

# **EVALUERING AF MODELKOMMUNEPROJEKTET**

**- En treårig indsats for at styrke unges seksuelle sundhed og  
trivsel i fire kommuner 2018-2020**

**Sex & Samfund**

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Rapportens opbygning</b> .....	<b>4</b>
<b>Hovedkonklusioner</b> .....	<b>5</b>
<b>Sex &amp; Samfund anbefaler</b> .....	<b>6</b>
<b>KAPITEL 1   INDLEDNING</b> .....	<b>7</b>
Hvorfor er det vigtigt at fremme unges seksuelle sundhed? .....	7
Modelkommuneprojektets baggrund .....	10
<b>KAPITEL 2   DATA OG METODE</b> .....	<b>17</b>
Evalueringsdesign.....	17
<b>KAPITEL 3   VIDEN FRA BASELINE-MÅLINGERNE</b> .....	<b>22</b>
Et operationaliseret mål for seksuel sundhed .....	22
Seksuel sundhed – hvordan stod det til blandt eleverne ved baseline? .....	30
<b>Opsamling på kapitel 3</b> .....	<b>35</b>
<b>KAPITEL 4   ELEVERNES SEKSUELLE SUNDHED, RISIKOADFÆRD OG KENDSKAB TIL KAMPAGNER – FRA BASELINE TIL EFTERMÅLING</b> .....	<b>36</b>
De unges seksuelle sundhed er gået et skridt i den rigtige retning fra baseline til eftermåling .....	36
De unges seksuelle risikoadfærd .....	45
Kendskab til Sundhedsstyrelsens og Sex & Samfunds tilbud og kampagner.....	46
<b>Opsamling på kapitel 4</b> .....	<b>47</b>
<b>KAPITEL 5   ORGANISATORISK LÆRING – DE LOKALE PROJEKTLEDERES OPLEVELSER OG ERFARINGER MED MODELKOMMUNEPROJEKTET</b> .....	<b>48</b>
Rollefordeling og ejerskab .....	48
Mangel på ressourcer i kommunerne .....	50
Den politiske dagsorden.....	52
Samarbejde på tværs.....	55
Forankring og projektets videre forløb.....	57
<b>Opsamling på kapitel 5</b> .....	<b>58</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>60</b>

# Forord

Sex & Samfund har med støtte fra Sundhedsstyrelsen i årene 2018-2020 samarbejdet med Fredericia Kommune, Frederikshavn Kommune, Nyborg Kommune og Vordingborg Kommune om et *Modelkommuneprojekt*. Modelkommuneprojektet er et flerstrengt projekt, der dels har taget form som **1) en organisatorisk indsats** målrettet kommunernes forebyggelsesarbejde med unges seksuelle sundhed, der har bestået af kompetenceudvikling af relevante fagpersoner samt forebyggelses- og projektorienteret sparring, og dels som **2) en ungemålrettet indsats**, der har bestået af initiativer såsom undervisning i køn, krop og seksualitet på ungdomsuddannelserne, hjemmetestning for klamydia og gonorré, kampagnedeltagelse og frivillighed.

Denne afsluttende evalueringsrapport henvender sig til alle, der på forskellig vis arbejder med unges seksuelle sundhed i den kommunale forebyggelse på området. Formålet er, at evalueringen kan videregive brugbare erfaringer og anbefalinger, som kan bruges til at fremme seksualundervisningen til unge på ungdomsuddannelserne og styrke arbejdet med den generelle seksuelle sundhed i det kommunale forebyggelsesarbejde.

Evalueringen er baseret på en kombination af kvantitative og kvalitative data:

- Evalueringens kvantitative data består af en stor spørgeskemaundersøgelse med 2.709 besvarelser á to baseline- og to eftermålinger fra hhv. skoleåret 2018/19 og 2019/20.
- Evalueringens kvalitative data består af ni dybdegående interviews med projektledere, herunder tre indledende interviews i 2018, tre midtvejsinterviews i 2019 og tre afsluttende interviews i 2020.

