eldre enn 40 år.

Når det gjelder **kjønnsfordeling** blant brukerne, var det i 2019, 93 prosent kvinner og 7 prosent menn. Vi har nedenfor presentert statistikk som sier noe om hvem som oppsøker Amatheas (kvinner, menn, par) og deltakelse på fødselsforberedende kurs. Kilden er Amatheas årsrapporter.

¹⁴ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

¹⁵ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

¹⁶ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

¹⁷ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

¹⁸ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

¹⁹ Gjelder aldersgruppen eldre enn 30

²⁰ Gjelder aldersgruppen eldre enn 25

²¹ Gjelder aldersgruppen eldre enn 25

Kvinneandel av brukerne - prosentandel for alle kontaktformer samlet

År	
2007	98
2008	96
2009	96
2010	94
2011	94
2012	97
2013	97
2014	95
2015	93
2016	94
2017	90
2018	90
2019	93

I intervjuene med ansatte i Amatheia er det flere av informantene som har inntrykk av at det kommer flere menn. Kvinneandelen varierer noe fra år til år, uten noen entydig tendens. Kvinneandelene er så å si den samme i 2019 (93 prosent) som den var i 2010 og 2011 (94 prosent). I årsrapportene presiseres at menn som kom sammen med den gravide ikke er registrert med egen journal, men registrert som parsamtale. I rapporten for 2019 pekes det på at "ved parsamtaler har det for 2019 vært som hovedpraksis at disse er journalført på kvinnen, noe som gir en underrapportering på antall menn".

Kontakter totalt, personlig oppmøte totalt og antall parsamtaler.

År	Kontakter totalt	Personlig oppmøte totalt	Antall parsamtaler
2009	9 365	4 761	308
2010	11 045	4 856	368
2011	11 210	4 905	311
2012	10 881	4 439	307
2013	11 122	4 340	375
2014	11 251	4 210	407
2015	12 578	4 741	414
2016	13 970	5 207	370
2017	12 394	4 771	263
2018	12 401	4 349	265
2019	12 554	4 178	321

Antall gjennomførte parsamtaler varierer fra det ene året til det andre, uten noen entydig tendens over tid. Antall parsamtaler har økt siden 2017, men på den annen side er antall parsamtaler i 2019 nesten på samme nivå som i 2011 (henholdsvis 321 og 311) og lavere i 2019 enn i 2010. I den grad parsamtaler skal gi et bilde av hvor mange menn som er i kontakt med Amatheia, så må det sies å være meget begrenset.

6.2.3.2 Drøfting

Amathea har 13 lokalkontorer og Stiftelsen er representert i alle helseregioner. Presentasjonen ovenfor når det gjelder kontorenes ansvarsområde, lokalisering, årsverk, antall kontakter, samt folketall i hvert av kontorenes ansvarsområde, tyder etter vår vurdering på at enten er registreringspraksisen når det gjelder aktivitet forskjellig fra kontor til kontor, eller så har lokalkontorene stor frihet til selv å prioritere sin egen aktivitet. Det kan synes som Stiftelsen mangler sentrale føringer for hvilket tilbud som skal ytes lokalt.

Vår evaluering viser endringer i antall kontakter, i kontakttype og i aldersfordelingen. Selv om informantene gir uttrykk for at stadig flere menn oppsøker Stiftelsen, tyder statistikken på noe annet. I den grad menn inngår i statistikken, er dette i form av parsamtaler. Som beskrevet i regelverket for tilskuddsordningen, er målgruppen for Stiftelsen og tilskuddet "*gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse*". Dette er nok fortsatt den gjengse oppfatningen om Stiftelsen i befolkningen, og kan forklare hvorfor det i all hovedsak er kvinner som tar kontakt med Amathea.

Som nevnt, er andelen brukere i aldersgruppen 21-25 tilnærmet halvert i perioden 2009-2019, samtidig som vi ser en økning i aldersgruppen 31+. Noe av forklaringen på denne utviklingen ligger i utbygging av annet lavterskeltilbud til målgruppen. En delforklaring kan være nedgangen i abortraten blant kvinner under 25 år (fra 27,4 per 1000 kvinner 20-24 i 2005 til 13,6 i 2020), samtidig med en relativt stabil abortrate blant 30 år (fra 15,1 i 2005 til 14,5 i 2020) og eldre. Dette drøftes nærmere nedenfor.

Snakk om det, vises det blant annet til "regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, sammen med utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre, sikret at helsepersonell er lettere tilgjengelig for ungdom". Og videre: "Flere byer og kommuner har opprettet ungdomshelsestasjoner for å ivareta ungdoms helse spesielt. Studenthelsetjenesten i studentbyene er et viktig supplement for ungdom og unge voksne som bor langt hjemmefra, og ikke har nær kontakt med sin fastlege". Tilbudet til aldersgruppen 21-25 er med andre ord styrket og en større del av de unge, som tidligere tok kontakt med Amathea, benytter seg nå av offentlig helsevesen (som eksempelvis helsestasjon for ungdom). Dette bekreftes også et stykke på vei i intervjuer vi har hatt med helsestasjon for ungdom. En styrking av helsesykepleiertjenesten og helsestasjon for ungdom, kombinert med en målsetting om at flest mulig tilbud skal dekkes lokalt, medfører at det er en høyere terskel for å henvise brukere (i hovedsak unge kvinner) videre til Amathea.

Som pekt på ovenfor, er personlig oppmøte i 2019 på det laveste i perioden, samtidig som andelen "Personlig oppmøte" har vært jevnt synkende gjennom hele perioden. I 2017 utgjorde personlig oppmøte og telefonkontakter 62% av totalt antall kontakter. I 2018 var andelen 55%. Samtidig viser vår evaluering at epost, SMS og chatt benyttes først og fremst for å avtale veiledningssamtale enten på telefon eller personlig oppmøte, og å svare på enklere spørsmål som kan besvares der og da. Vår evaluering viser at veiledningskompetanse i Amathea først og fremst kommer til anvendelse i kontaktformene personlig oppmøte og telefon.

Kan denne utviklingen skyldes endringer i tematikk og kompleksitet i disse kontaktene? At hver kontakt av den grunn tar mer tid? Det foreligger ikke statistikk som bekrefter eller avkrefter en slik hypotese, så her må vi lene oss på intervjuene og skriftlig dokumentasjon. I tilbakemeldingene fra Amathea ble det vist til at en endring i årene etter 2008 som har påvirket målgruppen og veiledningens innhold i Stiftelsen, er overgangen til at medisinsk abort er det mest brukte. Denne metoden ble innført i Norge i 1998, i 2008 var fordelingen mellom medisinsk og kirurgisk 50/50 og i 2020 var 94% av alle selvbestemte aborter gjennomført medisinsk. Medisinsk abort utføres i all hovedsak hjemme, for noen helt alene, uten medisinske faglig personell lett

tilgjengelig. Opplevelsen av denne metoden beskrives av mange som svært belastende og krevende, både under og etter. Amatheia erfarer at oppfølgingen i etterkant kan være mer sammensatt da opplevelsen består av både fysiske, psykiske og visuelle opplevelser. Det er mulig noe av forklaringen ligger her, samtidig som en Cochrane-oversikt presentert av FHI i 22.09.2020, viser at medikamentell abort gir trolig like god effekt hjemme som på sykehus. Resultatene om komplikasjoner og bivirkninger er for usikre til å trekke konklusjoner.

I søknaden om tilskudd for driften i 2019, ble det vist til at "*med en klientgruppe som har mer sammensatte og komplekse utfordringer, kreves mer tid til den enkelte. Stiftelsen må overfor mange bruke en annen metodisk tilnærming enn kontakter på kontorene som eksempelvis helgesamlinger for grupper fra samme nasjonalitet med barnepass for å gi tid til dialog*". Det ble pekt på at det er viktig å ha god nok tid i minoritetsmiljøene for å gi grunnlag for tillit og forståelse, noe som kunne gå på bekostning av et stort antall kontakter. Også i 2020-søknaden påpekte Stiftelsen det som ble skrevet i 2019-søknaden om at med en brukergruppe som har sammensatte og komplekse utfordringer, så krever dette mer tid til den enkelte.

Også i intervjuene med Amatheia ble det vist til at en opplever en økt pågang av brukere (i hovedsak kvinner) fra ulike nasjonaliteter og minoritetsmiljøer. Videre var erfaringen at det under kontakten ble avdekket underliggende, komplekse utfordringer, som krevde mer tid. Denne økte pågangen mente en var et resultat av større oppmerksomhet fra veilederne når det gjaldt veiledning og undervisning av kvinner og menn med minoritetsbakgrunn om kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse og prevensjon.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at det brukerne kommer til Amatheia med i all hovedsak er komplekse utfordringer av eksistensiell og emosjonell karakter, og sånn har det alltid vært. Men en ser likevel at veilederne erfarer flere saker med innslag av vold og rusrelaterte relasjoner. Og som sagt, et større innslag av innvandrerkvinner som opplever et annet trusselbilde og med en annen kompleksitet enn majoritetsbefolkningen.

En styrking av helsesykepleiertjenesten og helsestasjon for ungdom, kombinert med en målsetting om at flest mulig tilbud skal dekkes lokalt, har ført til at flere av de utfordringene de yngste brukerne opplever, håndteres lokalt. Dette kan bety en høyere terskel for å henvise yngre brukere (i hovedsak unge kvinner) videre til Amatheia. Det er grunn til å tro at en slik utvikling har ført til at det er de "tyngre" problemstillingene brukerne kommer med til Amatheia. HFUene har en lovfestet aldersgrense på 20 år, men mange kommuner har økt denne til 23 år, noen til 25 år. Vår analyse viser at andelen brukere av Amatheia 25 år + har økt. Denne gruppen faller utenfor HFU-ordningen, og henvises til fastlege, studenthelsetjenesten eller privatpraktiserende gynekologer, foruten Amatheia.

To av "fjøttene" Amatheia baserer sitt tilbud på er valgsamtalen og etter-abort-samtalen, men disse utgjorde kun henholdsvis 15 prosent og 4 prosent av kontaktene i 2019. Det er usikkert hva som kan forklare den lave andelen "valgsamtaler". Når det gjelder *etter-abortsamtalene*, utgjorde disse 3 prosent av kontaktene i 2006, nesten identisk med tallene for 2019. Kan den lave andelen forklares med at "*behovet for psykisk støtte i etterkant av en gjennomført abort er mindre enn antatt*" (Evalueringen i 2006)? En metaanalyse fra the Academy of Medical Royal Colleges²² konkluderte med at det ikke spiller noen rolle for en kvinnes psykiske helse om hun velger å ta abort eller å bære fram barnet. Analysen omfattet 44 studier publisert mellom 1990

²² Induced abortion and mental health: a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. Academy of Medical Royal Colleges by the National Collaborating Centre for Mental Health, 9 Dec 2011.

og 2011. Med den beste forskningsbaserte kunnskapen som var tilgjengelig som grunnlag, konkluderte forskerne med at:

- Uønsket svangerskap er assosiert med økt risiko for psykiske plager. Forekomsten av psykiske problemer hos kvinner som opplever en uønsket graviditet er imidlertid den samme, uavhengig av om kvinnene velger abort eller føder.
- Kvinner som har hatt psykiske problemer før aborten, har økt risiko for psykisk sykdom etter aborten.
- Enkelte andre faktorer kan knyttes til økt risiko for psykisk sykdom etter abort, som når kvinnen har en negativ holdning til abort generelt; når kvinnen er under press fra partner om å ta abort; eller når hun opplever andre stressende livsomstendigheter i tillegg.

Vi har ikke tilstrekkelig materiale til å foreta noen nærmere analyse av den lave andelen som kontakter Amatheas etter-abort samtale.

SINTEFs konklusjon:

Vår analyse kan tyde på lokalkontorene stor frihet til selv å prioritere sin egen aktivitet, og at Stiftelsen mangler sentrale føringer for hvilket tilbud som skal ytes lokalt. Antall kontakter har holdt seg stabilt de siste årene, men en stadig mindre andel benytter seg av personlig oppmøte. Samtidig blir brukerne stadig eldre (aldersgruppen 21-25 år er halvert i perioden 2009-2019). To av "føttene" Amatheas baserer sitt tilbud på er valgsamtalen og etter-abort-samtalen, men disse utgjorde kun henholdsvis 15 prosent og 4 prosent av kontaktene i 2019. Vår konklusjon er at disse trendene bør analyseres nærmere, noe som krever et bedre statistikkgrunnlag. Resultatene av denne analysen bør danne grunnlag for hvordan Amatheas bør innrette sin virksomhet framover.

6.2.4 Antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon

6.2.4.1 Resultater

Ved gjennomgang av samtlige årsrapporter for perioden 2007-2018 (søkeord ved bruk av *find on page*; prevensjon), oppgis ikke samlede tall for antallet som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav). I enkelte årsrapporter, eksempelvis 2007 og 2012, er ikke prevensjon eller prevensjonsveiledning omtalt i det hele tatt. Vi må derfor på dette spørsmålet i hovedsak referere til Stiftelsens årsrapport for 2019.

Ifølge rapporten tilbyr Amatheas prevensjonsveiledning på alle sine lokalkontorer, og det er ingen aldersgrense. Prevensjonsveiledning inngår i de fleste samtalene i forkant og etterkant av et valg eller gjennomgått svangerskapsavbrudd. I 2019 ga Amatheas 1 905 brukere prevensjonsveiledning enten ved oppmøte, telefon eller chatt.

På kontorene i Oslo og Hamar har man hatt tilbud om innsetting av LARC (langtidsvirkende prevensjon). Bakgrunnen for dette ligger i egne prosjektmidler Amatheas har søkt på, alene eller i samarbeid med andre, som har sørget for at man har kunnet etablere tilbudet. I Oslo ble tilbudet til gjennom samarbeidsprosjekter med ulike bydeler i Oslo for noen år tilbake med støtte fra bydelene og Helseetaten i Oslo. Tilbudet om innsetting av LARC og prevensjonsveiledning er videreført i sin helhet gjennom tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheas i 2020. I Hamar er tilbudet opprettet ved hjelp av prosjektmidler fra IMDI og er utelukkende et tilbud til minoritetskvinner. Her leies kompetansen inn på timesbasis ved hjelp av prosjektmidler. Amatheas bistår kvinner med informasjon og veiledning om hvor de kan få satt inn LARC, på til sammen fem kontorer.

Amathea har bidratt til at i underkant av 200 kvinner har fått tilgang på gratis LARC. Flesteparten av disse er minoritetskvinner. Kvinner fra minoriteter og med sårbare livssituasjoner er en brukergruppe man jobber aktivt med å nå ut til med kunnskap og informasjon om prevensjon da det i denne gruppen viser seg å være en høyere abortrate enn i befolkningen forøvrig.

I de tidligere årsrapportene omtales prevensjonsveiledning og utdeling av prevensjon i form av aktivitetsbeskrivelser, så som opplæring og veiledning overfor ungdomsgrupper, rus o.a., men uten noen tallfesting med hensyn til antallet deltakere o.a. Det nærmeste vi kommer når det gjelder en form for tallfesting, er Amatheas veiledningssamarbeid med *Ung.no* i 2018. Dette er en offentlig informasjonskanal til ungdom og drives av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Her er Amatheas veiledere med på å besvare henvendelser til nettsiden. I 2018 ble det registrert rundt 800 besvarelser på spørsmål knyttet til graviditet og prevensjon.

Av andre eksempler, kan vi trekke fram filmen og undervisningsopplegget *Et vanskelig valg* som ble ferdigstilt i 2009. Filmens målsetting var å øke kunnskapen om bruk av prevensjon og forebygge uplanlagt graviditet. Den var rettet mot elever i 10. klasse og første klasse på videregående skole. Filmen blir også vist på informasjonsmøter for helsesøstre og andre samarbeidspartnere. Hvert år arrangerer Amathea temakvelder, dialogbaserte grupper, foreldreveiledning, kurs og seminarer på tema som omhandler kvinnehelse med minoritetsperspektiv, prevensjon, familieliv, kjønnslemlestelse samt generell informasjon til nyankomne.

Av andre aktiviteter hvor informasjon om prevensjon inngår, kan nevnes at Amathea har undervisning for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøgskoler innen tema seksuell- og reproduktiv helse, prevensjon og abort. I 2019 hadde Stiftelsen undervisning for et sted mellom 8–9000 ungdommer.

6.2.4.2 Drøfting

Ut over 2019 foreligger det ikke tallmateriale for antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon. En forklaring på dette kan være at prevensjonsveiledning inngår i de fleste samtalene i forkant og etterkant av et valg eller gjennomgått svangerskapsavbrudd, uten at dette registreres som en egen aktivitet. I veiledernes undervisning av ungdomsskoleelever og elever ved videregående skoler, inngår prevensjonsveiledning som et av flere emner innenfor informasjon om seksuell og reproduktiv helse.

Evalueringen viser også at når det gjelder temaet prevensjonsveiledning og prevensjon, så er det en rekke andre aktører på arenaen. I et etter hvert godt utbygget tilbud fra helsestasjoner for ungdom, og skolehelsetjenester inngår prevensjon som et av satsingsområdene innenfor temaet seksuell og reproduktiv helse. Et annet eksempel er virksomheten drevet av *Sex og samfunn*, som blant annet tilbyr undervisning (inklusive prevensjonsveiledning) til samtlige 9.-klassinger i Oslo. Satsingen er ikke like tydelig når det gjelder gruppen 25 år +. For denne gruppen vil fastlegen, studenthelsetjenesten, og eventuelt privatpraktiserende gynekologer være det naturlige å oppsøke og be om råd.

De informantene vi har vært i kontakt med beskriver Amathea som faglig sterke når det gjelder tilbud til unge kvinner som står i en eksistensiell og emosjonell krise knyttet til valgsituasjon, og kvinner med behov for en samtale etter at valget er tatt. Dette preger også Stiftelsens verdigrunnlag presentert på deres nettsider. Når vi i intervjuene kommer inn på temaene prevensjonsveiledning og prevensjon, så er dette temaer som våre informanter ikke forbinder med Amathea. Da nevnes i større grad HFU, helsesykepleiere, Sex og samfunn og gynekologiske poliklinikker. En grunn til at prevensjonsveiledning og prevensjon ikke forbindes med Amathea, er de begrensningene for å drive undervisning og informasjonsarbeid som ligger Stiftelsens

størrelse. Med kontakter og samtaler med enkeltbrukere og med par som prioritert område, sier det seg selv at eksempelvis enpersonskontorer som skal dekke geografisk store områder, kun kan nå ut med informasjon om prevensjon til et begrenset antall ungdomselever i sitt ansvarsområde.

Ut over prevensjonsveiledning og utdeling av prevensjon i forbindelse med kontakter, bør det vurderes om Amatheia skal ha undervisning om disse temaene som et av sine satsingsområder. På området prevensjonsveiledning og prevensjon er det mange store aktører som jobber tett med den aktuelle ungdomsgruppen og som har god kunnskap på feltet (f.eks. HFUene). Spørsmålet blir om ikke undervisning om prevensjon dekkes godt av disse aktørene.

SINTEFs konklusjon:

Ut over prevensjonsveiledning og utdeling av prevensjon i forbindelse med kontakter, bør det vurderes om Amatheia skal ha undervisning om disse temaene som et av sine satsingsområder. På området prevensjonsveiledning og prevensjon er det mange store aktører som jobber tett med den aktuelle ungdomsgruppen og som har god kunnskap på feltet (f.eks. HFUene). Spørsmålet blir om ikke undervisning om prevensjon dekkes godt av disse aktørene.

6.2.5 Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper

6.2.5.1 Hva sier "Snakk om det"?

I strategien *Snakk om det*, vises det til at tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse er grunnleggende for å gi mennesker mestringskompetanse og kontroll over sin egen seksuelle og reproduktive helse. Åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse. Norge har lang tradisjon for seksualitetsundervisning i skolen. Kunnskap om grenser, respekt og rettigheter og evnen til å reflektere over ulike situasjoner er viktig for å utvikle egen autonomi og samtidig respektere andres grenser. Dette er emner som favner langt videre enn seksualitet, men som danner et nødvendig grunnlag for den enkeltes dannelse, identitetsutvikling og handlingskompetanse. Riktig kunnskap om seksualitet og seksuell helse fører til at ungdom debuterer senere, er flinkere til å bruke kondom og prevensjon og utvikler et positivt forhold til egen seksualitet og intimitet.

Samfunnet er preget av et større kulturelt mangfold enn for bare få år siden. Dette gjenspeiles i at elevgruppen består av elever som tilhører ulike kulturer og tradisjoner, og som har ulik bakgrunn når det gjelder kunnskap og holdninger til kropp og seksualitet. Det kan være ulike behov for kompetanse i undervisningen, og det kan være aktuelt å bruke ulike pedagogiske virkemidler, avhengig av elevgruppens sammensetning og bakgrunn. På mange skoler samarbeides det med helsesøster og skolehelsetjenesten for å sikre at temaet blir ivaretatt. I tillegg tilbyr flere frivillige aktører materiell og ressurser til seksualitetsundervisningen.

I strategien *Snakk om det* pekes det på at retten til å bestemme over egen kropp og god seksuell helse gjelder for alle mennesker. Noen unge og voksne som nylig har flyttet til Norge fra andre land, har allerede god kjennskap til dette temaet, mens andre mangler kunnskap om seksuell og reproduktiv helse. Undervisning om seksualitet og seksuell helse er inkludert i en obligatorisk informasjonsplan for beboere på mottak. Helsedirektoratet og Utlendingsdirektoratet har koordinert et arbeid med å lage en undervisningspakke om seksuell og reproduktiv helse, hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Undervisningspakken og veileder til denne er lagt ut på Helsedirektoratets nettsider. Pakken skal brukes til undervisning ved asylmottak. Den kan også benyttes i kommunenes øvrige arbeid rettet mot nyankomne innvandrere. Asylsøkere er en sammensatt gruppe, og materialet er utformet med tanke på at det skal brukes i ulike grupper av asylsøkere. Asylmottakene er pålagt å informere alle asylsøkere som kommer fra land der kjønnslemlestelse og tvangsekteskap praktiseres, om at kjønnslemlestelse er forbudt i Norge. Asylmottakene skal også bidra til at de som er kjønnslemlestet før ankomst, kan få medisinsk behandling.

Seksuell helse er en integrert del av menneskets helse og skal også ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemelding fra brukere og undersøkelser blant brukere og helsepersonell tyder på at det både mangler bevissthet og kunnskap om seksuell helse som helsefremmende ressurs. Dette er utfordringer som krever en felles innsats. Seksuell helse bør vektlegges i relevante profesjonsutdanninger som en del av en helhetlig helseforståelse, og inkluderes i faglige retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten. Tjenestene må sikre seg at de har personell med nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta alle pasientens helseproblemer, også problemer relatert til seksuell helse.

6.2.5.2 Resultater

I denne delen av evalueringen skal vi svare ut Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i *ulike målgrupper*. Ulike målgrupper er ikke nærmere spesifisert. Vi har senere i rapporten beskrevet og drøftet hvordan Stiftelsen bidrar på individ-, tjeneste- og systemnivå når det gjelder reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter og reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), inkludert hiv. Vi redegjør for Stiftelsens bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, og har med et punkt om i hvilken grad Amatheia når sårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet.

Slik vi forstår denne delen av evalueringsoppdraget, skal det settes søkelys på den delen av Stiftelsens virksomhet som dreier seg om kunnskapsformidling. På individnivå, som utgjør mye av kjernevirksomheten og kjernekompetansen i Amatheia, bidrar Stiftelsen til kunnskap og handlingskompetanse gjennom veiledningen av kvinner, menn og par som gjør dem i stand til å ta egne valg, og stå i valget også i ettertid. Det å øke bevisstheten om egen handlingskompetanse står sentralt. I dette ligger også prevensjonsveiledning, som forebyggende for å unngå fremtidige uønskede svangerskap.

På gruppenivå tilbyr Stiftelsen både fødselsforberedende kurs og mor-barn-grupper etter fødsel. Målgruppene er primært kvinner som blir alene med omsorgen for sitt barn, har et uavklart forhold til barnefar eller har en utfordrende livssituasjon. Begge disse kursene har felles mål om å bidra til at kvinnene kan etablere et nettverk, få tilgang på nødvendig kunnskap og bli trygge i rollen som omsorgspersoner. Stiftelsen samarbeider på dette området i hovedsak med helsestasjoner, jordmortjenester og NAV både med å rekruttere kvinner til kursene og som ressurser til de ulike temaene deltagerne har behov for.

På gruppenivå har Stiftelsen engasjert seg i minoritetsbefolkningen (her forstått som etniske minoriteter) i alle de årene vi har rapporter fra. Stiftelsen samarbeider med asylmottak, introduksjonstjenester,

opplæringsentre og ulike minoritetsorganisasjoner for å planlegge og gjennomføre undervisning om seksuell- og reproduktiv helse, prevensjon, graviditet, abort, negativ sosial kontroll, kjønnslemlestelse og vold i nære relasjoner. Dette er opplegg som tilpasses klasser og grupper, og temaene er kunnskap om egen kropp, autonomi og frihet til å ta egne valg. Videre bidrar Stiftelsen i grupper og dialogsamlinger med deltakere fra ulike minoriteter, i hovedsak fra afrikanske og asiatiske land. Temaene i disse aktivitetene har også vært seksuell- og reproduktiv helse, kunnskap om egen kropp, sosial kontroll, kjønnslemlestelse, vold i nære relasjoner, prevensjon, graviditet og abort. Målgruppene har vært enslige mindreårige asylsøkere/flyktninger, asylmottak, bosatte asylsøkere og flyktninger (både ungdommer og voksne av begge kjønn) og befolkningen som er en del av innvandringsmiljøene.

Stiftelsen har i mange år bidratt til god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse blant unge. Veiledere fra Stiftelsen har undervisning for konfirmanter, elever i ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøyskoler om temaene seksuell- og reproduktiv helse, prevensjon og abort. Stiftelsen deltar også på utdanningsmesser med informasjon om Amatheas tjenester, svarer på spørsmål om seksuell og reproduktiv helse og prevensjon, og deler ut gratis kondomer.

Videre bidrar veiledere fra Stiftelsen i svarpanelet til *ung.no*, innen fagområdene prevensjon og graviditet, samt veiledning i hvor de kan hente mer kunnskap og hvilke tjenester de kan oppsøke, og synliggjøring av Amatheas tjenestetilbud. Amatheas har vært en del av dette samarbeide gjennom tilskuddordningen og får ingen honorarer for dette arbeidet. Antall samtaler anslås til 1073 i 2019. Utviklingen har gått i retning av at Amatheas blir tildelt de mer komplekse spørsmålene når de gjelder graviditet og abort. De enklere spørsmålene innen prevensjon etc. har de fordelt til andre i svarpanelet.

I arbeidet med ungdom, inngår også samarbeid med lærere, helsesykepleiere, og politi på videregående skoler med visning av filmen *Føkkings mai*, som tar utgangspunkt i russetiden og hva den kan innebære av ulike problemstillinger knyttet til alkohol, vennskap, sjalusi, kjæresteforhold og graviditet. I undervisningsopplegget legges det opp til en bevissthet om ansvarliggjøring og refleksjon knyttet til uplanlagt graviditet.

Stiftelsens bidrag til å sikre god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i helse- og omsorgssektoren, sårbare grupper og kjønnsminoriteter, er omtalt senere i rapporten.

6.2.5.3 Drøfting

På gruppenivå oppgir Amatheas at de har tilbud om både fødselsforberedende kurs og mor-barn-grupper etter fødsel. Målgruppene er primært kvinner som blir alene med omsorgen for sitt barn, har et uavklart forhold til barnefar eller har en utfordrende livssituasjon. Begge disse kursene har felles mål om å bidra til at kvinnene kan etablere et nettverk, få tilgang på nødvendig kunnskap og bli trygge i rollen som omsorgspersoner. Stiftelsen samarbeider på dette området i hovedsak med helsestasjoner, jordmørtjenester og NAV både med å rekruttere kvinner til kursene og som ressurser til de ulike temaene deltagerne har behov for.

Stiftelsen har, slik vi ser det, en bred tilnærming når det gjelder å bidra til å sikre "god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper". Vi har ikke data på hvor mye av veilederens tid som går med til denne delen av virksomheten. Tilbakemeldinger fra informantene viser at veilederne ser det som sin primæroppgave å bistå kvinner, menn og par når det gjelder veiledning og i valgsamtaler. Samtidig har vi tidligere i rapporten beskrevet Amatheas som å være i en "konstant beredskap". Mens veilederne jobber

med fødselsforberedende kurs, barselgrupper, småbarngrupper, undervisning o.a., er de også hele tiden på kortvarsel klare til å prioritere de eksistensielle valgsamtalene, - samtaler som er krevende.

Selv om Stiftelsen har en bred tilnærming når det gjelder målgrupper for å formidle kunnskap og sikre handlingskompetanse om seksuell helse, så er organisasjonen liten i den store sammenhengen (19 årsverk fordelt på 13 lokalkontor, og med flere enpersonskontor). En rekke private og offentlige aktører arbeider med å spre kunnskap om seksuell helse. Med et etter hvert godt utbygget skolehelsetjenestetilbud og fremveksten av helsestasjoner for ungdom, er det disse tjenestene som står for den brede kontakten med ungdom, når det gjelder å informere og veilede om temaer som seksuell helse og prevensjon. Men Amatheas bidrar, om enn i mindre skala. Et viktig bidrag i denne sammenheng er å spre informasjon om tilbudet i Amatheas: de har kompetanse på veiledning og valgsamtaler, de er et gratis tilbud og de har ikke har ventetid. Dette er faktorer som kan være viktige for ungdom når de vurderer å be om bistand i en eksistensiell og emosjonelt utfordrende livssituasjon.