Sex & Samfund vil gerne takke alle unge, skoleledelser, sundhedsplejersker og projektledere i kommunerne, som har givet et vigtigt bidrag til projektet og evalueringen – og i sidste ende til at styrke de unges seksuelle sundhed og trivsel. Yderligere ønsker vi at takke projektets følgegrupper fra kommunerne, der undervejs har bidraget med faglige og praksisnære indspark til udviklingen og evalueringen af Modelkommuneprojektet. Vi håber, at erfaringerne fra samarbejdet vedrørende unges seksuelle sundhed og trivsel fortsætter i kommunerne, og at andre kommuner finder inspiration til dette arbejde på baggrund af evalueringen.

Evalueringen er gennemført af praktikant Stine Bay Nielsen, projektassistent Clara Blicher Winther og projektleder Signe Nebelong fra Team Partnerskaber og Analyse, National Afdeling i Sex & Samfund.

God læselyst.

# Rapportens opbygning

**Kapitel 1** giver et indledningsvist indblik i baggrunden for Modelkommuneprojektet samt de forskellige indsatsområder, der var tænkt ind fra starten.

**Kapitel 2** beskriver metodiske overvejelser, det metodiske design og den data, der ligger til grund for evalueringens analyser og konklusioner.

**Kapitel 3** giver, med udgangspunkt i elevernes spørgeskemabesvarelser fra de to baseline-målinger i hhv. skoleårene 2018/19 og 2019/20, et indblik i de unges vidensniveau, handlekompetencer og seksuelle sundhed, før indsatsen fandt sted i projektets to skoleår.

**Kapitel 4** sammenligner elevernes besvarelser i baseline-målingerne med eftermålingerne samlet set. Kapitlet bidrager til at belyse elevernes handlekompetencer, risikoadfærd og seksuelle sundhed. Endvidere giver den indblik i elevernes kendskab til kampagner og indsatser først og sidst på skoleåret.

**Kapitel 5** tager udgangspunkt i den organisatoriske evaluering, hvor interviews med projektledere fra kommunerne analyseres ud fra kommunernes og Sex & Samfunds udbytte af og læring ved projektet.

# Hovedkonklusioner

## Elevernes udbytte af indsatserne (Kapitel 3 og 4)

### De unges niveau af seksuel sundhed i baseline-målingerne

Ud fra fire parametre (hhv. vidensniveau, handlekompetencer, trivsel og oplevelser med overgreb og krænkelse) har vi konstrueret et samlet mål for seksuel sundhed til at kunne undersøge elevernes seksuelle sundhed før og efter Modelkommuneprojektets indsatser målrettet eleverne på ungdomsuddannelserne. Kapitel 3 viser med denne variabel, at over hver tiende (14 %) elev havde en lav seksuel sundhed i baselinemålingen. Yderligere havde flere drenge end piger fra ungdomsuddannelserne et højt niveau af seksuel sundhed og det samme gjaldt elever med en heteroseksuel orientering sammenlignet med elever med homoseksuel eller biseksuel orientering. Kapitel 3 beskriver desuden, at de unges seksuelle sundhed hænger sammen med både deres generelle trivsel samt deres risikoadfærd, såsom at glemme beskyttelse mod seks sygdomme ved indtagelse af alkohol.



### De unges seksuelle sundhed er forbedret fra baseline- til eftermålinger

Kapitel 4 viser, at elevernes seksuelle sundhed samlet set er steget fra baseline- til eftermålingerne. Herunder er både de unges vidensniveau om emner inden for seksuel sundhed og handlekompetencer tilknyttet seksuel sundhed steget i skoleårene 2018-19 og 2019-20. Indsatserne i Modelkommuneprojektet har således vist sig at have en positiv virkning på elevernes seksuelle sundhed ud fra den konstruerede variabel i indeværende evaluering.



## Organisatorisk læring (Kapitel 5)

### Forskelle på indsatsernes implementeringsgrad i kommunerne

Evalueringen viser, at der har været store forskelle på, hvordan kommunerne har indtænkt Modelkommuneprojektet som en del af det kommunale forebyggelsesarbejde. Der har eksempelvis været forskel på, hvorvidt projektlederne fra kommunerne har følt ejerskab over projektets indsatser samt hvorvidt projektleder har fået allokerede ressourcer til at varetage arbejdet med projektet i den enkelte kommune – både hvad angår tid og økonomi, hvilket har spillet en rolle på ejerskabsfølelsen.



### Seksuel sundhed er nedprioriteret som forebyggelsesområde

Seksuel sundhed bliver italesat som et nedprioriteret område og som "et timeløst fag i grundskolen" i kommunerne, hvilket blandt andet er årsagen til, at der i mange kommuner ikke afsættes budgetter eller timer til forebyggelsesarbejdet. Af denne grund bliver arbejdet i kommunerne sjældent til mere end en mindre oplysningsindsats gennem kommunens sociale medier. Evalueringen viser, at en årsag til dette kan være måden, hvorpå man vægter budgetter i relation til et ønske om at få maksimalt udbytte af de penge, der er afsat til sundhed. Dette vanskeliggør et fokus på bredere og mere kvalitative mål såsom styrket seksuel sundhed sammenlignet med andre forebyggelsesområder. Når seksuel sundhed tænkes som en konkret del af generel sundhed og når data understøtter dette, løftes området kommunalt, ifølge projektlederne i Modelkommunerne.



# Sex & Samfund anbefaler

Modelkommuneprojektet har vist, at det er muligt at skabe gode resultater med relativt beskedne ressourcer, hvis arbejdet tilrettelægges med langvarige mål og klare rammer for arbejdet. Med denne evalueringsrapport håber vi derfor, at samarbejdets læring kan inspirere kommuner i hele landet til at engagere sig i projekter eller samarbejder, der har til formål at styrke seksuel sundhed for unge. Følgende fem anbefalinger er således tiltænkt kommunale fagpersoner og ledelser.

## 1. Etablér tværgående samarbejder med ungdomsuddannelser og interesseorganisationer i forebyggelsesarbejdet

Evalueringen viser, at det er muligt at fremme unges seksuelle sundhed via et tværgående samarbejdsprojekt mellem kommuner, ungdomsuddannelser og Sex & Samfund. Derfor anbefaler Sex & Samfund, at lignende trepartssamarbejder bliver etableret i andre kommuner for at styrke unges seksuelle sundhed. Man kan hertil med fordel videreføre flere aspekter fra forandringsteorien fra Modelkommuneprojektet i fremtidige indsatser målrettet unge, tilpasset de enkelte kommuners virkelighed og økonomiske forudsætninger for dette.

## 2. Seksuel sundhed skal forstås i sammenhæng med andre forebyggelsesområder såsom mental sundhed og alkohol

Evalueringen viser, at de unges seksuelle sundhed hænger sammen med generel trivsel og risikoadfærd i relation til alkohol og usikker sex. Derfor kan kommunerne med fordel integrere arbejdet med unges seksuelle sundhed i deres forebyggelsesområde inden for mental sundhed. Sex & Samfund anbefaler derfor, at kommuner bruger viden om koblingen mellem seksuel sundhed og mental sundhed til at sætte unges seksuelle sundhed på den politiske dagsorden.

## 3. Indtænk seksuel sundhed for unge i den kommunale sundhedsstrategi

Evalueringen viser, at det er yderst vigtigt, at der er politisk opbakning, herunder økonomiske og tidsmæssige ressourcer til rådighed i kommunen, hvad angår projekter målrettet unges seksuelle sundhed. Sex & Samfund anbefaler derfor, at det prioriteres kommunalt, at der bliver afsat tilstrækkelige ressourcer til at sikre indsatser og rammer for seksuel sundhed på ungeområdet.

## 4. Projekter målrettet unges seksuelle sundhed skal udføres på basis af viden fra de unge selv

Evalueringen viser, at lokale tal giver kommunerne større incitament for at deltage i et Modelkommuneprojekt. Sex & Samfund anbefaler derfor, at der indsamles lokale data fra de unge selv, når nye projekter skal udformes og implementeres. Data om unges holdninger til, viden om og oplevelser med køn, seksualitet, sex og grænser giver et solidt overblik over, hvor kommunerne bør prioritere at sætte ind med indsatser målrettet de unge.