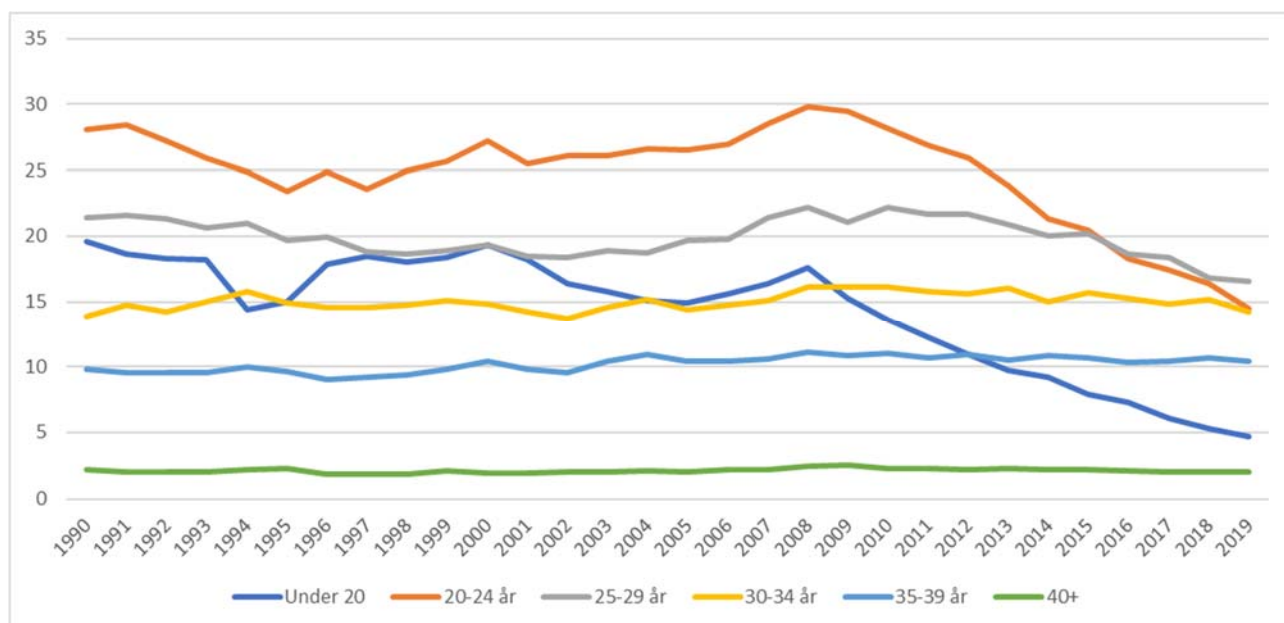
SINTEFs konklusjon:

Stiftelsen har, slik vi ser det, en bred tilnærming når det gjelder å bidra til å sikre "god kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper". I regelverket vises det til at "målgruppen er gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse", men regelverket og evalueringen viser at målgruppen når det gjelder å spre kunnskap, er større enn som, så. Vi har ikke data på hvor mye av veiledernes tid som går med til å spre kunnskap, men som vi kommer tilbake til i sluttkapittelet i rapporten, hvor vi drøfter om det er deler av denne virksomheten som ikke bør inngå i Amatheas portefølje.

6.2.6 Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter

6.2.6.1 Bakgrunn

En rapport fra Folkehelseinstituttet (FHI) publisert i mars 2020 viste at aborttallene aldri har vært lavere i Norge, og aborttallene er for første gang under 10 per 1000 kvinne i alderen 15-49 år. Nedgangen i aborttallene, som en har sett siden 2008, viser seg også i 2019. Hovedsakelig skyldes dette en nedgang i uønskede svangerskap for kvinner under 25 år, men det er en fallende tendens i alle aldersgrupper. Åtte av ti aborter blir utført før 9. uke og ni av ti aborter blir utført medikamentelt.



Figur 1 Antall selvvalgte svangerskapsavbrudd 1990-2019 etter aldersgruppe, per 1000 kvinner.²³

Det ble utført 11 726 svangerskapsavbrudd i Norge i 2019. Raten går ned for alle aldersgrupper; fra 10,3 per 1000 kvinner (15-49 år) i 2018 til 9,7 i 2019. Av alle avbrudd var 95,6 prosent selvbestemte og 83,1 prosent var utført før 9. uke.

Tallet på avbrudd blant tenåringer (15-19 år) fortsetter å gå ned og er det laveste siden opprettingen av Abortregisteret. Det hadde et ytterligere fall fra 5,5 per 1000 kvinner i 2018 til 4,9 i 2019. Fram til 2015 var abortraten høyest for kvinner tidlig i 20-årene. Siden da har aldersgruppen 25-29 år overtatt som den aldersgruppen som har den høyeste abortraten, med en rate på 17,3. Man ser også at aldersgruppen 30-34 år for første gang har en høyere abortrate per 1000 kvinner enn de under 25 år, som er på 15,0.

Data fra Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister viser at trenden med fallende aborttall også gjelder for fødselstall. I denne perioden har fødselsraten falt fra 63,7 per 1000 kvinne til 29,5 i aldersgruppen 20-24 år. Det er en nedgang på mer enn 50% for både abortrate og fødselsrate. I aldersgruppen 25-29 år ser man et fall i abortraten på 23,1 per 1000 kvinner i 2008 til 17,3 i 2019 og et fall i fødselsrate fra 129,1 til 95,1 per 1000 kvinner. Det vil si en nedgang på ca. 25% i både avbrudd- og fødselsrate.

Fram til 2015 var abortraten høyest for kvinner tidlig i 20-årene, men siden da har aldersgruppen 25-29 år overtatt som den aldersgruppen som har den høyeste abortraten, på 17,6. Også i denne aldersgruppen er abortraten og fødselsraten fallende.

I rapporten pekes det på at det alltid har vært en stor regional variasjon i ratene for svangerskapsavbrudd i Norge. Det gjelder alle aldersgrupper. Disse forskjellene er i ferd med å bli mindre, men fremdeles ser man en viss variasjon. I 2019 hadde fylkene Troms og Finnmark, Oslo og Nordland de høyeste ratene, med respektive 13,3, 11,8 og 10,1 avbrudd per 1000 kvinner i fertil alder. Møre og Romsdal, Agder og Rogaland hadde de laveste ratene, med respektive 7,5, 8,0 og 8,0 avbrudd per 1000 kvinner. Til sammenlikning varierte raten per 1000 kvinner fra 9,7 i Rogaland til 22,3 i Oslo i 1980.

²³ Kilde: FHI, Abortregisteret: <http://statistikkbank.fhi.no/abort/>

Siden 2008 har de fleste selvbestemte svangerskapsavbruddene vært utført medikamentelt. Det har vært en gradvis økning siden metoden ble innført i 1998. I 2019 ble 92,4 prosent av avbruddene utført medikamentelt. Det er et sprik mellom sjukehusene i andelen medikamentell abort. Den forskjellen kan skyldes at ikke alle sjukehus har tilbud om medikamentell abort i 9.-12. svangerskapsuke. Flertallet, og en økende del av svangerskapsavbruddene, blir utført tidlig i svangerskapet. I 2019 var 83,1 prosent av alle selvbestemte avbrudd utført før 9. uke. Av alle avbrudd var 95,6 prosent selvbestemte.

FHI peker i rapporten på at det er et uttalt mål for myndighetene å forebygge uønskede svangerskap. FHI viser til at en rekke tiltak er satt i verk for å redusere tallet på svangerskapsavbrudd. Tiltakene gjelder først og fremst å øke kunnskapen om kropp og seksualitet og bedre tilgang til de tjenestene som er nødvendige for å ha et godt og trygt seksualliv. I det ligger det blant annet undervisning om kropp og seksualitet, lett tilgang til prevensjon, reseptfri nødprevensjon, og forskrivningsrett av hormonell prevensjon til jordmødrer og helsesykepleiere. Videre peket FHI på at en har særlig fokusert på de yngste aldersgruppene der en har tiltak som subsidiert prevensjon, gratis kondom, gratis opplysningstelefon om seksualitet, styrking av studenthelsetjenesten og flere helsestasjoner for ungdom. En har antatt at en av hovedårsakene til den store nedgangen i avbrudd blant de unge skyldes tilbudet om subsidiert prevensjon og at de unge tar med seg prevensjonsadferden sin inn i voksenlivet. FHI mener det er interessant å se at trenden med fallende avbruddsrate også gjør seg gjeldende for aldersgruppen 20-24 år. Flere studier viser til at det er særlig ved bruk av langtidsvirkende prevensjon som til eksempelvis p-stav og spiral at en ser en effekt på aborttallene. I Reseptregisteret ser en at tallet på resepter på for eksempel p-stav har hatt en eksponentiell vekst de siste årene.

6.2.6.2 Hva sier "Snakk om det"?

Strategien *Snakk om det* har som et av sine mål å forebygge *uønskede svangerskap* blant kvinner i alle aldersgrupper. I strategien vises det at til en vanlig oppgitt årsak til uønsket svangerskap har vært svikt i prevensjonsbruk, for eksempel ved feilbruk, opphold i bruk eller liknende: "*Nær 4 av 10 abortsøkende kvinner har gjennomført abort tidligere, viser en norsk undersøkelse basert på tall for perioden 2007–2011*". I strategien heter det at langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) er blant de sikreste prevensjonsmetodene som finnes. Ved en dreining til langtidsvirkende hormonell prevensjon vil man forvente at prevensjonssvikt som årsak til uønskede svangerskap, vil reduseres i omfang.

Det pekes på i strategien at kvinner som søker abort, har rett til veiledning om videre prevensjon og forebygging av uønskede svangerskap, dersom de ønsker det. Tilbudet skal etter loven omfatte informasjon om støtteordninger til gravide som velger å fullføre svangerskapet.

Reduksjon i antall uønskede svangerskap har vært et viktig mål i tidligere innsats for bedre seksuell helse. Flere nye og mer effektive prevensjonsmetoder har kommet på markedet og er gjort lettere tilgjengelig for befolkningen. God informasjon og veiledning i bruk av prevensjonsmidler er sannsynligvis en viktig faktor, sammen med tiltak som tilbud om billigere langtidsvirkende prevensjon til unge jenter. Regjeringens styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten har, sammen med utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre, sikret at helsepersonell er lettere tilgjengelig for ungdom på deres premisser. P-piller har gjennom flere år vært subsidiert for kvinner mellom 16 og 20 år. Fra 2014 ble langtidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler inkludert i denne ordningen. Det er grunn til å tro at kombinasjonen med subsidiering av hormonell prevensjon til de yngste kvinnene og at jordmødre og helsesøstre i helsestasjon har fått forskrivningsrett til denne gruppen, har bidratt til fallende abortrater.

I strategien vises det til kunnskapsoppsummeringer nasjonalt og internasjonalt som viser at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd foretatt i første tredjedel av svangerskapet:

Men i tilfeller hvor det foreligger psykiske plager eller andre sårbarhetsfaktorer før svangerskapet ser man at et uønsket svangerskap kan forsterke disse. Det er derfor viktig at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter et svangerskapsavbrudd, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys etter-samtaler, dersom kvinnen ønsker dette".

Lett tilgjengelighet til prevensjon, god veiledning og tilgang til flere sikre prevensjonsmetoder har vært viktige tiltak i innsatsen for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Den fallende abortraten er en gledelig utvikling. Innsatsen har vært vellykket, og det er derfor viktig for regjeringen å sikre at det gode arbeidet videreføres, samtidig som det jobbes for å redusere antall uønskede svangerskap ytterligere.

6.2.6.3 Resultater

Stiftelsens bidrag til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter kan best besvares ved en beskrivelse av Stiftelsens kjerneaktiviteter, en beskrivelse som støttes både i dokumentgjennomgangen og intervjuer med interne og eksterne informanter: Tilbud om veiledning til kvinner, menn og par som står i en situasjon der det er knyttet usikkerhet til om et svangerskap skal avbrytes eller fullføres og for de som har behov etter et opplevd svangerskapsavbrudd. Gjennom valgsamtalene, samtaler underveis i svangerskapet og etter-abort samtaler, fokuseres det på egne valg, bevissthet om egen handlingskompetanse innenfor seksuell helse, troen på egne ressurser, bearbeiding av skyldfølelse og skam, fokus på å forebygge fremtidige uønskede svangerskap og aborter og prevensjon. I tillegg er sorgbearbeiding, samliv og rettigheter en viktig del av dette arbeidet.

Der det blant eksterne informanter er noe varierende erfaringer med i hvilken grad Stiftelsen bidrar til temaer som undervisning og informasjon om seksuell og reproduktiv helse, prevensjonsveiledning, seksualundervisning blant ungdom og ungevoksne o.a., er det bred enighet om den spisskompetansen som Stiftelsens veiledere har på de områdene som er beskrevet i avsnittet over. Veilederne har kunnskap om det å fremme egne valg i et korttidsperspektiv, kunnskap om de eksistensielle og emosjonelle utfordringene det kan medføre å stå i en valgsituasjon. Etter-samtalene, det psykologiske etterarbeidet, det å kunne skille mellom de som har det lett etter en abort, og de som er alvorlig belastet er viktig del av kompetansen som veilederne har. De "konkurrerende" miljøene vi har hatt kontakt med, henviser brukere til Stiftelsen når slike temaer dukker opp. Representanter for blant annet gynekologiske poliklinikker viser til at de informerer brukerne om de alternativene de står overfor, "men vi veileder ikke. Da henviser vi til Amatheia".

Videre blir det blant informantene pekt på at møtet med mange av de parene som kommer til Amatheia viser kjønnsforskjeller når det gjelder hvordan de håndterer krisesituasjoner. Dette er situasjoner som veilederne har kompetanse på og erfaringer med, en kompetanse våre informanter mener par i krise kommer gjennom på en, for begge parter, god måte.

6.2.6.4 Drøfting

Vår konklusjon er at Stiftelsens bidrar til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, og derigjennom fremmer god helse og reduserer uhelse, først og fremst på individnivå. Stiftelsen har, ut fra sin størrelse og ressurser (lokalkontorer og personell) ikke mulighet til å gi et større bidrag for å redusere forekomsten av

uønsket svangerskap og/eller abort på nasjonalt plan. Organisasjonens spesialkompetanse er veiledning til enkeltpersoner og mindre grupper. Kvinner kan få hjelp til å avverge en uønsket abort, men dekningsgraden er for lav til at dette vil vise i nasjonal statistikk.

Det er de senere årene lagt fram en rekke handlingsplaner og strategier med mål om å redusere antallet uønskede graviditeter og aborter. Nedgangen i aborttallene viser at det nytter med målrettet innsats for å forebygge uønskede graviditeter som ender i svangerskapsavbrudd. Viktige grep for å forebygge uønskede svangerskap er å øke helsekompetansen hos ung, gi enklere tilgang til prevensjon og gi tilpasset informasjon og veiledning om prevensjon.

Stiftelsen Amatheia er ikke eksplisitt omtalt i strategien *Snakk om det*, men inngår som en av flere tilskuddsmottakere knyttet til arbeidet med bedre seksuell helse, arbeid rettet mot minoritetsgrupper, arbeid for å øke prevensjonsbruk og forebygging av uønskede svangerskap og abort. I strategien pekes det på at den brede innsatsen blant annet *"har ført til betydelig nedgang i antall uønskede svangerskap og aborter og en begynnende nedgang i antall personer som blir smittet av hiv"*. Videre heter det i strategien at *"gjennom tilskuddsordninger har frivillige aktører og organisasjoner sammen med de offentlige tjenestene vært involvert i å utforme og utvikle undervisningsopplegg, digitale informasjonstjenester og andre gode lavterskeltilbud som møter de ulike gruppenes behov. Innsatsen har blant annet ført til betydelig nedgang i antall uønskede svangerskap og aborter og en begynnende nedgang i antall personer som blir smittet av hiv"*.

Stiftelsens bidrag må også sees i lys av oppfyllelse av kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap (jf. Lov om svangerskapsavbrudd). Lovens § 2 skal sikre at kvinner og jenter som mener svangerskapet medfører alvorlige vansker får tilbud om informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi. Hun har også krav på råd før hun tar sin egen beslutning om å fullføre svangerskapet eller å be om abort. Stiftelsen bidrar til samfunnets oppfyllelse av denne rettigheten. Stiftelsen er på dette området et supplement til det offentlige helsevesenet, på individnivå.

SINTEFs konklusjon:

Vår konklusjon er at Stiftelsens bidrar til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, og derigjennom fremmer god helse og reduserer uhelse, primært vises på individnivå. Kvinner kan få hjelp til å avverge en uønsket abort, men dekningsgraden er for lav til at dette vil vises i nasjonal statistikk. Stiftelsens bidrag må sees i lys av oppfyllelse av kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap (jf. Lov om svangerskapsavbrudd). Stiftelsen bidrar til samfunnets oppfyllelse av denne rettigheten. Stiftelsen er på dette området et supplement til det offentlige helsevesenet.

6.2.7 Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv

6.2.7.1 Bakgrunn

Årsrapport for 2019 *Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner* ble utgitt av Folkehelseinstituttet (FHI) i juni 2020. I sammendraget i rapporten vises det til at trenden med nedgang i meldte *hiv-tilfeller* fortsetter i 2019, spesielt blant menn som har sex med menn (msm) smittet mens de var bosatt i Norge. Blant heteroseksuelt smittede er hivtallene lite endret fra 2018, men både blant personer smittet heteroseksuelt mens de var bosatt i Norge og blant heteroseksuelt smittede før de kom til Norge har hivtallene gått ned de siste årene. Det er fortsatt stabil lav hiv-forekomst blant personer som tar stoff med sprøyter blant

norskfødte kvinner og blant ungdom. Mest utsatt for hivsmitte er fortsatt msm og heteroseksuelle menn på reise i utlandet, særlig til Sørøst-Asia.

Etter flere års sammenhengende økning gikk forekomsten av *gonoré* blant msm noe ned i 2019, men holder seg fortsatt på et høyt nivå. Blant heteroseksuelle kvinner og menn fortsatte gonoré å øke i 2019. Blant kvinner er antall meldte tilfeller av gonoré tidoblet på 10 år og blant heteroseksuelt smittede påvises det nå flere tilfeller blant kvinner enn menn. Situasjonen i Norge følger en internasjonal trend der gonoré øker kraftig i mange vestlige land.

Fra slutten av 1990-tallet har antall *syfilistilfeller* blant msm økt betydelig i Norge, men diagnostiserte tilfeller gikk noe ned i 2019. Fortsatt smittes de fleste msm ved tilfeldig sex i Oslo, men utviklingen de siste år med mer smitte i det øvrige Norge, særlig i større byer som Bergen, Trondheim og Stavanger eller på feriereiser til europeiske storbyer fortsetter. Spesielt er msm med innvandrerbakgrunn og hivpositive utsatt for syfilissmitte. Blant heteroseksuelle kvinner og menn er forekomsten av syfilis nå vesentlig høyere enn for 10 år siden, men har holdt seg nokså stabil de siste årene. Siste tilfelle av medfødt syfilis ble meldt MSIS i 2003.

Den rapporterte forekomsten av *klamydia* økte årlig fra årtusenskiftet fram til 2008 og holdt seg stabil med mindre variasjoner de neste 10 år. I 2019 ble det diagnostisert 28 466 tilfeller, 534 per 100 000 innb. Dette er en økning på 6,6 prosent fra fjoråret og den høyeste observasjonen fram til nå. Det ble spesielt observert en økning i aldersgruppen 20-24 år det siste året. Antall testede i 2019 var 386 978, en øking av antall testet på 6,3 prosent fra 2018. 7,8 prosent av de testede fikk påvist klamydiainfeksjon i 2019.

6.2.7.2 Hva sier "Snakk om det"?

Et av strategiens overordnede mål er reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. De vanligste seksuelt overførbare infeksjonene overvåkes gjennom Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). Forekomsten av seksuelt overførbare sykdommer har vært økende de siste 10–15 årene. Strategien peker på at høye smittetall for seksuelt overførbare infeksjoner er alvorlig og en tydelig indikasjon på at befolkningen i for liten grad beskytter seg mot seksuelt overførbare infeksjoner. Dette synliggjør viktigheten av at informasjon og kunnskap om forebygging rettes mot alle aldersgrupper og kjønn, og at testtilbud for seksuelle infeksjoner er lett tilgjengelig for alle.

Tiltak for å øke kondombruken i alle befolkningsgrupper er fortsatt et viktig virkemiddel for å redusere nysmitte av alle seksuelt overførbare infeksjoner. Positive holdninger til kondombruk, lett tilgang til kondom og trening i riktig bruk er viktige forutsetninger for at kondomet tas frem i riktig øyeblikk. Seksualitetsundervisning og holdningsarbeid bør fokusere på positive opplevelser med kondombruk og inkludere trening i riktig bruk, samt kommunikasjons- og forhandlingsferdigheter om sikker sex.

Tidlig diagnose og rask oppfølging er viktige verktøy for å redusere nysmitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Når smitte oppdages, bør den smittede tilbys testing for øvrige seksuelt overførbare infeksjoner, hjelp til smitteoppsporing, samt veiledning for å forebygge videre smitte til partnere.

Flere større kommuner har lavterskeltilbud om prevensjon og smitteveiledning, blant annet gjennom helsestasjon for ungdom og i samarbeid med likepersonstjenester som tilbyr anonym testing og veiledning. Dette er viktige tiltak for å forebygge, kartlegge og behandle seksuelle infeksjoner.

Fallende hivtall over flere år kan tyde på at man i Norge lykkes med behandling som forebyggingsstrategi for hiv. Samtidig er tilbakemelding fra brukerorganisasjonene som jobber med mennesker med hiv, at det fortsatt mangler kunnskap og oppmerksomhet om forebyggende behandling (posteksponeringsprofylakse, PEP) ved konkret mistanke om smitte og preeksponeeringsprofylakse (PrEP) for å forebygge smitte hos personer med særlig risiko for smitte.

6.2.7.3 Resultater

Vår evaluering viser at Stiftelsens arbeid med reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner i stor grad sammenfaller med det som blir skrevet og sagt i tilbakemeldingene når det gjelder arbeidet med prevensjonsveiledning og prevensjon.

Vi har gjort søk i samtlige av Stiftelsens årsrapporter for perioden 2007-2019 og finner temaet "smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv" lite omtalt. I rapporten for 2019, heter det følgende:

Gjennom vårt forebyggende arbeid når det gjelder seksuell helse er kunnskap om og tiltak for å unngå å bli smittet av SOI og hvor de kan få god hjelp en naturlig del av arbeidet vårt. Det er med i kontakter, chatt, grupper og undervisninger vi har hatt gjennom 2019. Vi deler ut gratis kondomer på alle lokalkontorene.

Stiftelsens forebyggende arbeid er med andre ord knyttet til det arbeidet Stiftelsen gjør innenfor prevensjonsveiledning og prevensjon. I veiledernes undervisning av ungdomsskoleelever og elever ved videregående skoler, inngår prevensjonsveiledning som et av flere emner innenfor informasjon om seksuell og reproduktiv helse.

I årsrapporten for 2019 vises det til Stiftelsen ga 1 905 brukere prevensjonsveiledning "enten ved oppmøte, telefon eller chatt". Men Stiftelsens bidrag, der blant annet prevensjon som forebyggende tiltak er et tema, når ut til langt flere. I årsrapporten for 2019 heter det blant annet:

Amatea har hatt undervisning i mange kommuner rundt om i landet for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøgskoler innen tema seksuell- og reproduktiv helse, prevensjon og abort. I 2019 hadde vi undervisning for et sted mellom 8–9000 ungdommer.

Intervjuene viser at spørsmål om prevensjon ofte inngår i kontakter hvor blant annet valgsituasjoner er hovedtema. Underforstått inngår det forebyggende arbeidet og spørsmål om prevensjon, langt oftere enn det som blir registrert og som kommer fram i tilgjengelig statistikk.

Våre eksterne informanter opplever at dette er temaer som ikke rent umiddelbart assosieres ved det tilbudet Stiftelsen gir. Samtidig vises det til at man her beveger seg inn på arenaer hvor også andre aktører opererer, særlig skolehelsetjenesten og helsestasjoner for ungdom (HFU). Det pekes på at Stiftelsen er unik når det gjelder veiledning og valgsamtale om graviditet. Men når det gjelder prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), så henvises det i hovedsak til HFU for aldersgruppen opp til 25 år. Noen av våre informanter opplever prevensjonsveiledning som et relativt nytt tilbud fra Stiftelsen, og det er derfor naturlig å "henvise til andre enn Amatea" for bistand. Informantene peker på at med prevensjon og SOI, beveger Stiftelsen seg over på områder hvor det allerede eksisterer tilbud.

6.2.7.4 Drøfting

Vår konklusjon er at det hersker liten tvil om at Stiftelsens bidrar til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, gjennom sitt forebyggende arbeid i enkelt-kontakter, og i form av undervisning for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøyskoler. Samtidig har Stiftelsen begrensede ressurser til å nå ut til alle skoler. Det er derfor vanskelig å si noe om i hvilken grad Stiftelsen bidrar på dette området.

En rekke strategier og handlingsplaner har i mange år vært innrettet med det primære mål å forebygge uønsket svangerskap og abort, og innsatsen har vært koordinert med innsatsen for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner og hiv. Behovet for å videreføre denne innsatsen går også fram av Årsrapport for 2019 *Overvåkning av seksuelt overførbare infeksjoner* utarbeidet av FHI.

Vår konklusjon er at Stiftelsen bidrar på dette området, samtidig er det aktører på arenaen som når ut til langt flere i aktuell målgruppe. Skal Stiftelsen videreføre sin innsats og nå ut til flere, må Stiftelsen bli mer synlig på dette området. Dette er et område som mange av våre eksterne informanter ikke assosierer med Amatheas tilbud og virksomhet per i dag.

SINTEFs konklusjon:

Vår konklusjon er at Stiftelsens bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv, primært vises gjennom sitt forebyggende arbeid i enkelt-kontakter. Når det gjelder undervisning om dette temaet for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøyskoler, så er Amatheas en av flere aktører, noe som gjør det vanskelig å si noe om i hvilken grad Stiftelsen bidrar på dette området. På dette området overlapper Stiftelsen tilbudet til offentlige helsevesenet og private aktører.

6.2.8 Stiftelsens bidrag til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten

6.2.8.1 Hva sier "Snakk om det"?

Et overordnet mål i strategien *Snakk om det* er å sikre at helse- og omsorgstjenesten har kunnskap om seksuell helse, og sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov.

Kunnskap og bevissthet om seksuell helse i møte med mennesker med og uten helseutfordringer er en forutsetning dersom seksuell helse skal kunne vektlegges som helsefremmende ressurs. Til tross for at helse- og omsorgspersonell mener at temaene seksualitet og seksuell helse er relevant i helse- og omsorgstilbudet, viser undersøkelser og tilbakemeldinger at mange unnlater å snakke om seksuell helse i møtet med brukere og pasienter. Manglende bevissthet og oppmerksomhet kan føre til at brukerne/pasientene opplever at deres seksualitet usynliggjøres, og at seksuell helse som ressurs, blir glemt.

Helsepersonell med minimum 3-årig utdanning bør være i stand til å gi rom for spørsmål knyttet til seksualitet og helse, og kunne gi begrenset, tilpasset informasjon om bivirkninger av behandling, helseplager m.m. Helsepersoners profesjonalitet i slike samtaler vil være avgjørende for å sikre god kommunikasjon. Et bevisst og reflektert forhold til egne holdninger og erfaringer er nødvendig for å kunne være fordomsfri og imøtekomende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse.

I strategien pekes det på at offentlige tilbud og tjenester må inkludere seksuell helse der dette er relevant og hensiktsmessig slik at seksuell helse blir en integrert del av folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene. Her vil det også være nødvendig med målrettet innsats for å styrke kompetansen hos flere yrkesgrupper, inkludert helsepersonell, ansatte i barnevern og i opplæringssektoren. Dette kan oppnås gjennom tematisering i grunnutdanningene og/eller gjennom egne etter- og videreutdanningstilbud. Seksualitet som ressurs og faktor som påvirker helsen, bør også være et relevant fordypningstema i fagmøter og seminarer.

6.2.8.2 Resultater

Vår evaluering viser at Stiftelsen underviser om seksuell og reproduktiv helse på sykepleieutdanningene, både på grunnleggende og høyere nivå. I årsrapporten for 2019 ble det vist til at studenter har praksisperioder ved Stiftelsen. Det undervises også om det tilbudet Amatheia gir, innen helse- og sosialfaglig utdanning ved høyskoler og universiteter. Det var etablert faste samarbeidsmøter, undervisning og faglig utveksling med de gynekologiske poliklinikkene på sykehusene i helseforetakene, og det var åpent for hospitering mellom partene. Omfanget av undervisning, hospiteringer og samarbeidsmøter lar seg ikke kvantifisere, og det er vårt inntrykk at det er store lokale variasjoner med hensyn til disse aktivitetene, og bærer litt preg av tilfeldigheter hvem kontorene samarbeider med.

Stiftelsen har hospitering av ansatte i Oslo kommune når det gjelder kunnskap og opplæring innen innsetting av LARC. Målet med samarbeid har vært å bidra til å spre kunnskap til samarbeidspartnere og brukere. Samarbeidspartnere er mange, og varierer fra lokalkontor til lokalkontor, men i rapporten trekkes fram helsestasjoner, barnevern, utekontakter, familiesentre, kvinneklinikker, krisesentre, familievernkontor, opplæringsentre, minoritetsorganisasjoner, flyktningehelsetjenester, studentorganisasjoner og introduksjonstjenester.

Vår evaluering gir støtte til det som skrives i årsrapporten fra 2019; samarbeidspartnere er mange og varierer fra lokalkontor til lokalkontor. Veilederne bidrar til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, foregår dels i form av undervisning på helserelevante studieretninger og dels i samarbeid med helsetjenester. Omfanget varierer mye fra kontor til kontor. Ved enkelte kontor har man hatt lang erfaring når det gjelder undervisning både på sykepleier-, helsesykepleier- og jordmorutdanningene, mens andre kontorer ikke er til stede eller er bidragsyter i disse utdanningene.

I møtet med helsepersonell bidrar veilederne i undervisning om de metodene som Stiftelsen bruker, med andre ord å gjøre Amatheia kjent i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Noe av poenget med disse kontaktene er også å klargjøre at man "ikke skal tråkke i bedene til hverandre", med andre ord å klargjøre rollene i møte med målgruppene. Ved enkelte kontorer er det etablert mer eller mindre formelle samarbeidsavtaler med sykehus og kommuner, hvor Stiftelsen bidrar med veiledningstimer for eksempler på gynekologiske poliklinikker, og hvor helsepersonell på sykehus og i kommunehelsetjenesten kan hospitere i Amatheia.

Men på området undervisning av helsepersonell, er det også andre aktører på banen. Eksempelvis Sex og samfunn tilbyr ulike opplæringstiltak som opplæring om prevensjon ved landets høgskoler og universiteter med utdanningsforløp innenfor helsefag, og kurs med et bredt utvalg tema, inkludert transtematikk, personer som kjøper sex, hiv/aids og langtidsvirkende prevensjon (LARC), tilpasset ulike deltakergrupper. Sex og samfunn utdanner også «superbrukere» fra hele landet i langtidsvirkende prevensjon, som igjen skal sørge for faglig og praktisk opplæring av helsepersonell i sin kommune. Sex og samfunn gjennomfører også tiltak

som fagutvikling og kunnskapsspredning blant annet gjennom hospiteringsordning for helsepersonell, utvikling av Metodebok for seksuell helse og drift av eMetodebok.no og egen nettside med faktaopplysninger om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

6.2.8.3 Drøfting

Også når det gjelder Stiftelsens bidrag til å øke kunnskap om, og ivaretagelsen av, seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, er det grunn til å peke på at Stiftelsen er en organisasjon med begrensede personellressurser (19 årsverk fordelt på 13 lokalkontor, og med flere enpersonskontor) og en av mange aktører slik at det er vanskelig å si noe om effekten av bidraget. Vårt inntrykk er at kontakten med, og bidrag overfor, helse- og omsorgssektoren, i stor grad er knyttet til den enkelte veileders kontaktnett, ofte nettverk de har med seg fra tidligere arbeidsplasser. Det synes med andre ord å bære preg av tilfeldigheter hvilke utdanninger og tjenester de har kontakt med.

I en arbeidssituasjon hvor første prioritet er valgsamtalen, vil det naturlig nok være begrenset med tid til å drive med mer systematisk kunnskapsoverføring innenfor relativt store regioner og ansvarsområder. Hovedhensikten med å være på disse arenaene vil måtte være å informere om tilbudet til Amatheas, slik at brukerne vet hvor de skal henvende seg ved behov, eventuelt henvises fra ulike tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren. Denne delen av virksomheten må enten organiseres mer systematisk, eller gå ut av Amatheas virksomhetsområde.

SINTEFs konklusjon:

Vår konklusjon er at kontakten med, og bidrag overfor, helse- og omsorgssektoren, i stor grad er knyttet til den enkelte veileders kontaktnett, ofte nettverk de har med seg fra tidligere arbeidsplasser. Det synes med andre ord å bære preg av tilfeldigheter hvilke utdanninger og tjenester de har kontakt med. Stiftelsens strategiske dokument for 2018-2022 legger ingen føringer for denne delen av virksomheten. Arbeidet må enten organiseres mer systematisk, eller gå ut av Amatheas virksomhetsområde.

6.2.9 Brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)

6.2.9.1 Resultater

Som en del av evalueringsoppdraget inngår å se på i hvilken grad Stiftelsen oppfyller tilskuddsordningens krav til måloppnåelse når det gjelder "brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)". Innenfor rammene av evalueringsoppdraget, er det ikke rom for å gjennomføre en egen og bredt anlagt spørreskjemaundersøkelse blant brukerne av Stiftelsen. Denne problemstillingen er derfor besvart ut fra de brukerundersøkelsene som Stiftelsen gjennomfører i egen regi.

I 2006 startet Stiftelsen Amatheas en løpende brukerundersøkelse. Stiftelsen fikk forskerbistand fra Universitetet i Bergen til og med 2018 (gjennomføring, registrering av svar og analyse). I 2019 gikk Stiftelsen over til å benytte SurveyMonkey som analyseverktøy for resultatene av brukerundersøkelsen. Målet med brukerundersøkelser har vært at Amatheas skal kunne utføre sin hovedoppgave og gi profesjonell veiledning ved ikke-planlagte svangerskap, på en best mulig måte. Tilbakemeldingene i den årlige brukerundersøkelsen skulle gi et bilde av hvordan tjenestene fungerer, sett fra brukerne. I årsrapporten for 2019 heter det:

Stiftelsen Amatheia har et stort fokus på, og holder høyt, at tjenestene våre er basert på brukermedvirkning og likeverdighet. Dette gjøres kontinuerlig av veilederne i ethvert møte med den enkelte og gjennom vår brukerundersøkelse.

Denne uttalelsen er representativ for formuleringene også i tidligere årsrapporter.

Deltakelse i brukerundersøkelsen er rettet mot brukere som har personlig oppmøte, vel 1/3 av det totale antall kontakter i 2019.

Brukerundersøkelsene for perioden 2007-2019 er presentert i Stiftelsens årsrapporter. I årsrapporten for 2007 het det at *resultatene fra brukerundersøkelsen og evalueringen (SINTEF 2006 – vår merknad) har vært viktige retningsgivere for utviklingsprosessen som fortsatte i 2007*. I årsrapporten for 2008 het det at *resultatene fra brukerundersøkelsen og evalueringen har vært viktige retningsgivere for organisasjonsutviklingsprosessen som fortsatte i 2008*.

Etter vår vurdering går det ikke fram av årsrapportene på hvilken måte og i hvilken grad resultatene av brukerundersøkelsene "har vært retningsgivende for utviklingsprosessen".

Brukertilfredsheten oppsummeres i årsrapportene, og oppsummeringene er så å si identiske for hele perioden 2007-2019. Resultatene kan oppsummeres i følgende punkter:

- *Nesten alle brukerne rapporterer at det er satt av nok tid til samtalen og at de har tillit til personen de snakket med.*
- *Brukerne opplever gjennomgående at personen de traff hadde god innsikt i problemene som ble presentert.*
- *Svarene som er gitt gir et klart inntrykk av at samtalen oppleves som å være til hjelp, og kvinner synes å oppleve dette i enda større grad enn de mennene som har gitt tilbakemelding.*
- *Opplevelsen av samtalen synes ikke å være avhengig av hvilken alder brukeren har.*
- *Nær alle vil anbefale Amatheia til andre i liknende situasjoner.*

Tar vi undersøkelsen for 2019 som eksempel (694 registrerte svar), svarte 97 prosent at de ble møtt på en svært god eller god måte, 99 prosent svarte at det ble snakket om det som var viktig for seg, 90 prosent oppga at samtalen var til god hjelp og 97 prosent ville anbefalt tjenesten til andre. I hvilken grad dette kan virke retningsgivende for virksomheten, er vi noe i tvil om. Det er først i brukerundersøkelsen i 2019, at det fremkommer hva brukerne mener Amatheia kan bli bedre på, og som Stiftelsen vil jobbe videre med. Her heter det blant annet:

På spørsmålet om hva kan vi gjøre bedre i Amatheia får vi mange gode tilbakemeldinger på å fortsette som før, at vi burde hatt flere ressurser og utvidet tilbudet, at flere skulle ønsket de visste om oss før og at vi var mer synlig i kommunehelsetjenesten og på sykehusene. Mer fokus på menn og deres rettigheter og behov er også ønsket, og at det kunne kommet tydeligere frem at vi også var et tilbud til de som gjennomgår spontan- og senaborter.

Etter det vi kjenner til, ble brukerne også i årene fram til 2019 spurt om hva Amatheia kan bli bedre på, uten at dette er presentert i årsrapportene.

Svarprosenten oppgis som besvarte spørreskjemaer i prosent av brukere som har hatt personlig oppmøte. En gjennomgang av samtlige årsrapporter for perioden 2007-2019 viser at svarprosenten, beregnet på denne måten, er jevnt over lav, varierende fra 10 prosent i 2011 til 33 prosent i 2014. Den lave svarprosenten gjør at analyse av eventuelle utviklingstrekk og mulige trender, må behandles med varsomhet. Samtidig er årsrapportene bygget opp noe forskjellig fra år til år, noe som gjør direkte sammenligninger mellom årene vanskelig. Men noe er det mulig å trekke ut av materialet. Brukerundersøkelsen i 2019 viste at *egen graviditet (55 prosent)* og *valget om å avslutte eller fullføre et svangerskap (27 prosent)* var de temaene som dominerte når det gjaldt spørsmål om *Oppsøkningsgrunn*. Resultatet i 2018 var henholdsvis 58 prosent og 28 prosent, og i 2017 henholdsvis 58 prosent og 23 prosent. Med andre ord små variasjoner i disse tre årene. Som vist ovenfor, er det stor grad av fornøydhet blant de brukerne som har svart på undersøkelsen. Det er derfor liten grunn til å tro at fornøydheten varierer med oppsøkningsgrunn.

Brukerundersøkelsen viste at i 2019 hadde 42 prosent ikke vært i kontakt med annen helse- eller sosialtjeneste i forkant av samtalen hos Amatheia (47 i 2018). Tallene for de øvrige årene viser at kontakten med annen helsetjeneste før bruker oppsøkte Amatheia, ligger mellom 40 og 50 prosent uten noen klar trend.

Spørreskjemaet ble, til og med 2019, delt ut i papirversjon ved personlig oppmøte, og brukerne ble bedt om å fylle ut før de dro hjem²⁴. I årsrapporten 2019 står det:

Brukerne fyller ut anonymt skjema som registreres i vårt resultatverktøy. De blir bedt om å legge inn noe bakgrunnsinformasjon om seg selv, svare på hvordan de har opplevd hjelpen de har fått og gi oss tilbakemelding på hva vi kan gjøre bedre.

Når det gjelder usikkerheten med "*hvor mange spørreskjema som er delt ut*", kan dette tyde på at det ikke er alle, som ved personlig oppmøte, blir spurt om å delta i undersøkelsen, eller så blir de spurt, men takker nei.

6.2.9.2 Drøfting

Det synes å være åpenbart at det er stor grad av tilfredshet med tjenestene Stiftelsen tilbyr blant de brukerne som har svart på brukerundersøkelsen. Tilfredsheten holder seg stabil gjennom hele perioden vi har sett på. Hvis vi legger til grunn at samtlige brukere med personlig oppmøte tilbys å delta i undersøkelsen, at dette utgjør populasjonen, så er svarprosent gjennomgående så lav at det kan settes et spørsmålstegn ved hvor anvendbare resultatene er i videre utvikling av tilbudet i Stiftelsen. Når det eksempelvis i 2011 var en svarprosent på 10, blir det nærliggende å spørre seg om erfaringene til 90 prosent av de brukerne som har hatt personlig oppmøte, og som har latt være å svare.

En lav svarprosent er i seg selv ikke problematisk gitt at utvalget er representativt, men risikoen for utvalgsskjevheter på grunn av bakenforliggende seleksjonsmekanismer øker jo lavere responsraten er. Samtidig er det ingen enkel sammenheng mellom svarprosent og skjevhet i resultatene. Skjevheten kan være stor i en undersøkelse med høy svarprosent, og liten selv om svarprosenten er lav. Brukerundersøkelsene i regi av Stiftelsen er ikke en utvalgsundersøkelse da alle brukere med personlig oppmøte i utgangspunktet skal tilbys å delta i undersøkelsen. Det er imidlertid slik at ikke alle brukerne har fått tilbud om deltakelse, Stiftelsen har ikke oversikt over hvem som får og ikke får, har ikke oversikt over bakgrunnsvariabler for alle brukerne, og kan dermed heller ikke ha disse variablene med i spørreskjemaet. Disse momentene gjør at man ikke kan si noe om representativitet.

²⁴ Fra og med 01.01.2020 ble spørreskjemaet sendt som elektronisk link på e-post eller SMS.

Hva som er grunnen til at så vidt stor andel av brukerne med personlig oppmøte ikke svarer på brukerundersøkelsen, er vanskelig å vite. Årsrapporten for 2019, og aldersfordelingen i brukerstatistikken, viser at for 25 prosent av brukerne er alder ukjent, noe som kan tyde på et behov for anonymitet blant brukerne. En annen, og kanskje mer plausibel forklaring, finner man i samtalens og kontaktens innhold. Mange av brukerne oppsøker Amatheia med dilemmaer av eksistensiell, emosjonell og relasjonell art i en, for mange, krisesituasjon med kort tidsfrist før et valg skal tas. I en slik situasjon, er det rimelig å anta at brukere finner at dette ikke er rette tidspunktet for å besvare en brukerundersøkelse.

SINTEFs konklusjon:

Tilbakemeldinger fra er viktig i utviklingsarbeid. Resultatene fra undersøkelsen i 2019 viser dette. Etter vår vurdering bør andre metoder for brukertilbakemeldinger vurderes, for å få et bilde av fornøydhet med eksisterende tilbud og innspill til forbedringer.

6.2.10 Hvordan og i hvilken grad støtter tilskuddsordningen opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på individ-, tjeneste- og systemnivå?

6.2.10.1 Innledning

Temaet under dette punktet er forebygging av uplanlagte svangerskap og aborter. I denne delen av rapporten setter vi søkelys på hvordan og i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter på individ-, tjeneste- og systemnivå. I henhold til regelverket er mål for tilskuddsordningen "*å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide*". Blant kriteriene for måloppnåelse, skal det gis en beskrivelse "*av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til: Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*". Problemstillingen skal besvares ut fra et individ-, tjeneste- systemnivå. *Individnivået* utgjøres av enkeltpersoner og par og deres møte med Amatheia. Med *tjenestenivå*, menes her de tjenestene Amatheia yter, som et supplement til det offentlige helsevesenet, for blant annet å oppfylle kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap (jf. Lov om svangerskapsavbrudd). Med *systemnivå*, menes her Stiftelsens aktiviteter og bidrag i arbeidet med å oppnå nasjonale mål blant annet beskrevet i strategien "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)".

6.2.10.2 Resultater og drøfting

Individnivå

Etter vår vurdering, er det liten tvil om at Stiftelsen har veiledningskompetanse og har et godt tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Gjennom dette bidrar Stiftelsen til å oppfylle kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap (jf. Lov om svangerskapsavbrudd). Lovens § 2 skal sikre at kvinner og jenter som mener svangerskapet medfører alvorlige vansker får tilbud om informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi. Hun har også krav på råd før hun tar sin egen beslutning om å fullføre svangerskapet eller å ta abort, og samtale etter abort om hun ønsker dette. Stiftelsen bidrar til samfunnets oppfyllelse av denne rettigheten. Stiftelsen er på dette området et supplement til det offentlige helsevesenet, og et viktig supplement ifølge eksterne aktører. Når det gjelder "i hvilken grad", er det redegjort for antall kontakter og kontaktyper ovenfor. Fra Amatheia vises det til at to av "føttene" til Stiftelsen er valgsamtalene og etter- abort-samtalene. Det er derfor noe overraskende at valgsamtalene gjelder kun 15 prosent av kontaktgrunnene, mens etter-abort-samtalene utgjør 4 prosent. Dette problematiseres ovenfor.

Tjenestenivå

Som vist tidligere peker andre aktører på Amatheas tilbud som et viktig supplement til dem, særlig når det gjelder valgsamtalene, og da på individnivå. Samtidig viser de samme aktørene til at Amatheas tilbud overlapper eksisterende tilbud på en rekke områder, så som prevensjonsveiledning, graviditetstester, undervisning, og kurs og grupper. Helsedirektoratet konkluderte i 2006 med at tilbudene ved Amatheas tilbud var å anse som helsehjelp i henhold til helselovgivningen, og at Stiftelsen kunne være et supplement og bidragsyter til de offentlige tjenestene og lavterskeltilbud, når det gjaldt å etablere gode samtaletilbud til sårbare kvinnegrupper i en abortsituasjon. Amatheas tilbud er etter vår vurdering et viktig supplement, med nisjekompetanse innenfor veiledning innenfor "de vanskelige valgene" av eksistensiell karakter. Som vist til ovenfor, tilbyr Amatheas tilbud hospitering og undervisning på helserelevante studieretninger og har etablert samarbeid med både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, dels i samarbeid med helsetjenester. Omfanget varierer imidlertid mye fra kontor til kontor, og lar seg ikke kvantifisere.

Systemnivå

Stiftelsens aktiviteter og bidrag blir mindre tydelig når spørsmålet blir hvordan og i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på systemnivå. Vi har lagt til grunn at med *systemnivå* menes Stiftelsens aktiviteter og bidrag i arbeidet med å oppnå nasjonale mål blant annet beskrevet i strategien "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)".

Et at strategiens overordnede mål er fortsatt reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter. I strategien vises det til at tidligere planer for å forebygge uønskede svangerskap og forebygge hivsmitte har hatt som mål å sikre god kunnskap og kompetanse om seksuell helse, og bedre tilgang til prevensjon og til helsetjenester. Stiftelsen må sies å være en bidragsyter på disse områdene, blant annet gjennom prevensjonsveiledning, undervisning, kurs og grupper og seksualundervisning for asylmottakere. Fordi Stiftelsen er en relativt liten aktør i det store bildet, er det vanskelig å gi et eksakt svar på i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på systemnivå.

I *Snakk om det* pekes det på at langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) er blant de sikreste prevensjonsmetodene som finnes. Ved en dreining til langtidsvirkende hormonell prevensjon vil man forvente at prevensjonssvikt som årsak til uønskede svangerskap, vil reduseres i omfang. I "*Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*", vises det til at det i 2019 var om lag 64 000 kvinner som hentet ut minst en resept på langtidsvirkende prevensjon i 2019 (Reseptregisteret, 2019). I Amatheas årsrapport ble det vist til at Stiftelsen har bidratt til at i underkant av 200 kvinner har fått tilgang på gratis LARC. Stiftelsen blir med andre ord en beskjeden tjenesteyter i det store bildet på dette punktet.

I *Snakk om det* vises det til at kvinner som søker abort har rett til veiledning om videre prevensjon og forebygging av uønskede svangerskap, dersom de ønsker det. Tilbudet skal etter loven omfatte informasjon om støtteordninger til gravide som velger å fullføre svangerskapet. I "*Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*", vises det til at de fleste kvinner som velger å avbryte et svangerskap gjør det kun en gang i løpet av livet. Av de som gjennomførte et svangerskapsavbrudd mellom 2014 og 2018, hadde 40 prosent tatt minst en abort tidligere, og halvparten gjorde det i løpet av en relativ kort periode (innen 3 år). Antallet kvinner som har gjennomgått gjentatte svangerskapsavbrudd har gått ned mellom 2014 og 2018.

Helsedirektoratet ba i tilsagnsbrevet for 2020 Stiftelsen prioritere oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet. Stiftelsens årsrapport for 2019, viser statistikk

over "Kontaktens innhold". Kategorien "Etter abort" utgjorde i 2019, 467 kontakter, eller 3.7 prosent av totalt antall kontakter. Det er grunn til å konkludere med at også på dette området er Stiftelsen Amatheia en relativt beskjeden bidragsyter i det store bildet.

SINTEFs konklusjon:

På *individnivå*, er det vår vurdering at Stiftelsen har veiledningskompetanse og har et godt tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Stiftelsen bidrar med dette bidrar til å oppfylle kvinners rett til informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan gi ved uplanlagt svangerskap. Det overrasker imidlertid at valgsamtalen kun utgjorde 15 prosent av kontaktene i 2019. Der tilbudet fra Amatheia beskrives som et supplement på individnivå, er situasjonen mer preget av overlapp på *tjenestenivå* (prevensjonsveiledning, graviditetstesting, undervisning osv), om enn i varierende grad. Tilbudet blir tydeligst et supplement for de over 25 år, som ikke har tilbud fra blant annet HFU. Stiftelsens aktiviteter og bidrag blir mindre tydelig når spørsmålet blir hvordan og i hvilken grad tilskuddsordningen støtter opp under aktiviteter som forebygger uplanlagte svangerskap på systemnivå. Vi har lagt til grunn at med *systemnivå* menes Stiftelsens aktiviteter og bidrag i arbeidet med å oppnå nasjonale mål blant annet beskrevet i strategien "Snakk om det!".

6.2.11 Hvordan og i hvilken grad bidrar tilskuddet til å finansiere tilbud/tjenester som supplere/overlapper det ordinære lovpålagte helsetilbudet?

6.2.11.1 Resultater

Mål for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Amatheia tilbyr, ifølge egen nettside, prevensjonsveiledning, graviditetstest, valgsamtale, parsamtale, veiledning for menn, kurs og grupper, og seksualundervisning for asylmottakere. Tilbudet ved Amatheia er å anse som en helsetjeneste og veilederne er helsepersonell, i henhold til Lov om helsepersonell. Virksomheten drives videre i henhold til Lov om svangerskapsavbrudd. I §1 heter det:

Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål, slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig

§ 2:

Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

I henhold til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3 skal kommunen tilby svangerskaps- og barselomsorg ved helsestasjon. I henhold til §5 skal tilbudet til gravide, nyfødte, barselkvinner og deres partnere og barn og ungdom 0–20 år i helsestasjonstjenesten inneholde, svangerskaps- og barselomsorg og annen helseundersøkelse, rådgivning, oppfølging og henvisning ved behov, opplysningsvirksomhet individuelt eller i grupper, herunder bidra til å forebygge ikke-smittsomme sykdommer og samlivsveilednings- og foreldreforbereende arbeid, helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, prevensjonsveiledning, samt rekvirering av prevensjonsmiddel.

I veileder fra Helsedirektoratet, pekes det på at det kan være en vanskelig avgjørelse å bestemme seg for å fullføre eller avbryte svangerskapet. Det kan da være nyttig å snakke med noen, eksempelvis fastlege, helsestasjon, sykehuset, familierådgivningskontor eller sosialkontor for å få informasjon, rådgivning eller noen å snakke med - både før og etter en eventuell abort. Videre vises det til private organisasjoner som tilbyr samtaler og rådgivning (eksempelvis Amatheia og Sex og samfunn).

I veilederen "Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente Nasjonal veileder" presiseres kommunenes ansvar for å sikre kvalitativt gode og likeverdige helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente. Veilederen er i første rekke beregnet på helsepersonell og personell i administrative stillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er den beregnet på personell i mottak, kommunalt, regionalt og statlig ansatte på ulike beslutningsnivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I *Snakk om det* pekes det på at lett tilgjengelighet til prevensjon, god veiledning og tilgang til flere sikre prevensjonsmetoder har vært viktige tiltak i innsatsen for å forebygge uønskede svangerskap og abort.

Fra 1. januar 2016 har helsesøstre og jordmødre fått rekvireringsrett for alle typer hormonell prevensjon til kvinner over 16 år. Målet er at tiltaket skal øke tilgjengeligheten til informasjon og veiledning om ulike typer prevensjon, virkninger og bivirkninger, og lette tilgang til alle typer prevensjon. Utvidelse av bidragsordningen til hormonell prevensjon til kvinner i aldersgruppen 16–19 år ved å inkludere langtidsvirkende hormonell prevensjon, bidrar til at dette er et reelt alternativ for de yngste.

Videre viser strategien til at kvinner som søker abort, har rett til veiledning om videre prevensjon og forebygging av uønskede svangerskap, dersom de ønsker det:

Tilbudet skal etter loven omfatte informasjon om støtteordninger til gravide som velger å fullføre svangerskapet. Kvinner reagerer ulikt på det å gjennomgå et planlagt svangerskapsavbrudd. Kunnskapsoppsummeringer nasjonalt og internasjonalt viser at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd foretatt i første tredjedel av svangerskapet. Men i tilfeller hvor det foreligger psykiske plager eller andre sårbarhetsfaktorer før svangerskapet ser man at et uønsket svangerskap kan forsterke disse.

Det er derfor viktig at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter et svangerskapsavbrudd, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys etter-samtaler, dersom kvinnen ønsker dette. Snakk om det viser blant annet til at kommuner tilbyr lavterskeltilbud for prevensjon og smitteveiledning, blant annet gjennom helsestasjon for ungdom og i samarbeid med likepersonstjenester som tilbyr anonym testing og veiledning:

Dette er viktige tiltak for å forebygge, kartlegge og behandle seksuelle infeksjoner. Fastleger, spesialister og andre helse- og omsorgspersonell bør utstyres med kunnskap for å møte gruppene med størst sårbarhet for seksuell uhelse.

Spesialisthelsetjenesten skal også ha tilbud til aktuell brukergruppe, blant annet gynekologisk poliklinikk som tar imot pasienter som henvises fra lege til utredning og behandling av gynekologiske og urogynekologiske lidelser. Kvinner som ønsker abort, kan ta direkte kontakt.

Spørsmålet som skal besvares i denne delen av evalueringen er hvordan og i hvilken grad bidrar tilskuddet til å finansiere tilbud/tjenester som supplere/overlapper det ordinære lovpålagte helsetilbudet? Med å

supplere forstås her å utfylle, tilføye eller å gjøre fullstendig, mens å *overlappe* forstås som å delvis dekke eller gripe over. *Snakk om det* peker på at ideelle organisasjoner og bruker- og interesseorganisasjoner har alltid vært viktige aktører innen feltet seksuell helse og er viktige samarbeidspartnere for Helsedirektoratet, kommuner og andre aktører.

6.2.11.2 Drøfting

Vår evaluering viser at offentlige helsetjenester, så som helsestasjon for ungdom, helsesykepleiere og gynekologiske poliklinikker og private helsetilbud, som Sex og samfunn, peker på Amatheas tilbud som et viktig supplement, i særlig grad når det gjelder valgsamtalene. Samtidig viser de samme aktørene til at Amatheas tilbud overlapper eksisterende tilbud på en rekke områder.

I "Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse" ble det vist til at Helsedirektoratet, allerede i 2006, konkluderte med at tilbudene ved Amatheas tilbud er å anse som helsehjelp i henhold til helselovgivningen, og videre:

Stiftelsen kan derfor være et supplement og bidragsyter til de offentlige tjenestene og lavterskeltilbud, når det gjelder å etablere gode samtaletilbud til sårbare kvinnegrupper i en abortsituasjon.

Dette stemmer overens med tilbakemeldingene i vår evaluering. Videre er det i tråd med SINTEFs konklusjoner i 2006, hvor det ble pekt på at Stiftelsens veiledere har spesialkompetanse. De de jobber kunnskapsbasert og benytter anerkjente modeller og metoder for veiledningen. Dette er en konklusjon som står seg også i 2021. Amatheas tilbud er etter vår vurdering et viktig supplement, med nisjekompetanse innenfor veiledning innenfor "de vanskelige valgene" av eksistensiell karakter. I årsrapporten for 2019, ble det vist til et gjennomsnitt på tre kontakter per bruker, men tallene viser ikke hvor mye av dette som er valgsamtaler og hva som er "annen kontakt".

Når det gjelder spørsmålet "i hvilken grad", er vår konklusjon at Amatheas innsats er verdifull i kraft av den spesialkompetansen som ligger i organisasjonen. Stiftelsen har begrensede ressurser (19 årsverk fordelt på 13 lokalkontorer) og er en av mange aktører innenfor samme temaer.

Vår vurdering er at Stiftelsens bidrag på disse områdene er så vidt begrenset i forhold til målgruppene, at det er vanskelig å anslå noen målbar effekt på nasjonale mål på området seksuell helse.

SINTEFs konklusjon:

Offentlige helsetjenester og private helsetilbud peker på Amatheas tilbud som et viktig supplement når det gjelder valgsamtalene. Men når det gjelder opplæring og undervisning om prevensjon og seksuell og reproduktiv helse på gruppenivå, overlapper Amatheas tilbud eksisterende tilbud fra blant annet HFUene. Vår vurdering er at Stiftelsens bidrag på disse områdene er så vidt begrenset i forhold til målgruppene, at det er vanskelig å anslå noen målbar effekt på nasjonale mål på området seksuell helse.

6.2.12 I hvilken grad når Amatea sårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet?

6.2.12.1 Sårbare grupper i strategier og handlingsplaner

Strategien "Snakk om det" opererer ikke med sårbare grupper som begrep. Ei heller begrepet særskilte behov. Men sårbarhet omtales i ulike kontekster. I strategien vises det til at tidligere oppsummeringer har vist at det er sosiale ulikheter knyttet til psykisk helse og overgrep:

Sosiale forhold knyttet til selvrapporterte opplevelser av vold eller seksuelle overgrep hos ungdom er blant annet dårlig familieøkonomi, foreldre som ikke er i jobb eller er eneforsørgere, ste- eller fosterforeldre, rus og det å ha vært utsatt for mobbing. Ungdom med nedsatt funksjonsevne eller psykiske helseplager er også mer utsatt for overgrep. Det viser en kunnskapsoversikt om sosial ulikhet i helse fra 2014, skrevet av Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er også påvist en sammenheng mellom tidlig seksuell debut, psykiske vansker og atferdsproblemer, men årsakssammenhengen er uklar. Kvinner i sårbare livssituasjoner har høyere abortrisiko enn kvinnepopulasjonen forøvrig, blant annet er abortraten høyere blant flyktninger og blant kvinner med psykiske plager eller sykdom.