## 5. Priorité langvarige projekter der har til formål at skabe vedvarende forandring

Evalueringen finder, at det tager tid at få et solidt samarbejde op at køre. De lokale projektledere beskrev i de afsluttende interviews, at det langvarige samarbejde havde givet pote, hvad angår implementeringen af indsatserne. Derfor anbefaler Sex & Samfund, at fremadrettede indsatser beror på en klar ansvarsfordeling og har et langsigtet perspektiv for at sikre et solidt samarbejde, der kan lede til succesfuld implementering og forbedring af unges seksuelle sundhed på langt sigt.

# Kapitel 1

## Indledning

Sex & Samfund har med støtte fra Sundhedsstyrelsen samarbejdet med Fredericia Kommune, Frederikshavn Kommune, Nyborg Kommune og Vordingborg Kommune om at øge kommunernes unges seksuelle sundhed og trivsel samt kendskab til seksuelle rettigheder i årene 2018 til 2020 gennem et flerstrengt projekt. I det følgende beskrives baggrunden for projektet, hovedindsatserne for den længerevarende indsats samt de indledende overvejelser, der lå til grund for at etablere et sådant samarbejde. Indledningsvist skitseres, hvorfor vi mener, det er vigtigt at fremme unges seksuelle sundhed – og huske ungemålgruppen i kommunens forebyggelsesarbejde.

### Hvorfor er det vigtigt at fremme unges seksuelle sundhed?

I denne evalueringsrapport anvendes og forstås begrebet seksuel sundhed ud fra et bredt og dynamisk sundhedssyn<sup>1</sup>. Seksuel sundhed er her forstået som mere end blot fraværet af seksy sygdomme, aborter og infertilitet. Det handler ud over disse faktorer også om at have muligheden for en positiv seksuel udvikling i livet, et tilfredsstillende sexliv samt at undgå krænkelse, diskrimination og hadforbrydelser. Seksuel sundhed har således betydning for generelt velbefindende og sundhedsadfærd, idet sundhed, trivsel og livsstil kan påvirke seksuallivet i både positiv og negativ retning, ligesom det seksuelle liv omvendt kan have både positiv og negativ indflydelse på individets sundhed, trivsel og livsstil. Vi anvender begrebet seksuel sundhed sammen med seksuel trivsel pragmatisk og ser trivsel som en del af sundhedsforståelse.

I ungdomsårene oplever de fleste deres seksuelle debut og at skulle navigere i nye arenaer med nye bekendtskaber. Dette betyder, at nødvendig viden om – samt et positivt og trygt forhold til – køn, krop og seksualitet er afgørende for at kunne mærke sine egne og andres grænser. Der er dog desværre unægteligt en række sundhedsmæssige udfordringer og barrierer for livsudfoldelse, når det handler om unges seksuelle sundhed i Danmark, hvilket pointerer nødvendigheden af ungemålrettede indsatser, der fremmer seksuel sundhed og trivsel blandt unge. Derfor anser Sex & Samfund det som essentielt at skabe et rum for, at unge

---

<sup>1</sup> Baseret på WHO's definition og Graugaard et al. (2015): Seksualitet og Sundhed. Vidensråd for Forebyggelse.

kan tale om grænser, som fokuserer på, hvordan man som ung kan sikre egen og andres ret til at være den, man er, samt sikre, at man ikke får overskredet sine grænser.

Ifølge befolkningsundersøgelsen 'Sex i Danmark - nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018' har fem ud af ti seksuelt aktive unge i alderen 15-24 år haft usikker sex<sup>2</sup> mindst én gang inden for det sidste år<sup>3</sup>. Det er også særligt blandt unge, at seksygdomme som klamydia og gonorré er udbredt, og at provokerede aborter forekommer hyppigst; 80 % af alle årligt registrerede klamydiatilfælde stammer fra unge i alderen 15-29 år, og 59 % af unge i alderen 15-24 år, der nogensinde har været gravide, har fået foretaget mindst én provokeret abort. Dertil kommer, at en stigende andel af unge betragter sig selv som overvægtige, selvom deres BMI er normalt<sup>4</sup>.