Videre peker *Snakk om det* på at kvinner reagerer ulikt på det å gjennomgå et planlagt svangerskapsavbrudd. Kunnskapsoppsummeringer nasjonalt og internasjonalt viser at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd foretatt i første tredjedel av svangerskapet:

Men i tilfeller hvor det foreligger psykiske plager eller andre sårbarhetsfaktorer før svangerskapet ser man at et uønsket svangerskap kan forsterke disse. Det er derfor viktig at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter et svangerskapsavbrudd, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys etter-samtaler, dersom kvinnen ønsker dette.

Når det gjelder økt grad av sårbarhet, vises det til at kognitiv alder og funksjonsnivå kan skape særskilte utfordringer knyttet til seksuell helse og seksuell aktivitet. Valg av riktig type prevensjonsmetode og hvordan individet involveres i beslutninger om egen seksuelle helse, er blant problemstillingene som både stiller krav til kompetanse, rutiner og tematisering av seksualitet i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder utviklingshemmede, pekes det på at det kan være særskilt utfordrende når mental alder og fysisk alder ikke samsvarer.

Videre vises det til at det å være hivsmittet parallelt med pubertet, ungdomstid og seksuell debut skaper et særskilt behov for informasjon og kompetanse for å ivareta egen helseatferd. Forekomst av infeksjoner og hvordan disse behandles varierer fra land til land. I tillegg kan mennesker på flukt være sårbare for overgrep og situasjoner som øker risiko for smitte. I veileder for helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente anbefaler Helsedirektoratet at kommunene tilbyr en helseundersøkelse for å kartlegge helsetilstand og behov for fysisk og psykisk oppfølging. Ifølge veilederen bør tilbudet inkludere testing for hiv, hepatitt og syfilis. I strategien skisseres som et mål at fastleger, spesialister og andre helse- og omsorgspersonell bør utstyres med kunnskap for å møte gruppene med størst sårbarhet for seksuell uhelse.

Det nærmeste vi kommer en definisjon av sårbare grupper, finner vi i "*Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse*" hvor begrepene sårbarhet, sårbare grupper og sårbare livssituasjoner drøftes. I strategiene pekes det på at ting kan tyde på "*at særlig sårbare kvinnegrupper*

i høyere grad enn andre velger abort og at svangerskapsavbruddet kan bidra til å øke deres sårbarhet". Levekårsstudier blant ungdom i landets større byer viser, ifølge strategiene, en opphopning av livsproblemer også på seksualitetens områder, som er knyttet til manglende sosial og kulturell kapital. Videre vises det til at minoritetsgrupper ofte har mindre handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og muligheter for å hevde sin autonomi, og det er betydelig større skjevfordelinger i seksuell helse i minoritets- enn i majoritetsbefolkningen. Det dreier seg om særlig utsatte etniske og seksuelle minoritetsgrupper, personer med funksjonsnedsettelse, overgrepsofre og enkelte sårbare grupper med psykiske problemer og høyt forbruk av rusmidler.

I strategiene forstås seksuelt sårbare grupper som; "*minoritetsgrupper med større ulikhet i seksuell helse enn majoritetsbefolkningen. Minoritetsgrupper med dårligere mulighet for å hevde seksuell selvråderett*". Videre pekes det på at noen grupper er særlig seksuelt sårbare fordi de er marginaliserte og/eller har spesielle behov. Det gjelder:

- Grupper med fysisk funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming
- Etniske minoritetsgrupper – spesielt unge enslige flyktninger og asylsøkere, jenter med fare for tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse
- Ungdom og unge voksne med psykiske problemer og/eller rusmisbruk
- Seksuelle minoritetsgrupper – lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT)
- «Doble» minoritetsgrupper – som for eksempel LHBT-personer med etnisk minoritetsbakgrunn
- Barn og ungdom som utsettes for seksuell tvang eller mishandling
- Barn og ungdom som lever med hiv
- Ungdom som selger eller bytter sex

I "*Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*", omtales ikke begrepet sårbare grupper, men personer i sårbare livssituasjoner, og da i forbindelse med satsing på mer målrettet informasjon og veiledning om prevensjon til personer i sårbare livssituasjoner. Videre presenteres det som omtales som sårbarhetsfaktorer, under kapittelet "Faktorer av betydning for svangerskapsavbrudd". Her trekkes fram helsekompetanse (definert som "personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse"), tidlig debutalder, prevensjonsbruk og familieplanlegging, og antall tidligere barn, livssituasjon og alder. Av andre sårbarhetsfaktorer pekes det på tilknytning til arbeidsmarkedet, kvinner med innvandrerbakgrunn, seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter, samt psykisk helse, rus og vold.

6.2.12.2 Resultater

Våre intervjuer og dokumentgjennomgang viser at Stiftelsen har hatt tilbud til kvinner med innvandrerbakgrunn som et satsningsområde i alle de årene som omfattes av dette evalueringsoppdraget. Når det gjelder grupper som seksuelle minoriteter og kjønnsminoriteter er erfaringsgrunnlaget mer begrenset. Stiftelsen har mye av sin virksomhet rettet mot målgruppen gravide og deres partnere: valgsamtaler, fødselsforberedende kurs, etter abortsamtaler, og mor-barn-grupper.

Hovedinntrykket vi sitter igjen med når det gjelder uttrykket sårbare grupper, er at de brukerne som oppsøker Stiftelsen er i sårbare situasjoner og det gjelder stort sett alle som kommer. Det har vært oppfattet som stigmatiserende å se på en gruppe som sårbar, samtidig som våre informanter peker på at noen grupper er mer sårbare enn andre i samme livsfase, blant annet når det gjelder forhold som gruppepress og det som innenfor noen kulturer oppfattes som uakseptabel adferd. Videre ser man en økt bevissthet omkring sårbarhet blant

dem som driver med selvskading, suicidalitet, spiseforstyrrelser o.a. Ulike livssituasjoner gjør at man er sårbar på ulike tidspunkt. Blant de sårbare trekkes fram kvinner som opplever mye ensomhet i svangerskapet, kvinner som opplever brudd i forholdet under svangerskapet, og kvinner som i forbindelse med graviditet eller abort blir støttet ut av et samfunn eller en gruppe.

Videre trekker våre informanter fram at geografiske forskjeller i holdninger til adferd og variasjoner omkring skam og skyld knyttet til seksualitet spiller inn. Dette er viktig å være klar over i veiledningen.

Som nevnt ovenfor, regnes "*etniske minoritetsgrupper* – spesielt unge enslige flyktninger og asylsøkere, jenter med fare for tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse" blant sårbare grupper. Tilbud til etniske minoriteter og innvandrer miljøer (i det alt vesentlige kvinner) har vært en satsning i Stiftelsen i mange år. I tillegg til tilbud til innvandrerkvinner, har Stiftelsen hatt oppmerksomheten rettet mot å bevisstgjøre mennene i innvandrer miljøer når det gjelder forholdet til kvinner og seksualitet. Satsingen mot innvandrer miljøene viser seg i form av kvinne- og jentegrupper med temaet seksuell og reproduktiv helse, samarbeid med kvinnesentre hvor det holdes kurs for innvandrerkvinner, og kontakt med minoritetsrådgivere i fylkene hvor Stiftelsen kontaktes dersom rådgiverne kommer i kontakt med innvandrer ungdom med utfordringer med seksuell og reproduktiv helse. Videre trekkes fram eksempler som undervisning i voksenopplæringen, samarbeid med flyktningehelseteam, og informasjon i innføringsklasser på videregående skole.

Lokalkontorene i Stiftelsen har ulike erfaringer når det gjelder møtet med innvandrerkvinner omkring temaer seksuell og reproduktiv helse, prevensjonsveiledning o.a. Mens noen kontorer har erfaring med at kvinnene oppsøker dem for individuell kontakt og samtale, har andre best erfaringer med undervisning og samtaler i grupper. Kulturforståelse og kultursensitivitet er viktige elementer. Det handler om å forstå kvinnene ut fra sin bakgrunn og det miljøet de lever i.

Dersom Stiftelsen skal nå fram og lykkes i arbeidet med minoritetskvinner, må organisasjonen ha en mangfoldig stab der flere etniske tilhørigheter er representert. Dette gir styrke i arbeidet både på individ og systemnivå og skaper tillit i arbeidet med både sterke ressurser blant minoritetsbefolkningen og sårbare grupper på grasrotnivå.

Vår dokumentgjennomgang viser at Stiftelsen, fra 2005 og flere år framover, hadde en medarbeider med minoritetsbakgrunn, som ut fra sin "*helsekompetanse og sosiokulturelle kunnskap i formidlingen av Stiftelsen Amatheas tilbud til muslimske kvinner med minoritetsbakgrunn. Som fagperson med spesiell kunnskap om kjønnslemlestelse har hun ved undervisning og foredrag formidlet Stiftelsen Amatheas tilbud til også denne målgruppen. Hun har også gitt kunnskap om generell seksualundervisning og prevensjonsveiledning til overnevnte målgruppe*" (kilde. Stiftelsens årsrapport for 2005). Vedkommende jobbet i Stiftelsen i mange år, men ikke på evalueringstidspunktet.

Når det gjelder *grupper med fysisk funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming* viser intervjuene at veilederne har svært liten erfaring med disse gruppene. Veilederne sier de er usikre på hvordan de skal veilede gravide utviklingshemmede. Deres eneste støtte er en faglig veileder (spesialpsykolog), som har vært knyttet til Stiftelsen i mange år

Når det gjelder tema "rus og psykisk helse", inkluderes også disse som sårbar gruppe i opplistingen ovenfor. Våre informanter har erfaring med brukere som enten selv har problemer eller som er i en relasjon preget av psykisk problemer og/eller rusmisbruk. Også her trekkes bistand fra den faglige veilederen fram som en ressurs. Videre har kontorene i varierende grad samarbeid med sykehus om tilbud innen rus og psykisk helse, fengselsvesen, barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien.

En annen sårbar gruppe er "Doble minoritetsgrupper – som for eksempel LHBT-personer med etnisk minoritetsbakgrunn". Våre informanter har begrenset erfaring med disse gruppene, og forklarer dette med at målgruppen for Stiftelsen er gravide og deres partnere. En form for dobbelthet som imidlertid trekkes fram, er brukere som står med bena i to eller flere kulturelle påvirkninger. Eksempelvis muslimske kvinner som har kommet til Stiftelsen angående abort og som står i et dilemma, knyttet til skam ved å ta abort, skam ved å ha blitt gravid utenfor ekteskap, omtalt som den kollektive skammen. Det handler om kunnskap og forståelse for tro som en belastende faktor, kulturell straff og stigmatisering. Dette kan være utfordrende situasjoner, hvor veilederne kan få bistand fra hverandre og fra Stiftelsens faglige veileder.

I tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet for 2020, ble Stiftelsen bedt om å prioritere tilbudet til kjønnsminoriteter, en gruppe som også ble pekt på ovenfor i opplistingen av sårbare grupper (Seksuelle minoritetsgrupper – lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT)). Erfaringen blant veilederne når det gjelder tilbudet til kjønnsminoriteter, er begrenset. De eksterne aktørene og organisasjonene som jobber med og for kjønnsminoriteter som vi har vært i kontakt med, bekrefter at det er lite, om noe, samarbeid med Stiftelsen. Våre informanter viser til at de snakker om tematikken kjønnsminoriteter når de er ute og underviser blant annet på ungdomsskoler, men at det er lite oppmerksomhet om dette teamet. Også når det gjelder dette temaet i intervjuene, vises det til at det er i heteroforhold at uønsket graviditet er mest vanlig, og at de i brukermøtene "er opptatt av mennesket og ikke legning".

6.2.12.3 Drøfting

Når det gjelder svar på spørsmålet om Amatheia når sårbare grupper med særskilte behov som i mindre grad benytter seg av det ordinære helsetilbudet, legger vi til grunn "*Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse*" og opplistingen av grupper som er særlig seksuelt sårbare.

Ser vi på i hvilken grad Amatheia når ut til "*grupper med fysisk funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming*", så blir svaret vårt at det gjør Amatheia ikke. Gjennomgang av og søk i årsrapportene for perioden 2007-2019 gir ingen "treff" når det gjelder funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming. Det betyr imidlertid ikke at brukere med funksjonshemming eller utviklingshemming ikke oppsøker Amatheia, men konklusjonen er at dette skjer meget sjelden. Disse brukergruppene trekkes heller ikke fram som et prioritert område i Stiftelsen. I tilbakemeldingene fra andre aktører, er en usikre på hva Amatheia kan tilby disse brukergruppene. Opplevelsen er at Amatheia mangler kompetanse når det gjelder seksuell helse og funksjonsnedsettelse. Brukergruppene etterspør kunnskap om seksuell helse og seksualundervisning i forhold til funksjonsevne, tilgang til sexologisk rådgiver eller andre som har kunnskap om temaene sex, seksualtekniske hjelpemidler. De etterspør også kommunikasjonskurs for par hvor en eller begge har en kronisk sykdom. På disse områdene er Amatheia ikke er fagmiljø det er naturlig å oppsøke.

Når det gjelder spørsmålet om Amatheia når ut til seksuelle minoritetsgrupper (lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LHBT)), så kan erfaringene fra intervjuene med Amatheia illustreres med følgende utsagn:

det er i heteroforhold at uønsket graviditet er mest vanlig, og i brukermøtene er man opptatt av mennesket og ikke legning.

De miljøene vi har vært i kontakt med innenfor området seksuelle minoriteter, har svært lite erfaring med Amatheas. Søk i Stiftelsens årsrapporten for perioden 2007-2019, gir heller ingen "treff" på søkeordene; seksuelle minoritetsgrupper, lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Som nevnt ble Amatheas, i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet for 2020, bedt om å prioritere tilbudet til kjønnsminoriteter.

Når det gjelder "*Etniske minoritetsgrupper – spesielt unge enslige flyktninger og asylsøkere, jenter med fare for tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse*", er dette brukergrupper som har vært prioritert i Amatheas i mange år, og er grupper som Stiftelsen når fram til. Aktivitetene på dette området er også begrenset av personellressursene i Stiftelsen. Vår opplevelse er at veilederne har gode nettverk og samarbeider godt med andre lokale tilbud til etniske minoriteter.

Som vist til ovenfor, hadde Stiftelsen siden 2005 ansatte en medarbeider med minoritetsbakgrunn som særlig har jobbet med seksuell helse og kjønnslemlestelse. Vedkommende som ledet satsingen, er ikke erstattet på evalueringstidspunktet.

En annen satsing innenfor minoritetsbegrepet er tilrettelegging av tilbud til den samiske befolkningen. Alt av Amatheas materiell er tilgjengelig på samisk. Sommeren 2018 startet Amatheas opp et pilotprosjekt «Samiske kvinner og seksuell helse» i Sapmi i samarbeid med SANKS (samisk nasjonalt kompetansesenter i psykisk helsevern). Formålet med samarbeidsprosjektet var å arbeide for, samt etablere en trygg arena for, seksuell helse for den samiske befolkningen. Vedkommende som ledet satsingen, har fratrudd stillingen og er ikke erstattet på evalueringstidspunktet. Det diskuteres i Stiftelsen om stillingen og satsingen skal videreføres

Når det gjelder videre satsning på tilbudet til etniske minoriteter, støtter vi oss på tilbakemeldingen fra en ekstern aktør som peker på at dersom Stiftelsen skal nå fram og lykkes i arbeidet med minoritetskvinner, må Stiftelsen ha en mangfoldig stab der flere etniske tilhørigheter er representert. Dette gir styrke i arbeidet både på individ og systemnivå, og skaper tillit i arbeidet.

Vår evaluering viser at veilederne har god erfaring når det gjelder å nå fram til og gi et faglig godt tilbud til *ungdom og unge voksne med psykiske problemer og/eller rusmisbruk*. Vår opplevelse er at veilederne har etablert gode samarbeid med offentlige instanser innenfor områdene psykisk helse og rus. Videre er det, etter vår vurdering, en styrke for tilbudet at lokalkontorene i Stiftelsen kan konsultere hverandre og den faglige veilederen ved behov.

SINTEFs konklusjon:

I forståelsen av sårbare grupper, har vi i evalueringen lagt til grunn "*Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse*". Vår konklusjon er at Amatheas har meget begrenset oppmerksomhet rettet mot det som her er omtalt som sårbare grupper, ut over etniske minoritetsgrupper, som har vært en satsning i mange år. Tilsagnsbrevet for 2020, hvor Amatheas blir bedt om å prioritere "*undervisning til personer med minoritetsbakgrunn, herunder seksuelle- og kjønnsminoriteter*", er et tydelig styringssignal om økt oppmerksomhet om sårbare grupper.

6.3 Samfunnsøkonomisk analyse

6.3.1 Valg av metode

I det forestående har vi presentert resultater og drøftinger vedrørende hvilke bidrag tilskuddsordningen har hatt opp mot ulike målsetninger for ordningen. I dette avsnittet går vi inn på hvorvidt kostnadene står i et hensiktsmessig forhold til oppnådde virkninger, og gjør en vurdering av hvorvidt man kan forvente at andre tiltak kan oppnå tilsvarende resultater på en mer kostnadseffektiv måte.

Metoden som er benyttet i den samfunnsøkonomiske analysen er i tråd med *NOU 2012:16 Samfunnsøkonomiske analyser* og *Finansdepartementets rundskriv R-109/14 Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Vi har lagt til grunn at tilskuddet primært er ment å dekke løpende utgifter for å ivareta hensynet til juridisk og etisk oppfølging av kvinner som står i en valgsituasjon om abort og å forebygge forekomsten av uønskede svangerskap. Tilskuddet anses derfor ikke som en investering som har til hensikt å generere fremtidig økonomisk aktivitet. Tilskuddet er heller ikke synlig motivert ut fra en målsetning om å forebygge fremtidige økonomiske kostnader, selv om det er grunn til å anta at tilskuddsordningen også har slike positive økonomiske effekter.

Utredningsinstruksens punkt 2-2 om avgrensning av omfanget for utredninger av statlige tiltak presiserer at det skal gjennomføres samfunnsøkonomisk analyse for tiltak som forventes å gi vesentlige nytt- eller kostnadsvirkninger. Ordet "vesentlig" brukes her i kontrast til "små" og "mellomstore" virkninger, og er forbeholdt de største tiltakene. Selv om størrelsen til hvert enkelt tilskudd (ca. 25 millioner kr for 2020) i seg selv ikke kan sies å ha en slik dimensjon, så vil de akkumulerte utgiftene for staten bli betydelige over tid: Den inflasjonsjusterte verdien av de siste ti års tilskudd (perioden 2011-2020) utgjør til sammen over 208 millioner kroner. Dette er likevel langt unna grensen på 750 millioner kroner som ville gjort at tiltaket falt inn under Finansdepartementets ordning for store statlige investeringer. Vår vurdering er dermed at tilskuddet bør beskrives som å ha mellomstore virkninger på statsbudsjettet i et 10-års perspektiv. Det vektlegges også at tilskuddsordningen er reversibel ved at Stortinget ikke forplikter seg til fremtidige bindinger når tilskuddet vedtas.

Direktoratet for økonomistyring (DFØ) skriver i sin *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser* følgende om utredningsnivåer for samfunnsøkonomiske analyser: *En forenklet analyse passer for tiltak med mellomstore virkninger, det vil si tiltak som berører få grupper i samfunnet, men i vesentlig grad, eller tiltak som berører få grupper i samfunnet, men i liten grad* (DFØ, 2018 s13²⁵). Forskjellen på en full samfunnsøkonomisk analyse og en mindre omfattende utredning er i hvor stor grad man tallfester og verdsetter virkningene i kroner. Som nevnt ovenfor, har vi valgt å gjennomføre en *kostnad-virkningsanalyse*. Det innebærer at kostnadene beskrives i kroner, mens nyttevirkningene i stor grad er beskrevet kvalitativt.

DFØ har publisert flere veiledere for utforming og evaluering av tilskuddsordninger som har bidratt til å inspirere analysen. Spesielt *Veileder for evaluering av statlige tilskuddsordninger* (SSØ, 2007), *Sjekkliste for utvalgte prosesser i tilskuddsforvaltningen* (SSØ, 2008) og *Veiledningsnotat: Om forvaltningslovens og økonomiregelverkets krav til utformingen og forvaltningen av statlige tilskuddsordninger* (DFØ 2020²⁶).

²⁵ DFØs *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse* (2018).

²⁶ Online veileder: <https://dfo.no/fagomrader/tilskudd/veiledningsnotat-om-forvaltningslovens-og-okonomiregelverkets-krav-til-utformingen-og-forvaltningen-av-statlige-tilskuddsordninger/innledning>

Nullalternativet. I samfunnsøkonomiske analyser skal det utformes et nullalternativ. Nullalternativet fungerer som et grunnlag som konsekvenser vurderes i forhold til. I denne analysen vurderer vi sannsynlige konsekvenser av å endre på tilskuddsordningen i forhold til dagens utforming og nivå. Nullalternativet defineres derfor som en ansvarlig videreføring av dagens situasjon. Dette er ikke det samme som å forutsette uendrede budsjettvirkninger. Historisk har størrelsen på tilskuddet vært justert årlig, blant annet for å ta hensyn til kronens endrede kjøpekraft.

Alternative tiltak. I kapittel 6.4 går vi nærmere inn på fire alternative utforminger av tilskuddsordningen som i ulik grad bryter med dagens praksis. Disse er 1) Spissing: Overføre aktiviteter innen undervisning, kurs og informasjon mot et bredt publikum til andre tilskuddsordninger, 2) Sentralisering: Opprettholde kravet om nasjonalt tilbud, men ikke kreve lokal tilstedeværelse, 3) Avvikling av tilskuddsordningen: Tilskuddsordningen opphører i sin helhet. Vi vurderer også et alternativ som kombinerer elementer av alternativene 1) og 2). Når vi har valgt disse alternativene er det ikke fordi vi uten videre anbefaler at de bør gjennomføres. Utvalget av mulige tiltak er definert slik for å kunne synliggjøre hvilke konsekvenser disse alternativene kan få, og dermed lettere kunne avgjøre hvorvidt det finnes alternativer som er mer lønnsomme i et samfunnsperspektiv.

Datagrunnlaget for analysen er i hovedsak intervjuer med Amatheas leder og ansatte ved lokalkontorene, Stiftelsens årsrapporter (2007-2019) og årsregnskap (2010-2019). I tillegg har de vært dialog med Oppdragsgiver om forvaltningsoppgavene tilknyttet tilskuddsordningen, og vi har innhentet supplerende statistikk fra Statistisk sentralbyrå.

6.3.2 Resultat: Kostnadsbildet

Forvaltning av tilskuddet

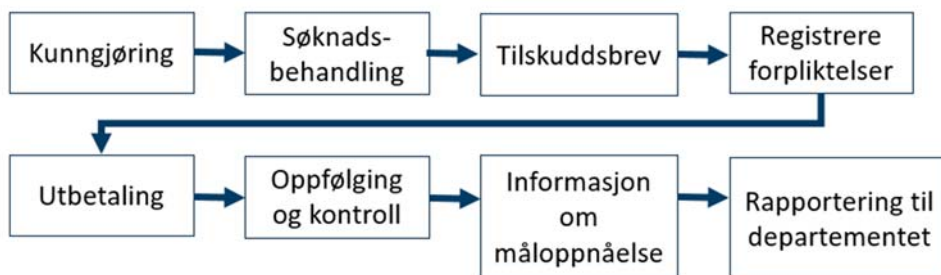
Tilskuddsordningen forvaltes av Helsedirektoratet, med Helse og omsorgsdepartementet (HOD) som ansvarlig departement. Forvaltningen av tilskuddet kan deles inn i åtte steg som gjennomføres årlig, se Figur 2. Tilskuddsordningen for Amatheas er i en særstilling siden tilskuddet kunngjøres direkte i Statsbudsjettet. Det er kun Stiftelsen Amatheas som kan søke om tilskuddet og det er ikke behov for utstrakt informasjon til aktuelle søkere og behandling av spørsmål. Når søknaden fra Amatheas er mottatt gis det tilsagn via et tilskuddsbrev. Amatheas må da svare bekreftende på om de godtar betingelsene for tilskuddet.

Utbetalingen klargjøres ved at forpliktelsen registreres i direktoratets datasystem for tilskuddsordninger og utbetalingen skjer i henhold til avtale. Hverken tilskuddsforvalter eller -mottaker kjenner til at det har vært noen problemer av typen feil eller forsinket utbetaling av tilskudd. Siden prosessen involverer få parter ansees prosessen for kunngjøring, søknad og utbetaling som svært kostnadseffektiv. Tilskuddsforvalteren har også god innsikt i hvor omfattende søknadsarbeidet er for den aktuelle mottakeren.

På spørsmål til Oppdragsgiver om hvilke steg i prosessen som legger størst beslag på ressurser hos Helsedirektoratet ble det oppgitt at de bruker mest tid på de tre siste stegene: Oppfølging og kontroll, informasjon om måloppnåelse og rapportering til HOD. I praksis er det lite kontroll med bruken av tilskuddsmidlene gjennom året. Systemet er i stor grad tillitsbasert, men direktoratet har muligheter til å kreve tilskuddet tilbakebetalt dersom det avdekkes brudd på tildelingskriteriene. Rutiner for dette er kjent. Denne utredningen er den første større oppfølgingen fra tilskuddsforvalter siden den forrige utredningen i 2006. Det synes derfor som også denne delen av forvaltningen er svært kostnadseffektiv.

Måloppnåelse vurderes på bakgrunn av oversendt årsrapport og revisorgodkjent årsregnskap. Krav om dette er nedfelt i regelverket for tilskuddet og i tilsagnsbrevet. Her er det også angitt krav til innholdet i

årsrapporten. Som nevnt ovenfor var HOD tilskuddsforvalter frem til og med 2017. Departementet kjenner godt til tilskuddet og Stiftelsen og skriver fortsatt forslag til tekst til kunngjøringen, såkalt pre- proposisjon. Det har ikke framkommet noen innspill til hvordan selve forvaltningsprosessen kan gjøres mer effektiv og/eller kostnadsbesparende enn den gjøres i dag.



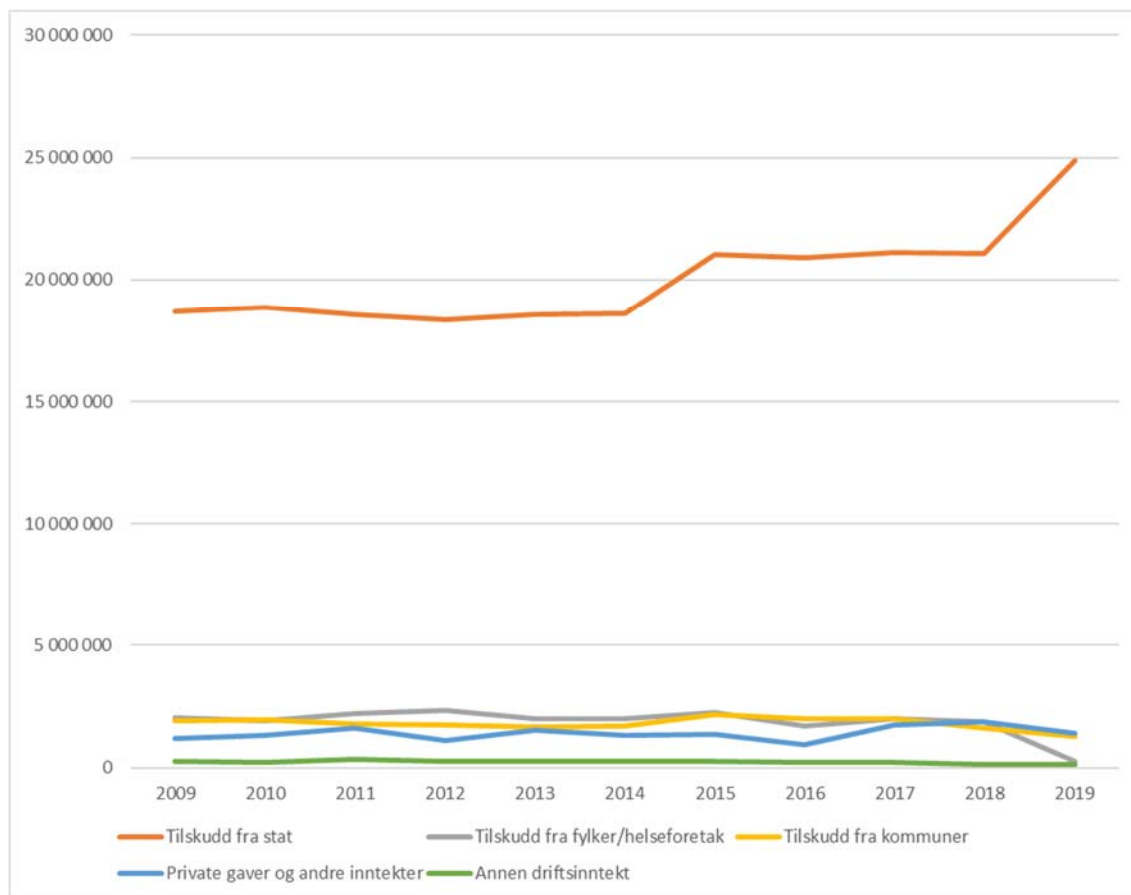
Figur 2 Illustrasjon av forvaltningsprosessen for statlig tilskudd.

Gjennomføring av aktiviteter i Stiftelsen Amatheia

Det statlige tilskuddet er helt avgjørende for at Amatheia skal kunne opprettholde tilbudet sitt i dagens omfang. Men det er ikke den eneste inntektskilden til Stiftelsen. Stiftelsen mottar støtte fra enkelte fylker, kommuner og private givere, og de søker om prosjektbasert støtte fra offentlige etater. Inntil 2018 mottok Amatheia også tilskudd fra de regionale helseforetakene. På denne måten har tilskuddsordningen bidratt til å generere aktivitet i tråd med målsetningen i større grad enn beløpet i Statsbudsjettet skulle tilsi. Dette omtales som tilskuddets addisjonalitet.

For å anslå størrelsen på addisjonaliteten har vi gjort en gjennomgang av Amatheias årsregnskap for de siste ti årene. Siste tilgjengelige årsregnskap er 2019. Årsregnskapet for 2010 har også regnskapstall for 2009 som sammenligningsgrunnlag. Disse er derfor tatt med i tallgrunnlaget. For å gjøre tallene sammenlignbare er de inflasjonsjustert ved bruk av årlige KPI-indikatorer fra Statistisk sentralbyrå til 2020-verdier.

Figur 3 viser utviklingen over tid for Amatheias fem kategorier av inntektskilder fra drift i 2020-kroner. I figuren er et beløp for drift av Suss-telefonen på kr 3 787 500 i 2014 holdt utenfor. Det er kun i 2014 at denne posten er skilt ut i årsregnskapet. Som det fremgår av grafene har realverdien på tilskuddet vært stabil over tid, med markerte økninger i 2015 og 2019. For de andre inntektskildene har det vært en stabil flat utvikling, med noe variasjon i kategorien private gaver og andre inntekter. Tilskuddet fra de regionale helseforetakene opphørte i 2019, men dette ble kompensert med en større øking i det statlige tilskuddet. Totalt har inntektene økt med 13,7 prosent i reelle termer fra 24,1 mill. kr i 2009 til 28,0 mill. kroner i 2019.



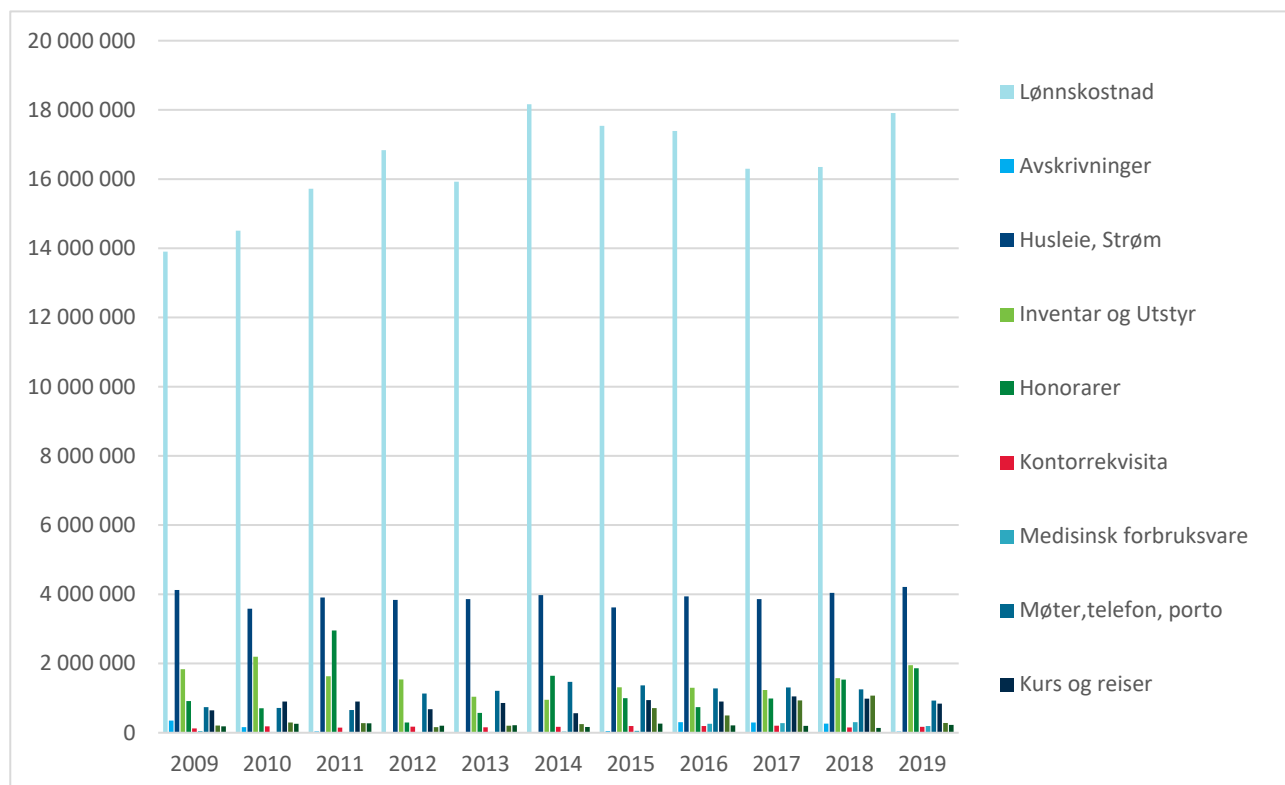
Figur 3 Inntektskilder for Amatheia, 2009-2019. Beløp i 2020-kroner.

Tabell 1 viser hvor stor addisjonaliteten har vært i perioden, målt som ekstra inntekter fra drift som andel av tilskudd fra staten. I de fleste årene har Amatheia hentet inn nær 30 prosent ekstra inntekt i tillegg til statstilskuddet. Dette falt imidlertid sterkt i 2019 som følge av at statstilskuddet økte og støtten fra helseforetakene forsvant. Det er uklart hvorvidt den økte rammen over statsbudsjettet vil påvirke Amatheias aktivitet når det gjelder å søke annen støtte. Vår vurdering er at mest sannsynlig vil denne aktiviteten forbli uendret, med mindre tilskuddsforvalter velger å oppfordre til økt aktivitet. Årsregnskapet for 2020 vil gi ytterligere indikasjon på dette forholdet.

Tabell 1 Forholdstall fra årsregnskapene til Amatheia i perioden 2009-2019. SINTEFs beregninger.²⁷

²⁷Tilskuddet til drift av Suss-telefonen i 2014 er holdt utenfor i beregningen av ekstra inntekter i tabellen. For kostnadstallene er det ikke mulig å gjøre det samme. Det kan virke som tilskuddet til Suss-telefonen har fordelt seg relativt likt mellom lønnsutgifter og honorarer. Det kan ha bidratt at lønn utgjorde ekstra mye i forhold til det statlige tilskuddet i 2014.

Tabell 1 viser også hvor stor andel de to største kostnadskategoriene utgjør av totale kostnader. Disse er lønnskostnader og utgifter til husleie og strøm. Dette forholdet er også illustrert visuelt i Figur 4 som viser størrelsen på alle driftskostnader i 2020-kroner. De tre siste årene har lønnskostnadene utgjort om lag 60 prosent av driftskostnadene, og husleie og strøm ca. 15 prosent. De øvrige utgiftene er relativt lave, med noe årlig variasjon i honorarer og inventar og utstyr. For to år (2011 og 2012) er det ikke rapportert om utgifter til medisinske forbruksvarer, men det kan skyldes midlertidig endret rutine for regnskapsføring, og trenger ikke indikere atypisk aktivitet i de årene.



Figur 4 Utvikling i driftskostnader for Amatheia, 2009-2019. 2020-kroner.

Amatheias lokaler oppgis i intervjuer å ligge på sentrale steder som er lett å komme til, eksempelvis i næringsbygg og kjøpesentre. Det er oftest lite skilting og tilrettelagt for anonymisert tilgang for å hindre stigmatisering av de besøkende. Lokalene omtales som velegnet for sin bruk, med kontorplass og hyggelige oppholdsrom for fortrolige samtaler. Gjennomsnittlig brutto lønnskostnad for Stiftelsens ansatte er oppgitt i mars 2021 til kr 510 934 kroner, eks. sosiale kostnader og pensjon, og 756 338 inkl. sosiale kostnader og pensjon. De ansatte veilederne har høyere utdanning innen helse og sosialfag, og flere har jobbet mange år i Stiftelsen. Stiftelsen har også knyttet til seg en ekstern konsulent som fungerer som veileder for brukere og faglig støtte for de øvrige veilederne. Hun mottar kompensasjon i form av honorar. I enkelte prosjekter har Stiftelsen ansatt prosjekt koordinatorene på prosjektbasis. Det antas at dette bidrar til de årlige endringene i lønnskostnader.

Som oppgitt i

Tabell 2 har antallet årsverk vært tilnærmet uendret på 23 fra 2010 til 2020, med en liten nedgang i 2020. Stiftelsen byttet regnskapsfører i 2018 som forklarer hvorfor antallet årsverk er gitt mer presist siden da.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall årsverk	21	24	23	23	22	23	23	23	23,8	22,82	21,83
Langtidsfravær	7,46 %	13,79 %	2,29 %	5,12 %	3,09 %	4,22 %	4,06 %	3,99 %	8,97 %	12,30 %	6,66 %

Tabell 2 Antall årsverk og langtidsfravær i Amatheia for perioden 2010 – 2020.

Tabellen viser at langtidsfraværet har variert mye i perioden. Forklaringen på det er nok at med så få årsverk, så vil en enkelt ansatts fravær gi store prosentvise utslag.

6.3.3 Drøfting

Gjennomgangen tegner et bilde av en kostnadsbevisst ideell stiftelse med stor grad av kontinuitet i rammebetingelsene. Endringene i 2019 økte den samlede inntekten til Stiftelsen Amatheia, men gjorde dem samtidig enda mer avhengig av den statlige tilskuddsordningen. Øvrige inntektskilder utgjør kun 12 prosent og det er lite sannsynlig at Stiftelsen egenhendig vil kunne påvirke dette. Dersom de, mot formodning, skulle lykkes med å finne en alternativ inntektskilde som utgjorde en betydelig merinntekt, så vil dette på sikt kunne brukes som et argument for å redusere den statlige støtten. Incentivene for Stiftelsen taler derfor for å fokusere ressursene på samfunnsoppdraget og vise til et høyt aktivitetsnivå, snarere enn å diversifisere inntektssiden. I kapittel 6.3 diskuterer vi hvordan vi vurderer aktivitetsnivået i Stiftelsen i dag.

Det er ikke overraskende at lønn utgjør over 60 prosent av kostnadene. Lønnsnivået synes ikke urimelig høyt, gitt veiledernes formelle kompetanse og erfaring. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det grunn til å spørre hvorvidt arbeidskraften vil kunne bli utnyttet mer effektivt dersom veilederne konsentrerte seg om et mindre sett med oppgaver. Spesialisering for å bli ekstra god til å utføre organisasjonens kjerneoppgaver er en klassisk tilnærming til virksomhetsstyring. Det er bakgrunnen for alternativ 1) Spissing.

For å gjøre innsparinger kan man derfor spørre seg om det er andre kategorier av kostnader det er mulig å redusere uten for store konsekvenser for driften. Da er det nærliggende å vurdere hvorvidt det er et alternativ å legge ned noen av lokalkontorene. Erfaringene fra forrige runde med nedleggelse viste at antallet kontakter ble opprettholdt. Dette momentet utgjør motivasjonen for alternativ 2) Sentralisering.

Forvaltningen av tilskuddet er allerede veldig effektiv, og evalueringen har ikke avdekket potensial for å forbedre denne. Men tematisk er det overlapp mellom tilskuddsordningene *Stiftelsen Amatheia* og *Seksuell helse*. Seksuell helse er også forankret i strategien *Snakk om det!*, men favner bredere enn tilskuddet til Amatheia. Alternativ 3) Avvikling av tilskuddsordningen tar for seg konsekvensene av en mulig sammenslåing av de to tilskuddsordningene for å eventuelt eliminere noen av arbeidsoppgavene for tilskuddsforvalter.

Vi har tidligere vært inne på Stiftelsens evne til å fornye seg. Allerede i 2006, ble det implementert en helhetlig IKT-løsning i Stiftelsen Amatheia, som inneholder blant annet et elektronisk pasientjournalssystem med felles timeavtalebok og et landsdekkende telefonisystem, med tilgjengelighet i tiden 08.00-20.00 alle hverdager. Fra 2017 har telefonvakten også ansvar for chatt. Utviklingen når det gjelder kontakter viser en utvikling over flere år i retning av økt bruk av telefonmøter og virtuelle samtaler, også før korona-pandemien. Dette diskuterer vi nærmere i kapittel 6.4, hvor vi ser på fordeler og ulemper ved de ulike alternativene.

SINTEFs konklusjon:

Gjennomgangen tegner et bilde av en kostnadsbevisst ideell stiftelse med stor grad av kontinuitet i rammebetingelsene og med evne til omstilling (bl.a. i 2006). Incentivene for Stiftelsen taler for å fokusere ressursene på samfunnsoppdraget og vise til et høyt aktivitetsnivå, snarere enn å diversifisere inntektssiden. Det er ikke overraskende at lønn utgjør over 60 prosent av kostnadene. Lønnsnivået synes ikke urimelig høyt, gitt veilederens formelle kompetanse og erfaring. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det grunn til å spørre hvorvidt arbeidskraften vil kunne bli utnyttet mer effektivt dersom veilederne konsentrerte seg om et mindre sett med oppgaver. Spesialisering for å bli ekstra god til å utføre organisasjonens kjerneoppgaver er en klassisk tilnærming til virksomhetsstyring. For å gjøre innsparinger man derfor spørre seg om det er andre kategorier av kostnader det er mulig å redusere uten for store konsekvenser for driften. Da er det nærliggende å vurdere hvorvidt det er et alternativ å legge ned noen av lokalkontorene. Erfaringene fra forrige runde med nedleggelse viste at antallet kontakter ble opprettholdt. Forvaltningen av tilskuddet er allerede veldig effektiv, og evalueringen har ikke avdekket potensial for å forbedre denne. Men tematisk er det overlapp mellom tilskuddsordningene *Stiftelsen Amatheia* og *Seksuell helse*. Seksuell helse er også forankret i strategien *Snakk om det*, men favner bredere enn tilskuddet til Amatheia. Vi viser til drøfting av alternative modeller for den fremtidige virksomhet ni neste kapittel.

7 Fremtidig innretting av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia

7.1 Innledning

I veilederen "*Evaluering av statlige tilskuddsordninger*" (Veileder. SSØ 11/2007) trekkes fram følgende problemstilling som bør inngå i et evalueringsoppdrag:

Er tilskuddsordningen tilstrekkelig godt utformet?

Denne problemstillingen danner utgangspunktet for vår vurdering av hvordan tilskuddet Stiftelsen Amatheia kan innrettes for enda større måloppnåelse. Før vi går nærmere inn på konkrete forslag til tilpasninger i regelverket, drøfter vi først kort forvaltning av tilskuddet, noen hovedtrekk av aktivitetene i dagens Amatheia, før vi presenterer og drøfter fire hovedalternativer til utformingen av tilskuddet og hvilke konsekvenser de kan få.

SINTEF er av Oppdragsgiver bedt om å gi en anbefaling i valg av hovedalternativ. Alle de fremlagte hovedalternativene har sine styrker og svakheter, og vektingen av disse faktorene vil dels være kunnskapsbasert, og vil også bestå av forvaltningsmessige og politiske prioriteringer. Deler av Amatheias virksomhet dekker tjenester som er nedfelt i lovverket, og skal derfor være tilgjengelig. Det betyr imidlertid ikke at det med nødvendighet er Amatheia som skal ivareta dette tilbudet. Dersom beslutningstakerne vurderer konkurrerende alternative tilbydere for denne helsetjenesteytelsen, bør disse underlegges tilsvarende evaluering i forhold til tilgjengelighet og kvalitet. Innenfor et begrenset helsebudsjett er ikke bare kostnad av drift interessant, men også hvordan midlene ellers hadde vært disponert. Om gevinsten av Amatheias virksomhet er høy nok til å forsvare kostnadene er en politisk verdivurdering, der denne evalueringen er ment som et bidrag til beslutningsgrunnlaget. Våre anbefalinger er derfor kun kunnskapsbasert, og tar utgangspunkt i den dokumentasjonen som har framkommet i evalueringsoppdraget.

7.2 Forvaltning av tilskuddet

Måten tilskuddet er forvaltet på, som et øremerket tilskudd over statsbudsjettet, med et klart definert regelverk, gode rutiner og digitale støttesystemer, fremstår som kostnadseffektiv. Prosessen krever minimalt av innsats fra både tilskuddsforvalter og tilskuddsmottaker, gitt at juridiske krav om søknadsprosess og formell aksept skal ivaretas. Den er også forutsigbar for de involverte partene, med lite risiko involvert. Hvorvidt forvaltningen er samfunnsmessig optimal, er derimot et spørsmål om hvorvidt staten kan oppnå tilsvarende eller bedre forhold mellom kostnader og nyttevirkninger ved å organisere tilskuddet på en annen måte. Det er ikke en triviell vurdering fordi det innebærer en kontrafaktisk beskrivelse av samfunnet. Endringer i regelverket for tilskuddet vil ikke bare være egnet til å påvirke adferden i Stiftelsen Amatheas, men også andre berørte interessenter i offentlig, privat og frivillig sektor vil tilpasse seg. Det kan tenkes at andre aktører vil kunne overta enkelte funksjoner som i dag dekkes av Stiftelsen, eller at Stiftelsen kan nå flere brukere ved å arbeide på nye måter. Men det er begrenset med empiri som kan belyse dette fordi driften av Stiftelsen har vært relativt stabil over lang tid.

7.3 Aktiviteter i Stiftelsen Amatheas

Vår evaluering viser at tilskuddet i dag er tilstrekkelig for å kunne dekke behovet for personlige samtaler med kvinner og par som står i en valgsituasjon. Vi har ikke avdekket noen indikasjoner på at personer som har søkt om hjelp har blitt avvist på grunn av manglende kapasitet. Samtidig poengteres det fra daglig leder at tilskuddet ikke tillater nok bemanning for å dekke behovet for å informere tilstrekkelig om Stiftelsen til publikum og andre organisasjoner. Stiftelsen opplever at mange ikke vet om Amatheas tilbud og at de kunne kommet i kontakt med flere brukere dersom dette ble forbedret. Flere av de eksterne aktørene vi har intervjuet og fått skriftlige tilbakemeldinger fra, assosierer Amatheas først og fremst med graviditet og valgsamtale, og i mindre grad med tilbud til gutter og unge menn, prevensjonsveiledning og arbeidet med å redusere seksuelt overførbare infeksjoner (inkl. hiv), til tross for at disse tilbudene er omtalt på Stiftelsens hjemmeside. Intervjuene med Stiftelsens ansatte viser også udekte behov når det gjelder undervisning om seksuell helse, og annet forebyggende arbeid, samt tilbud til de samiske befolkningsgruppene.

Som nevnt ovenfor, om tilskuddets bidrag til å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter, så er det store problemer med å skulle vise at det forebyggende arbeidet har gitt de ønskede effektene. Problemene bør ikke tolkes som at virkningene ikke er reelle og viktige, men det er mange faktorer som i sum spiller inn på samfunnsutviklingen på dette området. Statistikken viser en gledelig nedgang i selvbestemte svangerskapsavbrudd for aldersgruppene under 30 år siden 2008, men nivået per 1000 kvinner over 30 år har knapt endret seg de siste 30 årene. Amatheas gjør selv et poeng av at de ikke bare retter seg mot yngre kvinner, men møter kvinner i alle aldre. Det er viktig å huske at de personlige møtene ikke er en arena for å overtale kvinnene til å avstå fra abort, men i stedet en arena for å gi balansert og god informasjon som skal gjøre kvinnene tryggere i sitt eget valg. Hvordan man best når ut til denne gruppen av "eldre brukere", med forebyggende informasjon er uklart da de ikke er konsentrert i utdanningsinstitusjoner og har tilbud fra HFU-ene, slik som de yngre.

Det er ekstra utfordrende å vise om tilskuddet utgjør en forskjell for kvinner i risiko for gjentagende uønsket svangerskap. I Oslo har det vært gjennomført prosjekt rettet mot øst-afrikanske innvandrere, men dette er ikke del av Stiftelsens ordinære virksomhet i dag.

Fokuset på gjentagelse er heller ikke nevnt eksplisitt i målformuleringen for tilskuddet, men har dukket opp i samtaler med både Oppdragsgiver og Stiftelsens ansatte. Det synes derfor å være en akseptert forventning

om at tilskuddet skal ha en betydning på dette området, noe blant annet tilsagnsbrevet for 2020 viser, der HelseDirektoratet ba Amatheia prioritere "oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet".

Det synes også som at tilstrømmingen av flyktninger i 2015 har medført en økt kompleksitet i sakene som få andre organisasjoner eller institusjoner er beredt til å håndtere. Således er det verd å minne om at bidraget fra Stiftelsen er i endring, selv om antallet årsverk og tilskuddsnivået er stabilt.

Vår evaluering viser at offentlige helsetjenester, så som helsestasjon for ungdom, helsesykepleiere og gynekologiske poliklinikker og private helsetilbud (så som Sex og samfunn), peker på Amatheia som et viktig supplement til det øvrige helsetilbudet som arbeider med seksuell helse, i særlig grad når det gjelder valgsamtalene. Samtidig viser de samme aktørene til at Amatheia overlapper eksisterende tilbud på en rekke områder, så som prevensjonsveiledning, gradviditetstester, undervisning, og kurs og grupper. Det er grunn til å tro at noen av disse aktivitetene kan omfordeles mellom Amatheia, og organisasjoner i det offentlige og private helsetilbudet. Budsjettvirkningene for staten av en omfordeling er ikke åpenbar, da også andre private organisasjoner mottar statlig støtte.

7.4 Alternative modeller for innretning av tilskuddsordningen – drøfting og anbefalinger

7.4.1 Innledning

Våre forslag til fremtidig innretning av tilskuddsordningen er kunnskapsbasert, og bygger på erfaringsinnhenting (dokumentanalyse og intervjuer) og drøfting av de ulike delmålene i evalueringssoppgaven. Vi drøfter alternativer til utformingen av tilskuddet og hvilke konsekvenser dette vil ha for beskrivelse av mål, målgruppe og kriterier for måloppnåelse i regelverket for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Vi har i utgangspunktet beskrevet *tre hovedalternativer* til utformingen av tilskuddet og drøftet hvilke konsekvenser de kan få. I tillegg drøfter vi en *hybrid* bestående av elementer fra to av hovedalternativene. Avslutningsvis i denne delen av kapitlet, gir vi våre anbefalinger om veivalg, og drøfter styrker og svakheter ved anbefalt løsning. Basert på våre anbefalinger drøfter vi hvilken betydning dette vil få for innretning av regelverket for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Anbefalt alternativ og regelverket for tilskuddsordningen drøftes i lys av de føringer som er gitt i *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hovedmål med en felles strategi er at det gir mulighet for å "tydeliggjøre betydningen av seksuell helse i bredt, samt en helhetlig innsats for å styrke hele befolkningens seksuelle helse". Vi drøfter hvilke bidrag Stiftelsen Amatheia kan gi til en slik helhetlig tilnærming til seksuell helse.

7.4.2 Alternativ 1: Spissing

Det første alternativet er å spisse formålet med tilskuddet til å fokusere på å hjelpe kvinner og par som står i en valg situasjon. Her ser vi for oss at Stiftelsen instrueres gjennom målformuleringen til å avstå fra undervisningsoppgaver og kurs rettet mot blant annet ungdomsskoler, videregående skoler, høyskoler og helsefagutdanninger, og i større grad bruker de frigjorte ressursene på å bygge relasjoner til samarbeidspartnere som kan henvise brukere og til informasjonskampanjer på nett og i media. Dette kan bidra til å dempe arbeidspresset for de ansatte som har oppgitt at de kjenner på at tiden ikke strekker til og som synes de har for lite tid til å forberede seg til undervisningsopplegg. Det kan også generere mer diskusjon om hvordan Stiftelsen best når ut til brukerne sine, og potensielt gi større forståelse for viktigheten av å bedre rapporteringen med tanke på innhold i og utfall fra kontaktene.

Fra et samfunnsperspektiv vil dette medføre at andre aktører blir nødt til dekke undervisningsbehovet. Skoler som til nå har lent seg på Amatheas, må enten bygge egen kompetanse for å gjennomføre seksualundervisningen, eller kontakte andre organisasjoner. Det vil være overkommelig, men vil sannsynligvis medføre en forringelse av kvaliteten fordi Amatheas veiledere både er faglig dyktige og de har en trygghet når det gjelder å diskutere temaet med målgruppen. Ved noen lokalkontor vil endringen gjøre at de ansatte må avstå fra oppgaver som de synes er givende. Mindre tilstedeværelse i undervisningssteder vil kunne svekke unges kjennskap til Amatheas og de ansatte, og heve terskelen deres for å ta kontakt. Noen tilbud, som tilrettelagt mor-barn kurs for kvinner med uavklart forhold til far vil opphøre dersom lokale helsestasjoner, eller andre, ikke ser seg tjent med å gjennomføre disse.

En styrking av helsesykepleiertjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU), kombinert med en målsetting om at flest mulig tilbud skal dekkes lokalt, har ført til at flere av de utfordringene de yngste brukerne opplever, håndteres lokalt. HFU-ene har en lovfestet aldersgrense på 20 år, men mange kommuner har økt denne til 23 år, noen til 25 år. Vår analyse viser at andelen brukere av Amatheas 25 år + har økt. Denne gruppen faller utenfor blant annet HFU-ordningen, og henvises til fastlege, studenthelsetjenesten eller privatpraktiserende gynekologer, foruten Amatheas. De yngste oppsøker med andre ord andre tilbud enn Amatheas, en trend vi har sett over tid. Vi anbefaler at Stiftelsens innsats, i form av informasjon om tilbudet ved Amatheas, i større grad rettes mot disse arenaene som den noe eldre aldersgruppen oppsøker for råd og veiledning.

Tilbud til etniske minoriteter og innvandrer miljøer (i det alt vesentlige kvinner), både på individ- og gruppenivå, har vært en satsning i Stiftelsen i mange år. Vi anbefaler at denne delen av virksomheten videreføres. Dersom Stiftelsen skal nå fram og lykkes i arbeidet med minoritetskvinner, må organisasjonen ha en mangfoldig stab der flere etniske tilhørigheter er representert. Videre anbefaler vi en videreføring av det arbeidet som ble påbegynt i 2018 med prosjektet "Samiske kvinner og seksuell helse". Formålet med samarbeidsprosjektet var å arbeide for, samt etablere en trygg arena for, seksuell helse for den samiske befolkningen.

7.4.3 Alternativ 2: Sentralisering

I dette alternativet opphever tilskuddsforvalter kravet om lokal tilstedeværelse. Samtidig opprettholdes kravet om et nasjonalt tilbud. Den nye modellen utnytter at stadig flere kontakter foregår virtuelt eller via chatt, og i mindre grad personlig oppmøte. Ved å legge ned de fleste lokalkontorene frigjøres 3 av 4 millioner kroner som i dag går til husleie og strøm. De tre millionene gir rom for å ansette fire ekstra veiledere til en kostnad av ca. 750 000 kroner per stykk. Noen få regionskontor opprettes med flere ansatte på hvert kontor og større ansvarsområde.

En slik modell forutsetter at viktigheten av personlige møter ikke er så stort som veilederne sier. Det å bygge en fortrolig relasjon til brukeren slik at man får god forståelse for situasjonen som brukeren står i kan ta lengre tid, eller bli umulig. På den annen side har man i 2020 erfart at personers opplevelse av hjemmeundervisning og arbeid via digitale flater varierer med personlighetstype. Det er også nevnt i intervjuer at noen brukere foretrekker å snakke med veiledere utenfor sitt lokalmiljø.

En innvending mot en slik modell er at mange andre aktører har en sterk digital tilstedeværelse for informasjon om seksuell helse. Et eksempel er nettstedet til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdirs), *Ung.no*, som har ungdommer i alderen 13-20 år som målgruppe. Et annet eksempel er *eMetodeboka for seksuell helse* som er utviklet av Sex og samfunn, som retter seg mot helsepersonell. Også personer utenfor målgruppene vil kunne få informasjon fra disse kanalene ved å søke på nettet. En annen

innvending er behovet for å ivareta hensynet til de med lav digital kompetanse og forebygge digitalt utenforskap. Slik det er i dag (nullalternativet), så kompletterer Amatheia den generelle informasjonen som er tilgjengelig på nett med individspesifikk informasjon. Og de supplerer de digitale aktørene med muligheten for nettopp fysiske møter.

Oppmerksomhet rettet mot aldersgruppen 25+, etniske minoriteter og den samiske befolkningen, som beskrevet under alternativ 1 (se ovenfor), inngår også i alternativ 2.

7.4.4 Alternativ 3: Avvikling av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia

I det tredje alternativet avvikles det øremerkede tilskuddet til Stiftelsen Amatheia. I stedet overføres beløpet på ca. 25 mill. kroner til tilskuddsordningen *Seksuell helse* som i dag er på ca. 36 millioner kroner. Dagens "Regelverk for tilskuddsordning Seksuell helse" ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet 15.09.2020. Under "Mål og målgruppe for ordningen" heter det: "*Tilskuddsordningen skal bidra til oppfølging av Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022) og Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020– 2024*". Overordnet mål er å bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Delmål for ordningen er:

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

Med andre ord en strategiforankring, overordnet mål og delmål, så å si identisk med "Regelverk for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia". De som kan søke på ordningen er blant annet kommuner, fylkeskommuner, interkommunale selskaper, statlige foretak (f.eks. RHF/HF), og også frivillige og ideelle organisasjoner (herunder stiftelser).