På vegne af Undervisningsministeriet udgav Als Research i 2019 en evaluering af sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab i grundskolen, som viste, at elever i grundskolen mangler viden og handlekompetencer i relation til reproduktion, sex, køn, krop, seksualitet og generel seksuel sundhed<sup>5</sup>. Denne manglende viden kommer unægteligt til at fortsætte op i ungdomsårene, da der ikke er obligatorisk seksualundervisning på ungdomsuddannelserne. Vi ved blandt andet, at der er en generel mangel på viden om konsekvenser af ubehandlede seksygdomme blandt unge, eksempelvis ved omkring halvdelen af unge i alderen 15-23 år ikke, at seksygdomme som klamydia og gonorré kan medføre infertilitet, kræft eller langvarige behandlingsforløb<sup>6</sup>.

Fra en større vidensopsamling vedrørende unges holdninger til og viden om prævention<sup>7</sup>, som vi selv har foretaget, ved vi endvidere, at hver femte ung fra vores modelkommuner tror, at spiral beskytter mod seksygdomme og hver fjerde, at p-piller/minipiller beskytter mod seksygdomme. Dette indikerer, at unge oplever mangel på viden omkring seksygdomme og prævention generelt. I og med, at incidensen af klamydia blandt både mænd og kvinder har været stigende i en lang årrække, særligt blandt unge<sup>8</sup>, er dette alarmerende. VIVE's kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne fra 2018 viser hertil, at andelen af 18-årige, der dyrker ubeskyttet sex, er 32 %. Af de unge, der er seksuelt aktive, er andelen, der altid anvender prævention, 57 % og andelen, der altid bruger kondom, 16 %<sup>9</sup>.

Desværre ved vi også, at LGBT+-unge trives markant dårligere end andre unge samt at forventet og oplevet stigmatisering udgør en udfordring for LGBT+-personers ligestilling og frihed til at leve, som de ønsker. Als Researchs undersøgelse 'Udfordringer og stigma ift. at

---

<sup>2</sup> 'Usikker sex' karakteriseres her som 'Ubeskyttet vaginalt samleje, oralsex eller analsex med en person, som ikke er vedkommendes faste partner). Frisch et al. (2019).

<sup>3</sup> Frisch et al. (2019): 'Sex i Danmark - Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018'. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet.

<sup>4</sup> Jf. VIVEs kortlægning af seksuel sundhed i landets kommuner (2018).

<sup>5</sup> Als Research (2019), på vegne af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet: Evaluering af Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab (SSF)

<sup>6</sup> Megafon på vegne af Sundhedsstyrelsen (2016): Resultater for forundersøgelse for 'Kun med Kondom-kampagne 2016'. September 2016.

<sup>7</sup> Sex & Samfund (2020): Unges viden om og holdninger til prævention.

<sup>8</sup> Statens Serum Institut (2019); EPI-nyt uge 38, 2018, Steen Hoffmann.

<sup>9</sup> VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (2018): Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne.



have en LGBTI-identitet' fra 2020<sup>10</sup> viser blandt andet, at manglende åbenhed og oplevelser med negative reaktioner på åbenhed hænger sammen med en øget risiko for både psykisk mistrivsel og ensomhed blandt LGBT+-personer – og at mange LGBT-personer venter en del år, fra de første gang opdager eller fornemmer deres LGBT-identitet til, at de vælger at fortælle nogen om det. Undersøgelsen viser blandt andet, at ensomhed er omtrent 5-6 gange mere udbredt blandt LGBT+-personer (28 %) end blandt befolkningen generelt (5 %).