Med alternativ 3, står Stiftelsen Amatheia fritt til å søke om tilskudd for fortsatt drift fra Seksuell helse. Det krever ingen endring av regelverket for *Seksuell helse* siden formålet med den tilskuddsordning er veldig vid. Målgruppen er hele befolkningen i alle aldre, og strategien *Snakk om det!* og *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd* utgjør grunnlaget for ordningen. Helsedirektoratet kan med dagens regelverk fritt definere prioriterte tema i utlysningen. Et nasjonalt veiledningstilbud for uønsket gravide par kan være et slikt prioritert tema.

Vi innser at det ikke finnes politisk støtte for dette alternativet i dag. Det er derimot uvesentlig for vurderingen av hvorvidt en slik organisering er samfunnsmessig ønskelig i en kost-virkning-analyse. Det som er klart er at en slik organisering er mulig, og at det vil medføre økt usikkerhet for Amatheia og deres ansatte. Usikkerheten kan gjøre det mer utfordrende å tiltrekke seg og holde på høykompetent arbeidskraft. Samtidig er det slik andre ideelle stiftelser og organisasjoner må innrette seg i dag. Det er derfor demokratiske prinsipper om likebehandling som vil bli bedre ivare tatt med dette alternativet. Alternativet åpner for at organisasjoner som Sex og samfunn, Røde Kors, Kirkes Bymisjon eller andre, kan utvikle konkurrerende tilbud. Det vil igjen åpne nye muligheter for tilskuddsforvalter til å eksperimentere med alternative tilbud ulike steder i landet.

7.4.5 Alternativ 4: Spissing og sentralisering – en hybrid

Vårt fjerde alternativ består av elementer fra *Alternativ 1 Spissing* og *Alternativ 2 Sentralisering*. Med andre ord: i) en spissing av formålet med tilskuddet til å fokusere på å hjelpe kvinner og par som står i en valgsituasjon, ii) at Stiftelsen instrueres gjennom målformuleringen til å avstå fra undervisningsoppgaver og kurs, og i større grad bruker de frigjorte ressursene på å bygge relasjoner til samarbeidspartnere som kan henvise brukere og til informasjonskampanjer på nett og i media, og iii) at tilskuddsforvalter opphever kravet om lokal tilstedeværelse, men hvor kravet om et nasjonalt tilbud opprettholdes.

I dette alternativet mottar Stiftelsen Amatheas fortsatt øremerkede midler over statsbudsjettet gjennom en egen tilskuddsordning, slik som i dag. Endringene innføres gjennom en omskriving av formålet og kravene i regelverket for tilskuddsordningen. Formålet endres til å fokusere på å hjelpe kvinner og par som står i en valgsituasjon, og å hjelpe dem til å leve med valget som tas. Stiftelsen bes om å avstå fra den delen av det forebyggende arbeidet som omfatter undervisningsoppgaver i grunnskole, videregående, høgskoler og universitet, med begrunnelse i at på dette området er det mange aktører fra før. Disse arenaene vil fremover først og fremst benyttes for å informere om Amatheas virksomhet og tilbud, i den grad Stiftelsen selv synes det er hensiktsmessig.

Alternativet gir rom for at Stiftelsen kan øke kontakten mot samarbeidspartnere og styrke sin digitale tilstedeværelse og synlighet. Hvis og når Stiftelsen vurderer at de kan opprettholde et godt tilbud uten lokal tilstedeværelse, så har de muligheten til å utvikle lokalkontorer. Dette gir anledning til å møte brukerne på nye måter, nå som flere i stadig større grad er vant til å gjennomføre møter digitalt. Stiftelsen pålegges å opprettholde et nasjonalt tilbud. Ett telefonsystem, tilgang til alle avtalebøker og ett telefonnummer er elementer som støtter opp om dette i dag, og som bør videreføres.

Oppmerksomhet rettet mot aldersgruppen 25+, etniske minoriteter og den samiske befolkningen, som beskrevet under alternativ 1 og 2 (se ovenfor), inngår også i alternativ 4.

7.4.6 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet og fordelingsvirkninger

I utgangspunktet skal en evaluering bidra med begreper, modeller, samle empiri samt utvikle perspektiv og problematiseringer som legger til rette for å øke Oppdragsgivers læring. Oppdragsgiver skal på selvstendig grunnlag konkludere og beslutte hvilke konsekvenser læringen som evalueringen har bidratt til vil kunne få for veivalg om fremtidig innretning av tilskuddsordningen. I denne evalueringen ønsker Oppdragsgiver en anbefaling av hvilket alternativ SINTEF mener er det foretrukne, ut fra en helhetsvurdering av resultatene i evalueringssoppgaven. Våre anbefalinger er basert kun på en evalueringsfaglig vurdering av empiriske data (dokumentanalyse og intervjuer). Politiske og verdimessige vurderinger inngår derfor ikke i våre vurderinger og anbefalinger. Om gevinsten av Amatheas virksomhet er høy nok til å forsvare kostnadene er en politisk verdivurdering, der denne evalueringen er ment som et bidrag til beslutningsgrunnlaget.

I alternativene 1 og 2 vil Stiftelsen Amatheas kunne ha tilgang til like mye støtte som i nullalternativet, som er dagens situasjon med et øremerket tilskudd. Alternativ 1 legger imidlertid en kostnad på Amatheas i form av en innskrenkning av mulighetsrommet: I dag kan Amatheas utnytte ledig kapasitet med å tilby kurs og undervisning, noe som ikke vil bli mulig med Alternativ 1. Alternativ 2 gir derimot nye muligheter for hvordan Amatheas kan velge å innrette seg. Stiftelsen har alt gjennomgått en prosess med nedleggelse av fem lokalkontorer som gav kostnadsbesparelser uten nevneverdig utslag på antallet kontakter. Men med færre

lokalkontorer vil det oppstå fordelingseffekter der befolkningen i noen deler av landet får et svekket tilbud, mens andre - nær regionskontorene får et bedre tilbud.

Alternativ 3 kan sies å være den mest drastiske endringen, selv om det ikke automatisk innebærer nødvendige endringer i Stiftelsens frihet til å organisere sine aktiviteter. Alternativet svekker fokuset på målgruppen som Amatheia er ment å ivareta, og det vil kunne skape urolighet internt i Stiftelsen, med mindre hensikten med å velge alternativet er godt kommunisert. Til gjengjeld kan alternativet stimulere andre organisasjoner til å øke tilfanget av ideer for hvordan målgruppen kan hjelpes.

Alternativ 4 kombinerer en styrking av fokuset på veiledningssamtalen med økt frihet til å tilpasse organisasjonens fysiske, menneskelige og digitale ressurser. Stiftelsen vurderer selv i hvilken grad tilskuddet skal brukes på å opprettholde lokal tilstedeværelse. Det forebyggende arbeidet gjennom undervisning reduseres, men konsekvensene av dette er små på samfunnsnivå. Alternativet gir insentiver for å styrke informasjon og markedsføring mot aldersgruppen 25 år og over. Samtidig er det risiko for at kjennskapet til Amatheia blant skoleelever blir svakere i de regionene hvor Stiftelsen er mest aktiv med undervisningsoppgaver. Alternativet gir ingen forvaltningsmessige kostnader, sammenlignet med dagens situasjon.

SINTEFs anbefaling

Basert på en samlet analyse av datamaterialet, anbefaler SINTEF alternativ 4, en hybrid av alternativ 1 *Spissing* og alternativ 2 *Spesialisering*. SINTEF mener denne modellen, på en god måte, sikrer videreføring av kjernekompetanse i dagens Amatheia (veiledning av gravide og par i valgsamtalen), og gir denne delen av virksomheten økonomisk trygghet og forutsigbarhet. Med denne modellen avstår veilederne i Amatheia fra undervisningsoppgaver som i dag ivaretas på en god måte av andre aktører, og frigjør ressursene til å bygge relasjoner til samarbeidspartnere som kan henvise brukere og til informasjonskampanjer på nett og i media. Virksomheten anbefales å rette oppmerksomheten mot brukergruppen som i mindre grad fanges opp av annet tilbud (25 år +). Med alternativ 4 oppheves kravet om lokal tilstedeværelse, samtidig virksomheten videreføres som et nasjonalt tilbud. Noen få regionskontor opprettes med flere ansatte på hvert kontor og større ansvarsområde. Med dette tilpasses tilbudet til det faktum at en stadig større andel av brukerne velger telefon, epost og chatt som kommunikasjonsform. Satsingen på tilbud etniske minoriteter og den samiske befolkningen videreføres.

7.5 Regelverk for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia – forslag til endringer

7.5.1 Innledning

I dette kapittelet drøfter vi avslutningsvis forslag til endringer i regelverket for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Utgangspunktet for forslagen og drøftingen, er vår anbefaling om valg av alternativ 4 (en hybrid av alternativ 1 *Spissing* og alternativ 2 *Spesialisering*). Hovedpunktene i alternativ 4, er at Amatheia retter oppmerksomheten mot å hjelpe kvinner og par som står i en valgsituasjon, retter oppmerksomheten mot brukergruppen som i mindre grad fanges opp av annet tilbud (25 år +), avstår fra undervisningsoppgaver (grunnskole, videregående, høgskoler, universitet), styrker informasjon til samarbeidspartnere og på nett og i media, opphever kravet av lokal tilstedeværelse og opprettholder Stiftelsen som et nasjonalt tilbud, med ett telefonsystem, med tilgang til alle avtalebøker.

I presentasjonen og drøftingen nedenfor tar vi utgangspunkt i dagens regelverk (presenteres i rammer) og drøfter så hvilke endringer vi mener bør foretas basert på resultatene i evalueringen. *Snakk om det! Strategi*

for seksuell helse (2017-2022) vil fortsatt være et sentralt dokument for innretningen av arbeidet og tilskuddsordningen.

7.5.2 Om mål for tilskuddsordningen Stiftelsen Amatea

Dagens regelverk:

Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide.

SINTEFs vurderinger:

Målet for dagens tilskuddsordning inngår i *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)* og i tidligere strategier og handlingsplaner i arbeidet med seksuell helse. Målet videreføres i *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd - informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*. Denne handlingsplanen er forankret i *Snakk om det*. Stiftelsen inngår i den "helhetlige innsatsen for å styrke hele befolkningens seksuelle helse" (*Snakk om det*), og dagens mål for tilskuddsordningen bør derfor videreføres.

I henhold til dagens regelverk for tilskuddsordningen (kriterier for måloppnåelse) måles Amatea på arbeidet med prevensjonsveiledning/prevensjon, og på aktiviteter som bidrar til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. Så vel på disse områdene, som Stiftelsens bidrag til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, har vi tidligere i rapporten pekt på at Stiftelsens bidrag er tydeligst på individnivå. Virksomheten i Stiftelsen er så begrenset at bidragene vanskelig lar seg synliggjøres i nasjonale tall. Dersom det skal synliggjøres en mer helhetlig tilnærming i Amateas bidrag i samfunnets innsats for å styrke seksuell helse, bør det vurderes om det i mål for tilskuddsordning, i tillegg til å forebygge uønskede svangerskap og aborter, bør inkluderes bidrag i arbeidet med prevensjonsveiledning/prevensjon, og bidrag til reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv.

Når det gjelder dagens mål for tilskuddsordningen, opereres det både med begrepene "uønsket svangerskap" og "ikke-planlagt gravide". Informanter i vår evaluering peker på at dette er to forskjellige begreper, for selv om en graviditet ikke er planlagt, "betyr ikke det alltid at den er uønsket". I *Snakk om det* brukes begrepene "uønsket graviditet" og "uønsket svangerskap", og ikke "ikke-planlagt gravide".

At enkelte kvinner vurderes som utsatt for å ende i uønsket svangerskap gjentatte ganger har vært et tema i flere samtaler i utredningen. Vi anbefaler at målet eksplisitt vektlegger arbeidet med å forebygge gjentakende uønsket svangerskap. Det vil kunne motivere Stiftelsen til å rapportere tydeligere på aktiviteter rettet mot denne gruppen.

Vår anbefaling om spissing og sentralisering får ikke konsekvenser for denne delen av regelverket, da det er nettopp kontakten med kvinner og par som fremheves i formuleringen.

7.5.3 Om innretningen av virksomheten i henhold til "Snakk om det"

Dagens regelverk:

Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet.

SINTEFs vurderinger:

Strategien *Snakk om det* ble lagt fram i 2016, og gjelder for perioden 2017-2020. I tillegg er det lagt fram *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*, som er forankret i *Snakk om det*.

I Stiftelsens årsrapport for 2017, vises det til *Snakk om det*, og at den "var et viktig bidrag til vårt arbeid med Amatheas egen strategi i perioden 2018-2022". I årsrapporten for 2018 heter det: "Ut fra Helse- og omsorgsdepartementet sin strategi for seksuell helse (2017-22), *Snakk om det!* har Amatheas utviklet en egen strategisk plan for samme periode". Etter en gjennomgang av Amatheas strategi for 2018-2022, samt Stiftelsens årsrapporter fra perioden før og etter 2017, finner vi få spor av *Snakk om det* i disse dokumentene. Stiftelsens strategi er i alle hovedsak en beskrivelse av tilbudet som vi finner igjen i årsrapportene både før og etter 2017. Strategien ligger til grunn i alle de alternative utformingene av tilskuddet som drøftes i denne rapporten. I innledningen til *Snakk om det*, vises det til at strategien for første gang samler arbeidet for seksuell helse i en felles strategi, med følgende delmål:

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

Dersom "*Snakk om det! Strategi for seksuell helse*" (2017-2022) skal være et sentralt dokument for innretningen av arbeidet i Amatheas, hvor Stiftelsen blir en tydeligere bidragsyter i denne nasjonale satsingen, bør forankringen i *Snakk om det* tydeliggjøres. Den helhetlige tilnærmingen, som beskrevet ovenfor, under mål for tilskuddsordningen, bør innarbeides i Stiftelsens strategidokument.

Vår anbefaling om spissing og sentralisering får ikke konsekvenser for denne delen av regelverket.

7.5.4 Om målgruppen for Stiftelsen Amatheas

Dagens regelverk:

Målgruppen er gravide og deres partnere, samt kvinner med sårbarhet for seksuell uhelse

SINTEFs vurderinger:

Gjennom valgsamtalen, mor-barn-gruppene for de som står alene med omsorgen og etter-abort-samtalene, utgjør gravide og deres partnere kjernegruppen i Stiftelsens virksomhet og som de også assosieres med av eksterne aktører.

Stiftelsen har i dag, under overskriften "Graviditet og abort", tilbud til gutter og menn. Under overskriften "Tjenester", tilbyr Stiftelsen veiledning for menn. I intervjuene i Amatheia er det flere av informantene som har inntrykk av at det kommer flere menn. Statistikken viser noe annet; kvinneandelene er så å si den samme i 2019 (93%) som den var i 2010 (94%). I Stiftelsens årsrapport for 2019 pekes det på at *"ved parsamtaler har det for 2019 vært som hovedpraksis at disse er journalført på kvinnen, noe som gir en underrapportering på antall menn"*. Dette har vært praksis i alle de årene vi har gjennomgått. Parsamtalene utgjør i underkant av 4% av det samlede antall telefonkontakter og personlige oppmøter, og holder seg relativt konstant i den perioden vi har tall fra.

I tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet for 2020, ble Stiftelsen bedt om å prioritere *"oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet"*. Det at menn nevnes eksplisitt i tilsagnsbrevet med hensyn til prioriterte målgrupper, kan tolkes i retning av at en ønsker å synliggjøre at tilbudet i Amatheia, også gjelder menn, og da ikke bare som en del av et par.

Seksuell uhelse omtales i flere sammenhenger i *Snakk om det*, men da i all hovedsak grupper med sårbarhet for seksuell uhelse. Kun i en sammenheng omtales kvinner spesifikt: *"Seksuell uhelse kan gi konsekvenser for reproduktiv helse, blant annet er det økt risiko for ufrivillig barnløshet og spontanaborter knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner hos kvinner spesielt"*. Med hensyn til forankring i *Snakk om det*, synes det derfor å være riktig at målgruppen beskrives som *"gravide og deres partnere, samt kvinner og menn med sårbarhet for seksuell uhelse"*.

Etter det vi kan se, inneholder ikke strategien noen definisjon av seksuell uhelse, kun en omtale av hvilke situasjoner seksuell uhelse kan oppstå, og hvilke konsekvenser det kan ha, fysisk og psykisk. I evalueringen viser våre informanter til at seksuell uhelse kan forstås på ulike måter. Skal vi forsøke oss på en nærmere definisjon, vil en tilnærming til begrepet være at seksuell uhelse oppstår når en eller flere betingelser for god seksuell helse ikke er innfridd, og oppstår når det er en negativ og lite respektfull tilnærming til seksualitet (eks. skam, frykt, negative assosiasjoner), muligheten til å ha gode og trygge seksuelle erfaringer uteblir (eks tvang, press, overgrep), tvang, vold og diskriminering preger relasjonen, negative holdninger og følelser for egen kropp preger selvbildet, og manglende kunnskap om kropp og seksualitet bidrar til utrygg seksuell identitet og usunne handlingsmønstre.

Vår anbefaling om spissing og sentralisering tilsier at man bør vurdere å legge vekt på kvinner over 25 år, hvor tilbudet av aktører som tilbyr informasjon er mer begrenset.

7.5.5 Om kriterier for måloppnåelse

Dagens regelverk:

Kriterier for måloppnåelse:

- *Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*
- *Relevant statistikk for tilbudet:*
 - *antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling*
 - *antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)*

SINTEFs vurderinger:

Under kriterier for måloppnåelse heter det: *Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*. Stiftelsen har pr i dag 13 lokalkontorer. Antallet kontorer ble redusert fra 18 til 13 i 2009, uten av dette gikk ut over aktiviteten, målt i antall kontakter generelt, og "personlig oppmøte" spesielt. Hvis det er et mål at Stiftelsen skal være representert og ha aktivitet i alle de fire helseregionene, så er dette oppfylt pr i dag, og vel så det. Det er imidlertid store variasjoner både med hensyn til geografisk område og befolkningsmengde hvert kontor skal dekke, som setter klare begrensninger for hvor mye hvert kontor "rekker over" blant annet når det gjelder å nå ut til, og å undervise i ulike utdanninger og bidra til "*økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*".

Det er uklart hva kravet om geografisk utbredelse er begrunnet i. Hvorvidt det følger av et ønske om lokal tilstedeværelse i flere deler av landet, om det ligger en forventning om at Stiftelsen Amatheia skal ha en støttefunksjon for de regionale helseforetakene, eller unngå uønsket geografisk variasjon i helsetilbudet. For å øke effekten av tilskuddet ville det vært fordelaktig å kreve tilstedeværelse enten i regioner med høyere befolkningstetthet, eller områder med identifiserte særskilte utfordringer med uønskede svangerskap og høye aborttall. Her viser vi til oversikten i avsnitt 6.2.2 som viser dagens situasjon.

Når det gjelder kriteriet *Relevant statistikk for tilbudet: antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling*, er det vår vurdering at Stiftelsen leverer statistikk med et betydelig forbedringspotensial. Vår hovedkonklusjon er at stadig mer av kontakten mellom brukerne og Amatheia foregår på annen måte enn ved personlig oppmøte. De yngre brukerne (21-25 år) synes å oppsøke andre tilbud enn Amatheia, og en stadig større andel av brukerne er 25 år +, en gruppe som ikke fanges opp av den styrkingen man har sett i tilbudet fra skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Relevant statistikk er viktig styringsinformasjon, både for Stiftelsen selv og for tilskuddsforvalter. Skal dette fungere på en god måte, må statistikken kunne gi et bilde av hvem som oppsøker Amatheia, hvorfor de gjør det, hvilke kontakttypen som benyttes, og aldersfordeling både med hensyn til kontaktgrunn og kontaktmåte (telefon, epost, chatt osv.).

Vi vil trekke fram et perspektiv når det gjelder *kontakttyper* hvor det er behov for bedre analysegrunnlag. I Stiftelsens årsrapport for 2018, heter det blant annet: "*Vi har to føtter, den ene er de vanskelige samtalen, både valgsamtalen og etter abort samtalen*". Statistikk for 2019 viser at "*Fullføre/avslutte svangerskap*" utgjorde 15 prosent av kontaktene, noe som må anses som lavt, basert på det at både Amatheia selv og eksterne aktører peker på valgsamtalen som et kjerneområde i Stiftelsens virksomhet. Vi har ikke tall for

utviklingen over tid på dette området, men andelen er lav. Det foreligger noen tall for valgsamtaler i brukerundersøkelsene for de siste årene, men svarprosenten er så lav at det er vanskelig å tillegge dette noe vekt. Journalsystemets begrensninger (at det kun kan registreres ett hovedtema per kontakt) mener vi ikke gir noen fullgod forklaring på dette funnet, da det er grunn til å anta at når veileder oppfatter at en kontakt dreier seg om "et vanskelig valg", så vil dette også registreres som hovedaktivitet. Man har per i dag ikke tilstrekkelig materiale til å foreta noen nærmere analyse av den lave andelen som kontakter Amatheia for "Fullføre/avslutte svangerskap".

Når det gjelder *etter-abort-samtalene*, utgjorde disse 3 prosent av kontaktene i 2006, nesten identisk med tallene for 2019 (4 prosent). Dette er overraskende lavt, ut fra det at dette er "*en av føttene*" i Amatheia. I evalueringen fra 2006, pekte vi på at ut fra kravet om tilgjengelig støtte i etterkant av en abort, så var enten dette tilbudet ikke godt nok utbygget hos Amatheia, "eller at behovet for psykisk støtte i etterkant av en gjennomført abort er mindre enn antatt". Rapporten "Fakta om abort" (FHI, 13 mars 2020) viser at aborttallene har vært historisk lave de siste årene "og de er stadig fallende". Nedgangen skyldes en markant nedgang i tallet på uønskede svangerskap blant kvinner under 25 år. Man ser at den nedgangen i aborttallene man har sett siden 2008, også viser seg for fødselstallene. De unge kvinnene blir i mindre grad gravide. Når det gjelder abortraten, går den ned for alle aldersgrupper, og tallet på avbrudd blant tenåringer (15-19 år) er det laveste siden opprettingen av Abortregisteret. Dette kan være noe av forklaringen for den lave andelen etter-abort-samtaler i Amatheia i 2019, men ikke for 2006.

Når det gjelder kriteriet *aldersfordeling*, viser vår analyse at andelen brukere i aldersgruppen 21-25 er tilnærmet halvert i perioden 2009-2019, samtidig som vi ser en økning i aldersgruppen 31+. Mye av forklaringen mener vi er å finne i en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, helsestasjoner for ungdom²⁸, utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre, tiltak som sikrer at helsepersonell er lettere tilgjengelige for ungdom. Styrking av studenthelsetjenesten i studentbyene er også et viktig supplement for ungdom og unge voksne som bor langt hjemmefra, og ikke har nær kontakt med sin fastlege (ref. *Snakk om det*). Våre informanter peker på den samme utviklingen, kombinert med en målsetting om at flest mulig tilbud skal dekkes lokalt, som en forklaring på hvorfor de i liten grad henviser til Amatheia. Vår analyse viser at andelen brukere av Amatheia 25 år + har økt. Denne gruppen faller utenfor HFU-ordningen, og henvises til fastlege, studenthelsetjenesten eller privatpraktiserende gynekologer, foruten Amatheia. De yngste oppsøker med andre ord andre tilbud enn Amatheia, en trend vi har sett over tid. Skal Stiftelsen rette mer av sin oppmerksomhet mot aldersgruppen 25 år +, må man vite mer om denne gruppen; hvem de er og hvilke behov de har. Dagens statistikk gir ikke noe godt grunnlag for en slik analyse.

Når det gjelder kriteriet *antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)* så er det først i 2019 at det kan legges fram tall for denne virksomheten. Vi vet med andre ord ikke om aktivitetene på dette området tidligere år. Videre har vi for 2019 et anslag over hvor mange som har deltatt i undervisning for konfirmanter, ungdomsskoler, videregående skoler og folkehøyskoler innen blant annet prevensjon. Stiftelsen er en relativ beskjeden bidragsyter på dette feltet, hvor vesentlige deler av prevensjonsveiledningen og utdeling av prevensjon utføres av offentlig helsevesen (som eksempelvis skolehelsetjeneste og helsestasjoner for ungdom) og private aktører (eksempelvis Sex og samfunn). I vår evaluering mener vi at man bør vurdere om undervisning omkring prevensjon bør være en prioritert oppgave for Amatheia.

²⁸ Tall fra SSB, viste at i 2017 hadde 80 prosent av alle kommuner enten egen helsestasjon for ungdom eller så samarbeidet de med andre kommuner om tilbudet. Selv om hver femte kommune manglet et tilbud om helsestasjon for ungdom, viste grunnlagstallene at hele 96 prosent av alle 13–20-åringene var bosatt i kommuner med et HFU-tilbud.

Vi anbefaler at kravet til geografisk utbredelse endres eller tas vekk. Et forslag er: *Tilbudet dekker innbyggere i hele Norge gjennom tele- og kommunikasjonsteknologi og aktiviteter/tiltak knyttet til minst to regionskontorer.*

Dagens regelverk:

Kriterier for måloppnåelse:

Beskrivelse av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til:

- *God kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper*
- *Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*
- *Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv*
- *Økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*

Vårt hovedinntrykk er at Stiftelsen rapporterer tilfredsstillende når det gjelder beskrivelse av prosjekter og aktiviteter på de områdene som er nevnt over. Begrensningen med hensyn til personellressurser gjør det imidlertid lettere å svare på *hva* Stiftelsen jobber med og *hvordan* de jobber, enn å svare på *i hvilken grad* virksomheten eksempelvis bidrar til reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter og reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. Vi har tidligere i rapporten pekt på at Stiftelsens bidrag er tydeligst på individnivå. Virksomheten i Stiftelsen er så vidt begrenset, at bidragene vanskelig lar seg synliggjøres i nasjonale tall.

Vår konklusjon er at kontakten med, og bidrag overfor, helse- og omsorgssektoren, i stor grad er knyttet til den enkelte veileders kontaktnett, ofte nettverk de har med seg fra tidligere arbeidsplasser. Det synes med andre ord å bære preg av tilfeldigheter hvilke utdanninger og tjenester de har kontakt med. Stiftelsens strategiske dokument for 2018-2022 legger ingen føringer for denne delen av virksomheten. Arbeidet bør enten organiseres mer systematisk, eller gå ut av Amatheas virksomhetsområde.

Dagens regelverk:

Kriterier for måloppnåelse:

- *Måling av brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)*

Stiftelsen Amatheia har et stort fokus på, og holder høyt, at tjenestene våre er basert på brukermedvirkning og likeverdighet. Dette gjøres kontinuerlig av veilederne i ethvert møte med den enkelte og gjennom vår brukerundersøkelse (Stiftelsens årsrapport for 2019).

Årlige brukerundersøkelser ble innført i 2006. I årsrapportene vises det til at brukerundersøkelsen er en viktig retningsgiver for utviklingen av Amatheia. Vår analyse viser at vi finner få, om noen, tegn på at resultatene av brukerundersøkelsene har blitt benyttet i utviklingen av Stiftelsen. Det er først i 2019, at det kommer fram områder hvor brukerne mener at Stiftelsen har et forbedringspotensial. På evalueringstidspunktet foreligger ikke rapporten for 2020. Vi vet derfor ikke om de forbedringspunktene som kom fra i brukerundersøkelsen i 2019, er blitt fulgt opp.

De brukerne som har svart på undersøkelsene er meget tilfredse med tilbudet ved Amatheia. Det ligger imidlertid en stor usikkerhet i en, til tider, meget lav svarprosent (vel 10% av brukerne "personlig oppmøte" enkelte år). Som beskrevet i rapporten, er ikke lav svarprosent i seg selv problematisk gitt at utvalget er representativt, men risikoen for utvalgsskjevheter på grunn av bakenforliggende seleksjonsmekanismer øker med jo lavere responsraten er. Etter vår vurdering kan brukerundersøkelser eller andre metoder for brukertilbakemeldinger være nyttige verktøy for å få et bilde av fornøydhet med eksisterende tilbud og når det gjelder innspill til forbedringer.

Tilbakemeldinger fra brukere er viktig i utviklingsarbeid. Resultatene fra undersøkelsen i 2019 viser dette. Etter vår vurdering bør andre metoder for brukertilbakemeldinger vurderes, for å få et bilde av fornøydhet med eksisterende tilbud og innspill til forbedringer. Slik brukerundersøkelsene gjennomføres per i dag, blir svarprosenten for lav og resultatene for usikre. Vi anbefaler at det etableres et eget system for tilbakemelding fra brukere etter kontakt gjennom digitale flater, inkludert besøk på nettsider, chattemeldinger og virtuelle møter

8 Konklusjon

Evalueringen av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia har støttet seg på et allsidig datagrunnlag, herunder dokumentgjennomgang og intervjuer med ansatte ved samtlige av Amatheias lokalkontorer og flere av Amatheias samarbeidspartnere. Vi har gjennomgått årsrapporter, årsregnskap, strategidokumenter og brukerundersøkelser for perioden fra 2006 frem til og med 2019.