I den grovere ende af skalaen relateret til seksuel sundhed, kan overgreb og krænkelser relateret til køn og seksualitet have store konsekvenser for individets psykiske og fysiske velbefindende. Både overgreb og krænkelser, herunder digitale krænkelser, såsom ufrivillig billeddeling, har fået større opmærksomhed i medierne de seneste år, blandt andet i forbindelse med Umbrella-sagen i 2018. Fra en YouGov-undersøgelse for DR2 om billeddeling blandt unge ved vi, at 53 % af unge i alderen 15-30 år har modtaget nøgenbilleder, at 22 % gerne videresender et nøgenbillede af en person, de ikke kender, at 17 % af drenge og 20 % af piger i alderen 15-25 år har delt et seksuelt billede eller video af sig selv, og at 10 % af drenge og 4 % af piger i alderen 15-25 år har delt et seksuelt billede eller video af andre.<sup>11</sup> Endvidere modtog politiet sidste år (i 2019) 1.662 anmeldelser for voldtægt eller voldtægtsforsøg, men det anslås, at langt flere voldtægter finder sted.<sup>12</sup> En undersøgelse fra Syddansk Universitet vurderer fx, at 24.000 kvinder blev voldtaget eller forsøgt voldtaget i 2017.<sup>13</sup>

Unge har ret til viden og færdigheder, der giver dem mulighed for et godt, trygt og lystfyldt forhold til deres køn, krop og seksualitet. Med ovenstående viden, er det derfor særligt vigtigt, at unge får undervisning i køn, krop og seksualitet – også efter de har forladt grundskolen, hvor majoriteten af unge har deres seksuelle debut. Ved at få undervisning, som sætter fokus på seksuel sundhed og trivsel, får de unge viden, som de kan bruge i deres aktuelle livssituation. En rettighedsbaseret og handlingsorienteret undervisning i køn, krop og seksualitet kan øge de unges mulighedsrum, når de skal forholde sig til valg af prævention, uønsket graviditet, sexsygdomme, men også de etiske aspekter i forhold til at passe på hinanden i seksuallivet og viden om egne rettigheder; fx retten til egen krop, retten til at vælge sin partner og retten til privatliv. Desuden sætter undervisning i køn, krop og seksualitet fokus på mangfoldighed og hvordan man skaber inkluderende fællesskaber ved at skabe opmærksomhed på normer, grænser og forventninger.

Det er selvfølgelig ikke alene undervisning, der kan styrke seksuel sundhed og trivsel blandt unge, men det er efter vores mening et nødvendigt skridt på vejen for at sikre bred sundhed for alle. I det følgende beskrives således, hvorfor Sex & Samfund ønskede at opstarte Modelkommuneprojektet – og hvilke andre komponenter ud over undervisning, der blev indtænkt fra starten.

---

<sup>10</sup> Als Research (2020): Undersøgelse af udfordringer og stigma i forhold til at have en LGBTI-identitet i Danmark. Bjarke Følner et al.

<sup>11</sup> YouGov (2016): Ringerunde foretaget for DR2 om billeddeling, august 2016.

<sup>12</sup> Justitsministeriets Forskningskontor (2019): Udsathed for vold og andre former for kriminalitet. Offerundersøgelserne 2005-18.

<sup>13</sup> Statens Institut for Folkesundhed (2018): Vold og seksuelle krænkelser.

## Sex & Samfund mener...

### SEKSUALUNDERVISNING

I Sex & Samfund definerer vi god seksualundervisning som dialogbaseret og med åben kommunikation om sex og seksualitet, foregående i et trygt socialt miljø, tilrettelagt efter elevernes alder og erfaring.

Vi mener, at alle elever har ret til god seksualundervisning - uanset hvilken baggrund eleverne har i forhold til køn, seksualitet, etnicitet, religiøsitet eller handicap. Eleverne skal føle, at undervisningen er rettet mod dem, og at der er plads til netop de tanker og følelser om seksualitet, de har. Ved at tage udgangspunkt i en normkritisk pædagogik i seksualundervisningen, tilbydes eleverne råderum og frihed – og der opstår større respekt over for forskellige seksualiteter og præferencer.