Arbeidet som legges ned av de ansatte er gjort med faglig dyktighet, medfølelse og yrkesstolthet. Det er ingen tvil om at Stiftelsen Amatheia er vel ansett blant helse og omsorgstjenestene, lærere og sykepleiere i utdanningssektoren og andre organisasjoner innen området seksuell helse. Til tross for dette er det grunn til å spørre seg hvorvidt tilskuddet gir et bidrag til målsetningen for strategien Snakk om det! som står i et forsvarlig forhold til størrelsen på tilskuddet. Utfordringen er i første rekke at effektene er lite dokumenterte, i den grad de eksisterer. Dermed mangler Stiftelsen viktige korrektiver for måten virksomheten drives på, og "etablerte sannheter" får leve uforstyrret videre. Det har heller ikke vært særlig tett oppfølging av tilskuddsforvalter i store deler av perioden. Formalisering av regelverket for tilskuddsordningen som kom i 2018 er et viktig unntak, men oppfølgingen har i hovedsak vært avgrenset til å gjennomgå tilbudsbrief og årsrapporter oversendt fra Stiftelsens ledelse.

Årene siden forrige evaluering i 2006 er kjennetegnet av betydelig fremgang i reduksjonen av ufrivillige sangerskap og svangerskapsavbrudd. Endringen er i all hovedsak drevet frem av yngre kvinner, opp til 25 års alder. Det er mange faktorer som har bidratt til å skape disse effektene, men det kan ikke påvises at tilskuddet har spilt en signifikant rolle her. For kvinner over 25 års alder har aborttallene vært stabile i årtier, til tross for at disse utgjør en stadig viktigere målgruppe for Stiftelsen.

Evalueringen har fremmet en rekke anbefalinger om tiltak og endringer i både tilskuddsordningen og for driften av Stiftelsen. Blant annet har vi skissert fire alternative tiltak som kan påvirke insentivene for Stiftelsen, uten å nødvendigvis begrense finansieringen. Et alternativ har vært å flytte finansieringen til tilskuddsordningen Seksuell helse. Vi har i stedet valgt å anbefale fortsatt opprettholdelse av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia. Det skyldes at vi ser at Stiftelsen har gjennomgått betydelige endringer, blant annet med innføring av en chat-funksjon, relativt nylig ansettelse av daglig leder og tilpasninger til korona-situasjonen med flere virtuelle møter. Vi mener at det riktige nå er at tilskuddsforvalter blir enda tydeligere om sin forventning til måloppnåelse – spesielt når det gjelder Amatheias forhold til

strategien Snakk om det. Tydeligheten gjelder både formuleringen av målsetningene for tilskuddet, se anbefalinger i kapittel 7, og i den årlige evalueringen av oppnådde resultater. Dersom man, på nåværende eller senere tidspunkt, skulle komme til at tilskuddsordningen bør avvikles, så blir det viktig å finne nye løsninger som fortsatt ivaretar de juridiske rettighetene til kvinner og par som står i en vanskelig valg-situasjon.

Samfunnets holdning til og åpenhet rundt seksuell helse og abort er i stadig endring. Det samme gjelder hensynet som gis til minoriteter og kjønnsrollene. Forskningen på kvinner, menns og pars holdninger til det å ta abort eller ikke, hvilket informasjonsbehov de har, og hvordan det oppleves å leve med valget i ettertid er begrenset. Mer forskningsbasert kunnskap ville vært til støtte for de organisasjonene som jobber med tematikken i det daglige, og kan være et effektivt tiltak for å forstå hvordan man best kan nå ut til de gruppene som har det største behovet for hjelp og støtte.

9 Referanser

Amathea: Årsrapporter for årene 2007-2019.

Amathea: Årsregnskap for årene 2010-2019.

DFØ (2018): Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Direktoratet for økonomistyring.

DFØ (2020): Veiledningsnotat: Om forvaltningslovens og økonomiregelverkets krav til utformingen og forvaltningen av statlige tilskuddsordninger. Direktoratet for økonomistyring.

Finansdepartementet (2014): Rundskriv R-109/14. Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.

Finansdepartementet (2016): NOU 2012:16 Samfunnsøkonomiske analyser.

Helsedirektoratet (2010): Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse. Helsedirektoratet.

HOD: Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet, årene 2007-2019.

HOD (2016): Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Helse- og omsorgsdepartementet.

Inger B. Scheel, Stine Hellum Braathen og Jan-W Lippestad (2006): Evaluering av Stiftelsen Amathea - en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide. SINTEF rapport A255.

SSØ (2007): Evaluering av statlige tilskuddsordninger. Veileder. Senter for statlig økonomistyring.

SSØ (2008): Sjekkliste for utvalgte prosesser i tilskuddsforvaltningen. Senter for statlig økonomistyring.

10 Vedlegg 1. Dokumenter 2007-2020

Driftsåret 2007

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 16 000 000,- for 2007 over statsbudsjettet kapittel 719 post 72 ble oversendt HOD i brev av 28. april 2006. I søknaden ble det pekt på at kunnskapsformidling til ungdom og unge voksne om seksualitet og prevensjon for slik å bidra til å forbygge uønskede svangerskap, sto sentralt i Stiftelsens virksomhet, og det ble gitt undervisning til konfirmasjonsgrupper, ungdomsskoler og gymnas om seksualitet og svangerskapsforebygging. Stiftelsen hadde i 2005 arbeidet spesielt med kvinner med minoritetsbakgrunn og drevet informasjonsvirksomhet ved flyktninge- og asylmottak og i somaliske kvinneforeninger.

En organisasjonsgjennomgang og omstillingsprosess ble viet mye oppmerksomhet i søknaden. Ny stiftelseslov som trådte i kraft 01.01.2005 krevde en ny styringsordning for Stiftelsen. Stiftelsens styre vedtok høst 2004 å foreta en organisasjonsgjennomgang med sikte på å styrke kvaliteten på tjenesten, gjøre den mer kostnadseffektiv og finne fram til en rasjonell organisasjonsmodell. Arbeidet med ny organisasjons- og styringsmodell startet opp i januar 2005 og ble vedtatt i Stiftelsens styrende organer høsten 2005. I organisasjonsprosjektet hadde det vært viktig å identifisere den juridiske forankringen av Stiftelsens tjenestetilbud. Det ble lagt til grunn at den delen av virksomheten som besto av veiledning overfor abortsøkende kvinner og kvinner som hadde gjennomført abort, ble regulert av helsetjenestelovgivningen. Det var blitt gjennomført en skoloring av de ansatte i helsetjenestelovgivningen med de lover og forskrifter som regulerte virksomheten.

Stiftelsen viste videre til at de hadde implementert et elektronisk pasientadministrativt system i samarbeide med datafirmaet Visma, som også ivaretok felles avtalebok og statistikk. Alle regnskaps- og økonomifunksjoner var blitt samlet sentralt. Det var også fra 2006 igangsatt en brukerevaluering, som skulle brukes i videreutvikling av organisasjonen.

For å videreutvikle god praksis og sikre faglige forsvarlig virksomhet, hadde Stiftelsen organisert lokalkontorene i regionale veilederteam innenfor samme regioner som de regionale helseforetakene. Hensikten med teamene var at enmannskontorene ble faglig knyttet sammen med større fagmiljøer. Den enkelte medarbeider ville dermed ha et nettverk å samhandle med i det daglige arbeidet i sitt fylke. Videre ble det vist til at IKT-implementering og opplæring av de ansatte i bruk av nytt telefoni- og datasystem ble ferdig medio mai 2006. Det ble arbeidet med en plan for informasjonsvirksomheten. Stiftelsen så det som viktig å få laget en god strategi for å formidle informasjon om til potensielle brukere om vårt tjenestetilbud framover i 2006. Konklusjonen var at målsettingene for omstillingsprosessen i søknaden for 2006 var i ferd med å bli realisert.

Når det gjaldt søknadsbeløpet, ble det vist til at en på søknadstidspunktet ikke hadde full oversikt over hvilke tildelinger de enkelte lokalkontor ville få fra de regionale helseforetakene. Private gaver til Stiftelsen Amatheia hadde blitt redusert med årene noe som resulterte i at Stiftelsens virksomhet baserte seg på bevilgninger fra kommuner, noen fylker, helseregioner og Helse- og omsorgsdepartementet. De økonomiske konsekvensene av det store omstillingsarbeidet i Stiftelsen kunne vanskelig gjøres rede for i detalj, da man var midt i prosjektperioden. Administrasjonen var i denne omstillingen redusert med 1.5 årsverk. I tillegg til det førte Stiftelsen regnskapet selv og kjøpte heller ikke lengre inn tjenester til bearbeiding av pasientstatistikken. Det var i søknadsbeløpet lagt inn ressurser til de årlige anslåtte kostnadene til drift av telefon og pasientjournalssystem og vedlikehold av lønns-, personal- og regnskapssystem. I søknaden var det tatt hensyn til økte pensjonskostnader.

I brev datert 12.02.2007 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 16.058.000,- til Stiftelsen Amatheia over kapittel 719 post 72 for 2007, jf St.prp. nr. 1 (2006-2007) for budsjettåret 2007 og Budsjettinst. S. nr. 11: "Tilskuddet er gitt ut fra søknadens budsjett og beskrivelse, evalueringsrapporten fra Sintef Helse, og skal dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv". I tilsagnsbrevet ble Amatheia oppfordret

til fortsatt å utvide (for eksempel åpningstid, internettløsninger) og effektivisere sin virksomhet slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen. Jf Sintef rapport A255 Evaluering av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide".

Føringer ut over denne oppfordringen, ble ikke gitt i tilsagnsbrevet. Ei heller sto det noe mer spesifikt om hva i SINTEFs evaluering som skulle følges opp.

Driftsåret 2008

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 17 000 000,- for 2008 over statsbudsjettet kapittel 719 post 72 ble oversendt HOD i brev av 30.04.2007. I søknaden ble det vist til at det i Regjeringens kvinnehelsestrategi (NOU 1999: 13 "Kvinnens helse i Norge") ble understreket viktigheten av kvinners rett til å ta egne valg for deres fysiske og psykiske helse. Stiftelsen bygget på dette prinsippet i sitt veiledningstilbud til uplanlagte gravide. I aktivitetsbeskrivelsen ble det i hovedsak vist til det samme som i søknaden for 2007. I søknaden ble det vist til at organisasjonsgjennomgangen, vedtatt i 2004, var blitt videreført. Videre ble det vist igangsetting av en løpende brukerevaluering/undersøkelse, organiseringen av Stiftelsens lokalkontorer i team, innføring av et felles telefonsystem og IKT- basert pasientadministrativt system, og skolering av de ansatte i helselovgivningen.

I arbeidet med minoritetskvinner og kjønnslemlestelse, var det blitt lagt vekt på å nå frem med informasjon til kvinner med minoritetsbakgrunn og Stiftelsens veileder hadde drevet et landsomfattende informasjonsarbeid, både i minoritetsmiljøer og overfor norsk helsepersonell om særlige spørsmål knyttet til kjønnslemlestelse og uplanlagt graviditet.

I søknaden ble det vist til at det ble arbeidet med utvikling av gjensidige samarbeidsnettverk med fokus på forebyggende helsearbeid i forhold til målgruppen, og det var etablert lokale, faglige referansegrupper med fokus på kvinnehelse. Stiftelsen hadde søkte om 1.2 mill til Helse- og Rehabilitering og fikk 495.000.- i 2006 for å lage filmen "Noen valg er vanskelige". Det var engasjert prosjektleder og filmskaper til å realisere prosjektet. Målet var å få ytterligere tildeling fra Helse - og Rehabilitering med ferdigstilling av filmen i 2008.

Statsbudsjettet 2008. Kapittel 719, post 72 Stiftelsen Amatheia

Søknad: 17 000 000

Forslag i statsbudsjettet: kr 16.748.000

Tilsagn: Tillegg: 2.3 mill. kr (se brev av 18.12.2008)

I statsbudsjettet ble det vist til at Amatheia er en privat stiftelse som tilbyr gratis veiledning til kvinner og par som er blitt uplanlagt gravide. Stiftelsen søker gjennom tilbudet å bidra til å gi kvinnen et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og imøtekommer et behov hos særlig vanskelig stilte kvinner og par. Målsettingen for Amatheias virksomhet er nedfelt i lov om svangerskapsavbrudd § 2, første ledd som lyder: «Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe valg.» Amatheia er et landsdekkende tilbud med 18 veiledningskontorer og med felles administrasjon i Oslo. I 2006 var det 49 rådgivere som utførte til sammen 31 årsverk. Samtlige ansatte er høgskole- eller universitetsutdannet med kompetanse innen rådgivnings-/veiledningsmetodikk. Amatheia er i hovedsak finansiert over statsbudsjettet. I 2006 utgjorde tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner vel 3,7 mill. kroner, og private gaver utgjorde om lag 660 000 kroner.

Videre ble det i budsjettet vist til at Amatheas største brukergruppe er kvinner i alderen 20–24 år, samme aldersgruppe som har høyest abortrate. En del av brukerne er par opp til 40–45 år. En annen brukergruppe som i økende grad søker Amatea for råd og veiledning er annen generasjon innvandrere.

I statsbudsjettet ble det pekt på at Amatea bør stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om helsehjelp til berørte grupper i forbindelse med svangerskap og fødsler. Som en oppfølging av Sintef Helses evaluering av organisasjonen i 2006, hadde Stiftelsen gjennomført tiltak for å unngå dobbeltkommunikasjon, sikre faglig forsvarlighet, øke satsingen på primærforebyggende arbeid og på minoritetshelse.

I brev datert 03.01.2008 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 16.748.000 til Stiftelsen Amatea over kapittel 719 post 72 for 2008, jf St.prp. nr. 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008 og Budsjettinnst. S. nr. 11 (2007-2008). Tilskuddet ble gitt ut fra søknadens budsjett og beskrivelse, evalueringsrapporten fra Sintef Helse, og skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv. I tilsagnsbrevet ble Amatea oppfordret

til fortsatt å effektivisere sin virksomhet slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen, jf Sintef's rapport A255 Evaluering av Stiftelsen Amatea – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide".

I brev datert 18.12.2008 fra HOD "Statsbudsjettet 2008: tillegg til tilskudd til Stiftelsen Amatea over kap. 719, post 72" ble det gitt tilsagn til et ytterligere tilskudd på 2,3 mill. kroner over kap. 719, post 72 for 2008, jf. St.prp. nr. 13 (2008-2009). Tilskuddet skulle kompensere for bortfall av momskompensasjon som medførte en mindreinntekt for Stiftelsen på 1,53 mill. kroner i 2008. I tillegg skulle tilskuddet kompensere for økte utgifter på 0,8 mill. kroner bl.a. knyttet til oppgradering av IKT-systemer. Helse- og omsorgsdepartementet understreket at dette var et ekstraordinært tilskudd for budsjettåret 2008. Videre het det i tilsagnsbrevet:

Amatea må gjennomgå organisasjonens virksomhet, og fra budsjettåret 2009 tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med redusert tilskudd fra staten, jf. St. prp. nr. 1 (2008-2009) Helse- og omsorgsdepartementet. I denne sammenhengen bør Amatea vurdere hvordan et landsdekkende rådgivningstilbud kan opprettholdes gjennom å satse på alternative løsninger.

Driftsåret 2009

Søknad fra Stiftelsen Amatea om tilskudd på kr 17 500 000,- for 2009 over statsbudsjettet kapittel 719 post 72 ble oversendt HOD i brev av 30.04.2008. Aktivitetsbeskrivelsen i 2009-søknaden fulgte i hovedsak det som ble skrevet i 2008-søknaden. Når det gjelder søknadsbeløpet, ble det vist til at bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet hadde årlig vært noe stigende, men Stiftelsen hadde over år hatt nedgang i bevilgninger både fra fylker og helseforetak, samt nedgang i gaver og donasjoner. Stiftelsen hadde i større grad søkt og fått innvilget prosjektmidler og andre øremerkede midler. Profesjonaliseringen av Stiftelsen Amatea hadde vært økonomisk kostnadskreven og medførte økning av faste kostnader. Det ble pekt på at Stiftelsen var i en krevende økonomisk situasjon, og i en viss forstand var Stiftelsen også i en usikker økonomisk situasjon fordi ikke alle søknader til offentlige bevilgende instanser var ferdigbehandlet. En hadde blant annet ikke fått tilsagn om bevilgning fra RHF Helse Sør-Øst mottatt. Tradisjonelt hadde bevilgningen fra RHF Helse Sør-Øst (RHF Helse Sør og RHF Helse Øst) utgjort den største andelen av Stiftelsens totale bevilgninger fra helseforetakene (2007 ble denne bevilgningen redusert).

Statsbudsjettet 2009. Kapittel 719, post 72 Stiftelsen Amatheas**Søknad: kr 17 500 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 14 985 000****Tilsagn: kr 14 985 000**

I statsbudsjettet ble det vist til at målsettingen Amatheas virksomhet er nedfelt i lov om svangerskapsavbrudd § 2, første ledd som lyder: «Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe valg.» Når det gjaldt brukergruppe, organisering og aktivitet, var teksten i statsbudsjettet mye av det samme som tidligere år. En brukergruppe som i økende grad søkte Amatheas for råd og veiledning var annen generasjon innvandrere. Det ble i budsjettet vist til at Amatheas i hovedsak var finansiert over statsbudsjettet. I 2007 utgjorde tilskudd fra fylker/ helseforetak og kommuner om lag 3,7 mill. kroner, og private gaver utgjorde vel 1 mill. kroner.

I statsbudsjettet for 2009, som i 2008, pekt på at Amatheas burde stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om helsehjelp til disse kvinnegruppene i forbindelse med svangerskap og fødsler.

I budsjettet ble det vist til at ifølge en evaluering utført av Sintef Helse i 2006, var driften av Amatheas svært kostbar sett i forhold til antall kontakter og andelen kvinner i målgruppen tilbudet faktisk nådde fram til. Det ble vist til at Amatheas etter evalueringen, hadde redusert antall ansatte. Det ble påpekt at driften burde effektiviseres, og bevilgningen ble foreslått satt ned 2,5 mill. kroner.

I brev datert 15.01.2009 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 14 985 000 til Stiftelsen Amatheas over kapittel 719 post 72 for 2009, jf St.prp. nr. 1 (2008-2009) for HOD for budsjettåret 2009 og Budsjett- innst. S. nr. 11 (2008-2009). HOD viste også til sitt brev av 18.12.2008 der departementet påpekte at Amatheas måtte gjennomgå organisasjonens virksomhet, og

"fra og med budsjettåret 2009 tilpasse driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med redusert tilskudd fra staten. I denne sammenhengen bør Amatheas vurdere hvordan et landsdekkende rådgivningstilbud kan opprettholdes gjennom å satse på alternative løsninger".

Driftsåret 2010

Søknad fra Stiftelsen Amatheas om tilskudd på kr 17 500 000,- for 2010 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 30.04.2009. Aktivitetsbeskrivelsen i 2010-søknaden følger i hovedsak det som ble skrevet i 2009-søknaden. Det ble vist til at Stiftelsen hadde fått tildelt prosjektmidler fra Barne- og likestillingsdepartementet for å øke fokus på kvinnehelse i et minoritetsperspektiv med fokus å søke å forebygge kjønnslemlestelse.

I søknaden ble det vist til at ved inngangen til 2008 viste årsregnskapet til Stiftelsen et betydelig underskudd bl.a. som følge av økte pensjonskostnader og det ble gjennomført tiltak i form av en større bemanningsreduksjon tidlig i 2008, men med målsetting å opprettholde drift av alle lokalkontorene. Som følge av budsjettreduksjoner i 2009, hadde det vært nødvendig å foreta ytterligere reduksjoner i driften for å sikre forsvarlig drift og økonomiforvaltning. Det var som en følge av dette vedtatt å stenge kontorene i Sogn- og Fjordane, Haugesund, Aust-Agder, Oppland og Finnmark. De ansatte dette berørte har fått tilbud om omplassering, men hadde ikke ønsket dette og var derfor sagt opp. Vedtaket om stenging av disse kontorene var basert på antall kvinner i reproduktiv alder i fylket, antall svangerskapsavbrudd i fylket, geografiske forhold og antall Amatheas - kontakter. Vedtaket var også basert på at enmannskontorene ble vurdert å være for små enheter for å kunne ivareta faglig kvalitet i tilbudet.

Til tross for nedbemanning, var det likevel et mål at Stiftelsens tilbud skulle være landsdekkende ved at de fylker som ikke lenger hadde egne kontorer, skulle betjenes av nabofylkene. Man tok sikte på å låne kontor plass hos samarbeidspartnere for "utekontordager". Dette ville medføre økte reiseutgifter. Finnmark har høye abort tall. Man tok derfor sikte på å øke bemanningen på Tromsøkontoret med minimum en halv stilling, slik at tjenestene var tilgjengelige for brukere fra Finnmark. I forslaget til statsbudsjett for 2009 ble det pekt på at annen generasjon innvandrere i økende grad søkte Amatheia for råd og veiledning og Amatheia burde også stille sin veiledningstjeneste til disposisjon i arbeidet med å avdekke og forebygge kjønnslemlestelse av kvinner, og informere om helsehjelp til disse kvinnegruppene i forbindelse med svangerskap og fødsler. Stiftelsens erfaring fra arbeidet med minoritetskvinner var at det var nødvendig å ta uortodokse metoder i bruk for å nå fram til og bygge relasjoner og at dette arbeidet derfor var kostnadskrevenende.

Statsbudsjettet 2010. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 17 500 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 15 465 000****Tilsagn: kr 15 465 000**

Ifølge årsrapporten for 2008 hadde Amatheia veiledningskontorer i 17 av landets 19 fylker, med 29 veiledere som utførte til sammen 24 årsverk. Stiftelsen hadde i 2008 hatt en økning i antall kontakter på 23,4 % sammenlignet med 2007. Videre ble det vist til at Amatheia i hovedsak var finansiert over statsbudsjettet. Tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner utgjorde om lag 3,5 mill. kroner i 2008, og private gaver utgjorde vel 1,8 mill. kroner. Stiftelsen fikk i 2008 et ekstraordinært tilskudd på 2,3 mill. kroner for å kompensere for bortfall av momskompensasjon og økte utgifter knyttet til oppgradering av IKT-system. Forutsetningen for tildelingen var at Stiftelsen i 2009 tilpasset driften til en ny økonomisk situasjon uten momskompensasjon og med reduserte tilskudd fra staten.

I brev datert 20.01.2010 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil kr 15 465 000 til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762 post 74 for 2010, jf Prop. 1 S (2009-2010) og Innst. 11 S (2009-2010). Som følge av ny budsjettstruktur for Prop. 1 S (2009-2010) var tilskudd til Stiftelsen Amatheia flyttet til nytt kap. 762, post 74 i stedet for kap. 719, post 72 som tidligere år. I tilsagnsbrevet ble Amatheia oppfordret

"til fortsatt å effektivisere sin virksomhet, slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen, jf. Sintefs rapport A255 Evalueringen av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide".

Driftsåret 2011

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 17 000 000,- for 2011 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 30.04.2010. Søknaden om midler inneholdt mye av den samme informasjonen som søknaden for 2009 og 2010. I tillegg til informasjon og veiledning til kvinner og par som sto i en valgsituasjon ved en uplanlagt graviditet, tilbød Stiftelsen fødselsforberedende kurs, mor/barn – grupper, samtale/-gruppe etter abort, og undervisning. I tråd med handlingsplanen; Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010- 2015 hadde Stiftelsen Amatheia arbeidet forebyggende ved å undervise blant annet for ungdomsskoler, videregående skoler og annet helsepersonell m.fl. Også i 2009 hadde man økt satsningen på primærforebyggende arbeid, og økt innsatsen på kvinnehelse i et minoritetsperspektiv med fokus å søke å forebygge kjønnslemlestelse.

Statsbudsjettet 2011. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 17 000 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 15 444 000****Tilsagn: kr 15 444 000**

I statsbudsjettet ble det pekt på at Stiftelsens aktivitet var blitt redusert fra 18 til 13 veiledningskontorer, med 27 ansatte fordelt på 22 årsverk. Videre ble det vist til den årlige brukerundersøkelsen, og at i tillegg til statstilskuddet, så hadde Stiftelsen i 2009 fått tilskudd fra fylker/helseforetak og kommuner på om lag 3,0 mill. kroner i 2009, og at private gaver utgjorde vel 0,9 mill. kroner.

I brev datert 10.01.2011 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 15 444 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2011, jf Prop. 1 S (2010-2011) for Helseomsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2010-2011). I tilsagnsbrevet ble Amatheia oppfordret til fortsatt å effektivisere sin virksomhet, slik at tilbudene blir mest mulig tilgjengelige og når ut til flest mulige kvinner/par i målgruppen, jf. Sintefs rapport A255 Evalueringen av Stiftelsen Amatheia – en rådgivningstjeneste for uplanlagt gravide. Med andre ord samme oppfordring som tidligere år. Når det gjelder reduksjonen i antall veiledningskontor, er dette nærmere beskrevet ovenfor under Driftsåret 2010.

Driftsåret 2012

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 17 500 000,- for 2012 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev (udatert). Aktivitetsbeskrivelsen fulgte stort sett oppsettet fra foregående år. Stiftelsen hadde styrket fagmiljøene ved at de ansatte ved tjenestestedene var organisert i fem regionale veilederteam. Videre hadde det vært drevet grupper for unge jenter med minoritetsbakgrunn med tema kvinnehelse, egne grenser, prevensjon, abort og kunnskap om forebygging av kjønnslemlestelse på flere steder i landet. Stiftelsen hadde også vært medarrangør sammen med NKVTS (Nasjonalt kompetansesenter mot vold og traumatisk stress), NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritets-helse), PAWA (Panafican Woman' s Association) og African Youth om en felles markering mot kjønnslemlestelse på Folkets Hus i Oslo.

Som en følge av kontorene i Sogn- og Fjordane, Haugesund, Aust-Agder, Oppland og Finnmark var blitt lagt ned, skulle kontoret i Hordaland ivareta tilbudet til Sogn- og Fjordane, kontoret for Troms skulle ivareta tilbudet til Finnmark, kontoret på Hedmark skulle ivareta tilbudet til Oppland. For å sikre faglig forsvarlig drift ved lokalkontorene var kontorene i Skien og Tønsberg blitt samorganiserte for å legge til rette for felles faglig utvikling og samarbeid om enkeltoppgaver, som ved undervisning, veiledning i grupper og til par. I region øst var det et team som betjener Østfold, Oppland, Hedmark og Oslo/Akershus.

Statsbudsjettet 2012. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 17 500 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 15 361 000****Tilsagn: kr 15 361 000**

Bevilgningen skulle dekke driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia, med 13 lokalkontor på landsbasis. Stiftelsen hadde ved utgangen av 2010 var det 27 ansatte fordelt på 21 årsverk. Ut over presentasjon av noen resultater fra brukerundersøkelsen, ble lite skrevet i statsbudsjettet for 2012 om Amatheia.

I brev datert 5.01.2012 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 15 361 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2012, jf Prop. 1 S (2011-2012) for Helseomsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2011-2012). Ut over at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv., ble det ikke lagt noen føringer for driften av Amatheia.

Driftsåret 2013

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 17 500 000,- for 2013 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 27.04.2012. Aktivitetsbeskrivelsen i 2013-søknaden følger i hovedsak det som ble skrevet i foregående år. En hadde blant annet jobbet med informasjonsarbeid både i minoritetsmiljøer og overfor norsk helsepersonell om særlige spørsmål knyttet til kjønnslemlestelse og uplanlagt graviditet. Som i 2012, omtales også i denne søknaden reduksjon i antall kontorer, og omorganisering av de resterende kontorene. I søknaden omtales også Stiftelsens arbeide med hensyn til Handlingsplanen Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010 - 2015 - strategier for bedre seksuell helse. I 2011 begynte Stiftelsen arbeidet med å digitalisere undervisningsmaterialet "Et vanskelig valg". Materialet ble omarbeidet fra perm og DVD til digital netressurs. Det digitaliserte materiale var blitt oversatt til somali, spansk, engelsk og norsk. materialet kan brukes i sin helhet eller oppdelt på tema. Stiftelsen hadde i 2011 arbeidet utadrettet over hele landet for å nå ut til studenter med informasjon om tilbudet ved å være synlig på campus med informasjonsmateriale. Videre hadde man arbeidet med å være tilgjengelig gjennom sosiale medier og hadde utarbeidet en mediestrategi der Stiftelsen søkte å være synlig i de mest brukte kanalene. I søknaden ble det også vist til at annen generasjon innvandrere i økende grad søkte Amatheia for råd og veiledning.

Statsbudsjettet 2013. Kap 762, post 74 Stiftelsen Amatheia

Søknad: kr 17 500 000

Forslag i statsbudsjettet: kr 15 868 000

Tilsagn: kr 15 868 000

Bevilgningen skulle dekke driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia, med 13 lokalkontor på landsbasis. Stiftelsen hadde ved utgangen av 2010 var det 30 ansatte fordelt på 24 årsverk. Ut over presentasjon av antall kontakter, og noen resultater fra brukerundersøkelsen, ble lite skrevet i statsbudsjettet for 2012 om Amatheia.

I brev datert 8.01.2013 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 15 868 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2013, jf Prop.1 S (2012- 2013) for Helse- omsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2011-2012). Ut over at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv., ble det ikke lagt noen føringer for driften av Amatheia.

Driftsåret 2014

Mangler søknaden

Statsbudsjettet 2014. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia

Søknad:

Forslag i statsbudsjettet: kr 16 223 000

Tilsagn: kr 16 223 000

Bevilgningen skulle dekke driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia, med 13 lokalkontor på landsbasis. Stiftelsen hadde ved utgangen av 2012 var det 29 ansatte fordelt på 23 årsverk. Ut over presentasjon av antall kontakter, og noen resultater fra brukerundersøkelsen, ble lite skrevet i statsbudsjettet for 2013 om Amatheia.

I brev datert 5.02.2014 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 16 223 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2014, jf Prop.1 S (2013-2014) og Prop 1 S Tillegg 1 (2013-2014) for Helse- omsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2013-2014). Ut over at tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv., ble det ikke lagt noen føringer for driften av Amatheia.

Driftsår 2015

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 17 800 000,- (evt. med SUSS fra 2015 kr 22.200.000) for 2015 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD (brevet er udatert. Foruten aktivitetsbeskrivelse og satsningsområder beskrevet i tidligere søknader, ble det vist til at det pågikk et arbeid med sikte på at Stiftelsen Amatheia skulle fusjonere Stiftelsen SUSS' virksomhet og drive denne videre. Styrene i begge stiftelser hadde stilt seg positive til dette. De to Stiftelsene hadde overlappende arbeidsområder og målgrupper. Formålet med en sammenslåing var todelt. De ansatte i Stiftelsene ville kunne dra nytte av hverandres faglige kompetanse og derigjennom øke kvaliteten på de samlede tjenestene. Det lå også til rette for å kunne kanalisere flere ressurser til primæroppgavene ved å utnytte felles administrative - (ledelse, lønn, regnskap, revisjon) og tekniske (lokale, data- /telefon, journal) ressurser. En sammenslåing ville kunne være iverksatt fra 1.01.2015. Ettersom søknad om statsmidler for 2015 måtte være sendt før 1.05.2014, ble det fremmet en søknad om midler til Stiftelsen Amatheia på ordinær måte med et budsjettforslag for Amatheia uten at SUSS virksomhet var inkludert. Det var i tillegg utarbeidet et forslag til budsjett med SUSS virksomhet. Stiftelsen ville holde HOD og Helsedirektoratet løpende informert om arbeidet med fusjon av Stiftelsene og håpet det kunne la seg gjøre å få til en smidig overgang med hensyn til finansiering av Amatheia som inkluderte SUSS dersom det ble en realitet.

Videre ble det vist til at da tiltak overfor minoritetskvinner ikke lengre ble finansiert over Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlig begrensning av unges frihet (2013- 2016), måtte Stiftelsens tiltak overfor denne gruppen dekkes innenfor eget budsjett.

Statsbudsjettet 2015. Post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 17 800 000/ med SUSS: kr 22 200 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 16 758 000****Tilsagn: kr 18 758 000²⁹**

Bevilgningen skulle dekke driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia, med 13 lokalkontor på landsbasis. Stiftelsen hadde ved utgangen av 2013 var det 29 ansatte fordelt på 23 årsverk. Ut over presentasjon av antall kontakter, og noen resultater fra brukerundersøkelsen, ble lite skrevet i statsbudsjettet for 2013 om Amatheia.

I brev datert 8.01.2015 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 18 758 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2015, jf Prop. 1 S (2014-2015) for Helseomsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2014-2015). Tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv. Videre var 150 000 kroner av bevilgningen øremerket oversettelse av kursmateriell til samisk, jf. Innst. 11 S (2014-2015). Arbeidet med å fusjonere med SUSS, ble ikke nevnt i statsbudsjettet eller i tilsagnsbrevet.

²⁹ I 2015 kom det 2 mill. kroner ekstra til Stiftelsen etter forhandlinger mellom regjeringen Solberg, KRF og Venstre. Det ble gitt 2 mill. kroner i tilskudd til abortforebyggende tiltak.

Driftsår 2016

Mangler søknaden

Statsbudsjettet 2016. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad:****Forslag i statsbudsjettet: kr 19 302 000****Tilsagn: kr 19 302 000**

Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par.

Fra november 2014 ble Stiftelsen Amatheia fusjonert med Susstelefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet).

Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2014 var det 28 ansatte fordelt på 22 årsverk.

Det ble gjennomført 11 251 kontakter der 4210 av klientene hadde personlig fram møte. Av klientene var 95 pst. kvinner og 407 av kontaktene var parsamtaler.

I brev datert 21.01.2016 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 19 302 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2016, jf Prop. 1 S (2015-2016) for Helseomsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2015-2016). Tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv. Det ble også vist til at Stiftelsen Amatheia ble styrket med 150 000 kroner i Innst. 11 S (2014-2015), øremerket oversettelse av kursmateriell til samisk.

Driftsår 2017

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 19 500 000,- for 2017 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 29. april 2016. Aktivitetsbeskrivelsen i 2017-søknaden følger i hovedsak det som ble skrevet i foregående år, blant annet veiledningstilbud til uplanlagte gravide, undervisning til konfirmasjonsgrupper, ungdomsskoler og gymnas om seksualitet og svangerskapsforebygging, informasjon og undervisning overfor minoritetsmiljøer, informasjonsarbeid både i minoritetsmiljøer og overfor norsk helsepersonell om særlige spørsmål knyttet til kjønnslemlestelse og uplanlagt graviditet, og løpende brukerevaluering.

Når det gjelder fusjonen med SUSS-telefonen, ble det vist til at denne "tok pause" i november 2014 på grunn av manglende signaler om grunnlag for videre økonomisk drift i 2015. Etter manglende bevilgninger ble tilbudet stoppet helt. Det ble fremmet en søknad til Helsedirektoratet for å kunne gjenåpne noe av tidligere SUSS-telefonen sitt tilbud i 2015. Søknaden ble avslått i brev fra Helsedirektoratet datert 28.04.2015.

Når det gjelder søknadsbeløpet, ble det vist til at Stiftelsen skulle videreføre veiledningstjenestene ved alle lokalkontorene. I tillegg til primæroppgaven ville informasjons- og opplysningsarbeid om minoritetshelse være et viktig satsningsområde også i 2017. Som en del av denne satsningen, var arbeid i det samiske miljøet i nordområdene sentralt. Det samme ville være arbeidet med informasjonsarbeid og undervisning på asylmottak. For å få kontroll på pensjonskostnadene, hadde stiftelse i 2014 skiftet over til ny pensjonsleverandør, KLP, og ansatte under 55 hadde gått over på innskuddspensjon. Stiftelsen hadde i den anledning skiftet til ny arbeidsgiverforening.

Statsbudsjettet 2017. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 19 500 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 19 842 000****Tilsagn: kr 19 842 000**

Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide, samt tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par.

Fra november 2014 ble Stiftelsen Amatheia fusjonert med Suss-telefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet).

Stiftelsen har 13 veiledningskontorer.

Per 31. desember 2015 var det 30 ansatte fordelt på 23 årsverk. Det ble gjennomført 12 578 kontakter der 4741 av klientene hadde personlig frammøte. Av klientene var 93 pst. kvinner og 414 av kontaktene var parsamtaler.

I brev datert 4.01.2017 fra HOD ble det gitt tilsagn om et samlet tilskudd på inntil 19 842 000 kroner til Stiftelsen Amatheia over kapittel 762, post 74 for 2017, jf Prop. 1 S (2016-2017) for Helseomsorgsdepartementet og Innst. 11 S (2016-2017). Tilskuddet skulle dekke utgifter til aktiviteter, drift og administrasjon mv, inkludert oversettelse av kursmaterieill til samisk, jf. styrking av bevilgningen med Innst. 11 S (2014-2015).

Driftsår 2018

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 21 000 000,- for 2018 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 20. april 2017. I denne søknaden innehold, som tidligere år, en beskrivelse av de tjenestene Stiftelsen tilbyr; informasjon og veiledning ved valg knyttet til svangerskap og abort, samtale før og etter abort, samtale underveis i - og etter fullført svangerskap, fødselsforberedende kurs for enslige gravide, mor -/barn grupper, individuell rådgivning og helsehjelp innen fagområdet ungdomshelse, spesielt om intime og taburelaterte helsespørsmål som seksuell- og reproduktiv helse, gratis hormonell prevensjon til de mest sårbare kvinnene, veiledning og undervisning av kvinner og menn med minoritetsbakgrunn om kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse og prevensjon, generell helseopplysning for forebygging og helsefremmende arbeid innenfor området samliv og seksualitet, spredning og overføring av kompetanse til helsepersonell og studenter via hospitering, kurs og annen opplysnings- og opplæringsvirksomhet. På oppdrag fra Helsedirektoratet, UDI og IMDI, hadde Amatheia hatt sekretærfunksjonen for en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe som hadde laget en undervisningspakke om seksuell og reproduktiv helse for asylmottak. Den ble ferdig våren 2015 og lansert i februar 2016. Stiftelsens styre hadde iverksatt arbeide med en ny strategiske plan som skulle behandles sommeren 2017.

Statsbudsjettet 2018. Kapittel 762 Post 74 Stiftelsen Amatheia**Søknad: kr 21 000 000****Forslag i statsbudsjettet: kr 20 378 000****Tilsagn: kr 20 378 000**

Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. I tillegg tilbyr Stiftelsen samtaler etter abort, fødselsforberedende kurs, mor/barn-grupper, samt seksualitetsundervisning og veiledning om kjønnslemlestelse, seksuell og reprodutiv helse og prevensjon på flere språk. Stiftelsen tilbyr også gratis hormonell prevensjon til sårbare grupper. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par.

Fra november 2014 ble Stiftelsen Amatheia fusjonert med Susstelefonen (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet). Stiftelsen har 13 veiledningskontorer. Per 31. desember 2016 var det 30 ansatte fordelt på 23 årsverk.

Det ble gjennomført 13 947 kontakter der 5207 av klientene hadde personlig fram møte. Av klientene var 94 pst. kvinner og 370 av kontaktene var parsamtaler.

Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av Stiftelsens arbeid.

I brev av 22.01.2018 fra Helsedirektoratet til Stiftelsen, ble det vist til til Stortingets budsjettvedtak i Prop. 1 S (2017–2018) og søknaden om tilskudd datert 20. april 2017. Med brevet innvilget Helsedirektoratet forskudd på tilskudd 5 094 500 kroner *"for å unngå driftsstans"*: *"For å imøtekomme behovet for en rask delutbetaling, innvilges tilskuddet før vi har behandlet årets søknad og rapportering fra i fjor. Vi kan derfor ikke konkretisere mål, vilkår og krav til rapportering før i eventuelt endelig brev med innvilgelse av tilskudd"*. For 2018 ble det bevilget 20 378 000 kroner til tilskuddsordningen.

I epost dater 3. desember 2018 oversendte Helsedirektoratet Stiftelsen regelverket for tilskuddet over statsbudsjettets kap 762 post 74. Regelverket ble godkjent av departementet i november. Videre het det: *"For å kunne sørge for rask utbetaling av første termin av tilskuddet i januar trenger vi å få oversendt søknaden for 2019 så raskt det lar seg gjøre. Jeg regner med at den allerede ble sendt til departementet tidligere i år, som tidligere"*. I epost dater 10. desember 2018 oversendte Stiftelsen søknad statsbudsjettet 2019, budsjett 2019 – totalt, revidert regnskap 2017, signert beretning Amatheia 2017, og Amatheia årsrapport 2017.

Driftsår 2019

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 22 500 000,- for 2019 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt HOD i brev av 30. april 2018, samt Helsedirektoratet i epost datert 10. desember 2018. Søknaden for 2019 var i all hovedsak liklydende med søknaden for 2017 og 2018 med hensyn til beskrivelse av aktivitetene; informasjon og veiledning ved valg knyttet til svangerskap og abort, samtale før og etter abort, samtale underveis i - og etter fullført svangerskap, fødselsforberedende kurs for enslige gravide, mor -/barn grupper, individuell rådgivning og helsehjelp innen fagområdet ungdomshelse, spesielt om intime og taburelaterte helse spørsmål som seksuell- og reprodutiv helse, gratis hormonell prevensjon til de mest sårbare kvinnene, veiledning og undervisning av kvinner og menn med minoritetsbakgrunn om kjønnslemlestelse, seksuell og reprodutiv helse og prevensjon, generell helseopplysning for forebygging og helsefremmende arbeid innenfor området samliv og seksualitet, spredning og overføring av kompetanse til helsepersonell og studenter via hospitering, kurs og annen opplysnings- og opplæringsvirksomhet.

I søknaden ble det vist til at med en klientgruppe som har mer sammensatte og komplekse utfordringer, kreves mer tid til den enkelte. Stiftelsen må derfor mange bruke en annen metodisk tilnærming enn kontakter på kontorene som eksempelvis helgesamlinger for grupper fra samme nasjonalitet med barnepass

for å gi tid til dialog. Det ble pekt på at det er viktig å ha god nok tid i minoritetsmiljøene for å gi grunnlag for tillit og forståelse, noe som kunne gå på bekostning av høge kontaktstall.

Statsbudsjettet 2019. Kapittel 762, post 74 Stiftelsen Amatheia

Søknad: kr 22 500 000

Forslag i statsbudsjettet: 20 969 000

Tilsagn: 24 569 000³⁰

Departementet ga fra 2003 til 2006 føringer gjennom styringsdokumentene om at de regionale helseforetakene skulle gi tilskudd til Amatheia. Ordningen med tilskudd fra de regionale helseforetakene til Amatheia har eksistert i over ti år. Amatheia er en stiftelse som tilbyr tjenester som bidrar til samfunnets arbeid med å forebygge uplanlagt svangerskap og abort. Helsedirektoratet utbetaler også tilskudd til Amatheia, jf. kap. 762, post 74 Stiftelse Amatheia. Departementet mener at det vil være mer hensiktsmessig at midlene fra regionale helseforetak overføres til kap. 762, post 73 Seksuell helse i stedet for som driftstilskudd Amatheia. Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av Stiftelsens arbeid. Dette gir Helsedirektoratet større fleksibilitet i oppfølgingen av strategi for seksuell helse. Amatheia kan på lik linje med andre organisasjoner søke om tilskudd på denne posten.

Departementet foreslår å overføre midler tilsvarende utbetalt tilskudd i 2017 fra de fire regionale helseforetakene omregnet til 2019-priser. De regionale helseforetakene vil følgelig ikke ha midler til tilskudd til Amatheia fra 2019. Det foreslås å overføre 1,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75 til kap. 762, post 73 Seksuell helse med følgende fordeling:

0,8 mill. kroner fra kap. 732, post 72

- 0,4 mill. kroner fra kap. 732, post 73
- 0,3 mill. kroner fra kap. 732, post 74
- 0,1 mill. kroner fra kap. 732, post 75

Bevilgningen foreslås redusert med 0,7 mill. kroner for å styrke andre prioriterte tiltak. Det foreslås å flytte 1,6 mill. kroner fra kap. 732, postene 72–75. Flyttingen er knyttet til tilskudd som er gitt fra regionale helseforetak til Amatheia i oppfølgingen av Handlingsplan for uønskede svangerskap og abort 2010–2015 – Strategier for bedre seksuell helse. Bevilgningen dekker tilskudd til oppfølging av *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Strategiens overordnede mål er å sikre god seksuell helse i hele befolkningen.

Post 74 Stiftelsen Amatheia

Det foreslås 21 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia i 2019. Stiftelsen tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. I tillegg tilbyr Stiftelsen samtaler etter abort, fødselsforberedende kurs, mor/barn-grupper, samt seksualitetsundervisning og veiledning om kjønnslemlestelse, seksuell og reproduktiv helse og prevensjon på flere språk. Gjennom ulike prosjekter og samarbeid med kommuner og organisasjoner tilbys også gratis hormonell prevensjon til sårbare grupper. Stiftelsen ønsker å bidra til å gi kvinner et bredest mulig grunnlag for å foreta valg, og å imøtekomme et behov hos særlig vanskeligstilte kvinner og par. Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av Stiftelsens arbeid under dette tilskuddet.

³⁰ Differansen mellom forslag i statsbudsjettet og tilsagnet for 2019, er å finne i *Innst. 11 S (2018–2019) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2019, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15) Prop. 1 S (2018–2019) og Prop. 1 S Tillegg 2 (2018–2019)*. Under punktet *Abortforebyggende tiltak*, heter det:

Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti vil styrke arbeidet med å forebygge uønskede svangerskap. Det abortforebyggende arbeidet må blant annet innbefatte en tilgjengelig skolehelsetjeneste og tilgang på gratis prevensjon og god prevensjonsveiledning. Ordningen med gratis langtidsvirkende prevensjon ble i 2018 utvidet med ett år, til 20 år. I budsjettet for 2019 vil Kristelig Folkeparti utvide ordningen med gratis prevensjon med enda et årskull, til å gjelde kvinner til og med 21 år. I tillegg foreslår Kristelig Folkeparti å øke engangsstøtten til 2 G for gravide som ikke har opptjent rettigheter til foreldrepenger. Kristelig Folkeparti foreslår også å bevilge de 3,6 mill. kroner regjeringen foreslår å flytte til en generell tilskuddsordning, direkte til Amatheia.

Videre heter det under punktet *Post 74 Stiftelsen Amatheia*:

Komiteen viser til at det foreslås 21 mill. kroner som driftstilskudd til Stiftelsen Amatheia, som tilbyr gratis informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par ved ikke planlagt graviditet. Videre tilbys blant annet også gratis hormonell prevensjon til sårbare grupper gjennom ulike prosjekter og samarbeid med kommuner og organisasjoner. Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, foreslår at kap. 762 post 74 økes med 3,6 mill. kroner i forhold til regjeringens budsjettforslag og bevilges med 24,569 mill. kroner. Flertallet viser til at det som følge av budsjettenigheten mellom regjeringspartiene og Kristelig Folkeparti er enighet om at støtten til Amatheias viktige arbeid skal økes med ytterligere 3,6 mill. kroner.

De regionale helseforetakene har fra 2013 utbetalt et årlig tilskudd til Stiftelsen Amatheia. Ordningen innebærer at de regionale helseforetakene bidrar med finansiering, men ikke har et aktivt oppfølgingsansvar. For å bidra til en mer enhetlig og likeartet forvaltning og mindre byråkrati foreslås det at midlene trekkes ut av rammen fra de regionale helseforetakene. Det foreslås at midlene overføres til kap. 762, post 73 i stedet for driftstilskudd til Amatheia over kap. 762, post 74. Dette gir større fleksibilitet i oppfølgingen av strategi for seksuell helse. Amatheia kan på lik linje med andre organisasjoner søke om tilskudd på denne posten.

I brev av 10. januar 2019 til Stiftelsen Amatheia, viste Helsedirektoratet til søknad av 10.12.2018 under tilskuddsordningen Amatheia og innvilget forskudd på tilskudd over statsbudsjettet 2019 kap. 762, post 74 på inntil 6 142 250 kroner til Søknad 2019 over kap. 762, post 74 på statsbudsjettet for 2019. I brevet het det: *For å imøtekomme behovet for en rask delutbetaling, innvilges tilskuddet før vi har behandlet årets søknad og rapportering fra i fjor. Vi kan derfor ikke konkretisere mål, vilkår og krav til rapportering før i eventuelt endelig brev med innvilgelse av tilskudd.*

I epost dater 25. juni 2019 viste Helsedirektoratet til at etter å ha konsultert HOD, så skulle Stiftelsen ikke søke HOD om midler for 2020, men Helsedirektoratet. Det var heller ikke forventet at stiftelse sendte innspill til statsbudsjettet til departementet. De ordinære budsjettprosessene ville foregå uavhengig av om departementet fikk innspill eller ikke. Stiftelsen kunne derfor forholde seg til fristen gitt i regelverket, som var 1. desember for tildeling påfølgende år. Søknaden ville så bli behandlet av Helsedirektoratet i tråd med vedtatt statsbudsjett i Stortinget (St. prp 1).

I brev datert 28. juni 2019 viste Helsedirektoratet til søknad på tilskudd mottatt 10. desember 2018, videre til omtale i Prop. 1 S (2018–2019), samt Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2019, og innvilget ett tilskudd på 24 569 000 kroner til Stiftelsen Amatheia.

Når det gjaldt vilkår for tilskuddet, het det at tilskuddet skulle brukes i samsvar med budsjett og tiltak som var beskrevet i søknaden, og kravene i regelverket for ordningen. Tilskuddet skulle dekke utgifter til aktivitet som rettet seg mot målene. Videre het det at mål for tilskuddsordningen var å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, blant annet gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. "Snakk om det! Strategi for seksuell helse" (2017-2022) ville være et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Rapporteringsfrist var 1. april neste år. Rapporteringen skulle beskrive hvordan og i hvilken grad målene for tilskuddet var oppnådd. Det ble skissert følgende rapporteringskrav:

- *Tilskuddsmottakerens vurdering av hvordan gjennomførte tiltak hadde ført til måloppnåelsen.*
- *Kriterier for måloppnåelse:*
 - *Geografisk utbredelse i alle helseregioner, herunder aktiviteter/tiltak knyttet til lokale kontorer*
 - *Relevant statistikk for tilbudet:*
 - *antall kontakter, kontakttyper og aldersfordeling*
 - *antall som får prevensjonsveiledning og/eller prevensjon (resept og administrasjon av spiral og p-stav)*
 - *Beskrivelse av prosjekter/aktiviteter og tiltak som er gjennomført og hvordan disse bidrar til:*
 - *God kunnskap og nødvendig handlingskompetanse om seksuell helse i ulike målgrupper*
 - *Reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter*
 - *Reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv*
 - *Økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten*
 - *Måling av brukertilfredshet (resultat av brukerundersøkelser)*

25. oktober 2019 ble det avholdt dialogmøte mellom Stiftelsen Amatheia og Helsedirektoratet. På møtet orienterte Amatheia om direktørskiftet i 2019 og pågående arbeid med omstrukturering av tjenestene. Stiftelsen hadde et hovedfokus på å nå ut til flere brukere – gjøre tjenesten bedre kjent for potensielle brukere og beslutningstakere. Når det gjaldt arbeid med langtidsvirkende prevensjon (LARC), ble det vist til at kun Oslo har tilbud om LARC-administrering. Stiftelsen samarbeider med bydelene Alna, Bjerke og Frogner. Benytter midler fra IMDI og kommunen til dekning av prevensjon.

Når det gjaldt planlagte aktiviteter for 2020, ble det fra Stiftelsen vist til økt vekt på markedsføring av tjenestene, fokus på menn og parsamtaler, tettere samarbeid med gyn-/fødeavdelinger og forpliktende samarbeid med disse, ønske om å videreutvikle muligheter for digitale samtaler med brukere via Skype, videre satsning på samisk seksuell helse og sikre kunnskapsoverføring fra satsningen i Finnmark. Fra Helsedirektoratet var det ønske om å gjennomføre to møter i året med Amatheia, ett i april for å gjennomgå rapportering og aktivitetsplan, og ett i oktober/november for å orientere om budsjett og føringer i Statsbudsjett samt orientering om foreløpig plan for kommende år.

Driftsåret 2020

Søknad fra Stiftelsen Amatheia om tilskudd på kr 25 500 000,- for 2020 over statsbudsjettet kapittel 762 post 74 ble oversendt Helsedirektoratet i brev av 29. april 2019. Søknaden for 2020 fulgte i hovedsak det som var anført i søknaden for 2019 med hensyn til aktiviteter. I 2020 skulle Stiftelsen videreføre veiledningstjenestene ved alle lokalkontorene. Kjernetjenesten ville fortsatt være det viktigste satsningsområdet til Stiftelsen. Informasjons- og opplysningsarbeid om minoritetshelse ville være et viktig satsningsområde også i 2020. Som en del av denne satsningen, ville arbeidet i de samiske miljøene være sentralt. Det samme ville arbeidet med informasjonsarbeid og undervisning på asylmottak være. Også i 2020-søknaden påpekte Stiftelsen det som ble skrevet i 2019-søknaden om at med en brukergruppe som har sammensatte og komplekse utfordringer, så krever dette mer tid til den enkelte.

Statsbudsjettet 2020. Kapittel 762, Post 74 Stiftelsen Amatheia

Søknad: 25 500 000

Forslag i statsbudsjettet: 25 200 000

Tilsagn: kr 25 228 000

Mål for tilskuddsordningen er å bidra til samfunnets arbeid med å forebygge uønsket svangerskap og abort, bl.a. gjennom tilbud om informasjon, veiledning og samtale til kvinner og par som er blitt ikke-planlagt gravide. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022) er et sentralt dokument for innretningen av arbeidet. Amatheia er representert i alle helseregioner med totalt 13 veiledningskontor og et pilotprosjekt med samisktalende prosjektleder. En av tre kontakter omhandlet valgsituasjon knyttet til abort og en av fem samtaler omhandlet juridiske, økonomiske og arbeidsrelaterte spørsmål knyttet til svangerskap. En ukjent andel kontakter omhandlet prevensjonsveiledning. Den årlige brukerundersøkelsen (svarandel 17 pst.) viser at 97 pst. var svært fornøyd med tilbudet. Amatheia har svart på 800 spørsmål om prevensjon og graviditet på ung.no og har møtt 36 000 ungdom gjennom å stå på stand og ulike undervisningsoppdrag. Amatheia arrangerte også en internasjonal aksjonsdag for å fremme kvinners rett til å bestemme over egen kropp og tilgang til trygge og lovlige aborter globalt. Amatheia har bidratt til økt kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten gjennom å undervise og tilby praksisplasser til studenter på sykepleier-, jordmor- og helsesykepleierutdanningene. Tilskuddsordningen skal gjennomgås i 2020.

I brev av 7. september 2020 viste Helsedirektoratet til søknad på øremerket tilskudd 01. desember 2019 under tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia og overførte øremerket tilskudd på inntil 25 228 000 kroner over kap. 762, post 74 på statsbudsjettet for 2020. Når det gjaldt vilkår for tilskuddet, krav til måloppnåelse og rapporteringskrav, gjaldt de samme føringene som for driftsåret 2019 (se ovenfor).

For 2020 ba Helsedirektoratet Amatheia prioritere

- oppfølging av kvinner, menn og par etter abort med sikte på å forebygge gjentatt uplanlagt graviditet
- kompetanseoverføring til jordmor- og helsesykepleiestudenter
- undervisning til personer med minoritetsbakgrunn, herunder seksuelle- og kjønnsminoriteter.

Helsedirektoratet ba Amatheia om å koordinere arbeidet med relevante aktører på fagfeltet.

11 Vedlegg 2 Inflasjonsjusterte årsregnskap for Stiftelsen Amatheia, 2009-2019

Vedlegg 2 Inflasjonsjusterte årsregnskap for Stiftelsen Amatheia, 2009-2019

Dette oppsettet er brukt for beregninger av Amatheias økonomiske situasjon for perioden 2009-2019 i avsnitt 5.2.13.2. Verdier i 2020-kroner.

Kilder: Amatheias årsregnskap for 2010-2019. Årsindikatorer for konsumprisindeksen (KPI) er hentet fra SSB.no.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
KPI-indikator	89,9	92,1	93,3	93,9	95,9	97,9	100	103,6	105,5	108,4	110,8	112,2
Justeringsfaktor til 2020-verdier	1,248053393	1,218241042	1,202572347	1,194888179	1,169968717	1,146067416	1,122	1,083011583	1,063507109	1,035055351	1,012635379	
Ar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Tilskuddfrastat	18702080	18840088	18572527	18354677	18565064	18592652	21053208	20904290	21102108	21092358	24879439	
Tilskudd fra fylker/ helseforetak	2044686	1927866	2203473	2340547	2011176	2016391	2265879	1714949	2027045	1865313	245159	
Tilskudd fra kommuner	1942478	1979927	1784158	1757115	1685372	1703466	2193837	1997019	2030660	1618155	1289005	
Private gaver og andre inntekter	1189709	1318786	1644281	1123561	1536116	5122086	1371858	951197	1739495	1879503	1413808	
Annedriftsinntekt	264313	237837	325500	257723	249699	250159	244467	201761	198348	147187	143452	
Suminntekter	24143266	24304514	24529579	23833623	24047427	27684754	27129250	25769216	27097656	26602515	27970863	
Lønnskostnad	13901571	14507443	15719108	16834781	15925516	18164167	17536806	17391816	16299033	16352407	17907571	
Avskrivninger	347120	158667	34106	16831	16480	16144	44873	300656	295239	261978	30116	
Husleie, Strøm	4122500	3581314	3905712	3837619	3857989	3973705	3620146	3940091	3859061	4038739	4213628	
Inventar og Utstyr	1835606	2193308	1628248	1536108	1037921	948615	1310333	1294986	1231387	1573870	1948736	
Honorarer	911759	706830	2952106	293641	571016	1643393	997431	736109	988426	1534137	1859776	
Kontorekvisita	123556	183305	145467	174905	152442	168142	189360	191359	199686	151157	166509	
Medisinsk forbruksvare	42622	19409	0	0	21881	30248	51146	257621	276427	303926	190684	
Møter, telefon, porto	738830	715933	652234	1132172	1211266	1468743	1368291	1276570	1305314	1251176	929076	
Kursogreiser	646070	897042	897816	675090	857512	552133	938909	888666	1049392	982310	840402	
Annonser, informasjon	204628	294943	275705	161333	199398	246544	708861	494492	932886	1072513	280810	
Annedriftskostnad inkl. projektkostnader	183273	255436	271312	199896	214258	164383	259166	210658	195242	137281	224651	
Sumkostnader	23057536	23513631	24099608	25154607	24065649	27386216	27025323	26993026	26632095	27659495	28591969	
Driftsresultat	1085730	790883	429971	-1320962	-18573	288537	103926	-1223810	465561	-1056980	-621106	
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER												
Renteinntekt	110871	123223	171097	149226	76095	66715	17557	9450	9957	6753	6705	
Annen finansinntekt	0	0	0	0	40	0	6	0	105	0	0	
Renteutgift	-77927	-76953	-72877	-66726	54689	63973	46656	26198	17147	17824	51114	
Annen finanskostnad	0	0	0	0	558	2880	13043	2962	4989	12213	-3	
Resultat av finansposter	32944	46270	98220	82500	20907	-139	-42127	-19710	-12074	-23284	-44406	
Ordinært resultat	1118674	837153	528191	-1238462	2334	288398	61800	-1243519	453488	-1080263	-665513	
Årsresultat	1117426	837153	528191	-1238462	2334	288398	61800	-1243519	453488	-1080263	-665513	

Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no