## Modelkommuneprojektets baggrund

Landets kommuner arbejder på forskellig vis og i forskelligt omfang med unges seksuelle sundhed. Dog ved vi fra flere undersøgelser, at det er et område, som desværre ofte nedprioriteres i kommunerne. Sex & Samfund har i mange år arbejdet sammen med kommuner og fagpersoner i hele landet og bidraget med løsninger og støtte til oplysningsarbejde, kampagner, undervisningsindsatser, hjemmetestning mv. Mange kommuner og fagpersoner gør en kæmpe indsats for at kunne løfte forebyggelsesopgaverne inden for seksuel sundhed og for at imødekomme de problemer, unge i dag står med. I løbet af en årrække har vilkårene for at tilrettelægge de nødvendige indsatser dog været vanskelige, eksempelvis på grund af besparelser i kommunalsektoren, manglende tid til at igangsætte initiativer og manglende forskning på området. Dette har resulteret i en nedprioritering af en række forebyggelsesopgaver, som Sex & Samfund anser som nødvendige for at sikre unges seksuelle sundhed i Danmark. Nedprioriteringen af seksuel sundhed i landets kommuner rammer særligt unge, hvorfor unge på ungdomsuddannelserne blev Modelkommuneprojektets målgruppe.

Statens Institut for Folkesundhed monitorerer hvert andet år den kommunale forebyggelsesindsats for Center for Forebyggelse i praksis under Kommunernes Landsforening. Den seneste rapport 'Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019' viser, at kun tre ud af ti kommuner vurderer, at de i nogen grad, i høj grad eller helt lever op til anbefalingerne på udviklingsniveau i forebyggelsespakken om seksuel sundhed. Samtidig ser vi, at seksuel sundhed er et af de forebyggelsesområder, der prioriteres lavest i forhold til andre –

og hvor prioriteringen af området er faldet de senere år.<sup>14</sup> I en af vores egne spørgeskemaundersøgelser om kommunernes arbejde med seksuel sundhed fra 2019, viste det samme billede sig baseret på besvarelser fra 61 kommuner. Knap to ud af ti kommuner havde sundhedspolitikker, der forholder sig til de centrale områder inden for seksuel sundhed, som forebyggelsespakken for seksuel sundhed har konkrete anbefalinger til. Tre ud af fire kommuner svarede dertil, at seksuel sundhed nedprioriteres i forhold til andre forebyggelsesområder og næsten halvdelen af kommunerne beskrev, at der mangler økonomiske midler til at løfte området. Undersøgelsen viste endvidere, at placeringen af ansvaret for seksuel sundhed ligger meget forskelligt både på afdelinger og på funktioner i de enkelte kommuner, og under hver tiende af kommunerne havde konkrete handleplaner og nøglepersoner, der stod for kvalitetssikring af skolernes seksualundervisning.<sup>15</sup>

På baggrund af ovenstående har Sex & Samfund ønsket at igangsætte et længerevarende og flerstrengt projekt, som udmøntede sig i et tilbud til alle landets kommuner om at deltage i Modelkommuneprojektet. Det er vores erfaring, at et længere, strategisk samarbejde, som involverer flere aktørniveauer, har en positiv effekt på projektets succes og implementering, fordi forandring tager tid, og fordi der opstår synergieffekt og heraf engagement imellem de forskellige aktører. Derfor tilbød vi deltagende kommuner et treårigt strategisk samarbejde fra 2018 til 2020. I alt takkede fire kommuner ja til dette efter forventningsafstemninger.

Samarbejdet startede således med fire kommuner primo 2018 – *Fredericia Kommune, Frederikshavn Kommune, Nyborg Kommune og Vordingborg Kommune*. Frederikshavn Kommune måtte desværre opsige samarbejdet kort tid efter opstart, hvorfor data fra denne kommune ikke indgår i evalueringen, ud over første baseline-måling, men tages med i overvejelserne om, hvilke problematikker og barrierer, der kan være forbundet til et sådant tværsektorielt samarbejde.

I det følgende har vi skitseret de indsatser, som Sex & Samfund fra starten tilbød og de indsatser og opgaver, som vi forventede, at kommunerne ville bidrage med i samarbejdet, herunder hvordan projektet i praksis blev formuleret, samt hvilke ansvars- og indsatsområder, der blev aftalt.

## Projektformulering, ansvarsfordeling og indsatsområder

Udgangspunktet for samarbejdet har været, at et succesfuldt samarbejde kræver en indsats og prioritering fra alle parter, herunder selvfølgelig Sex & Samfund og kommunerne, men derudover også ungdomsuddannelserne. Derfor blev samarbejdsaftaler formuleret mellem Sex & Samfund og hver kommune, samt mellem hver kommune og tilhørende ungdomsud-

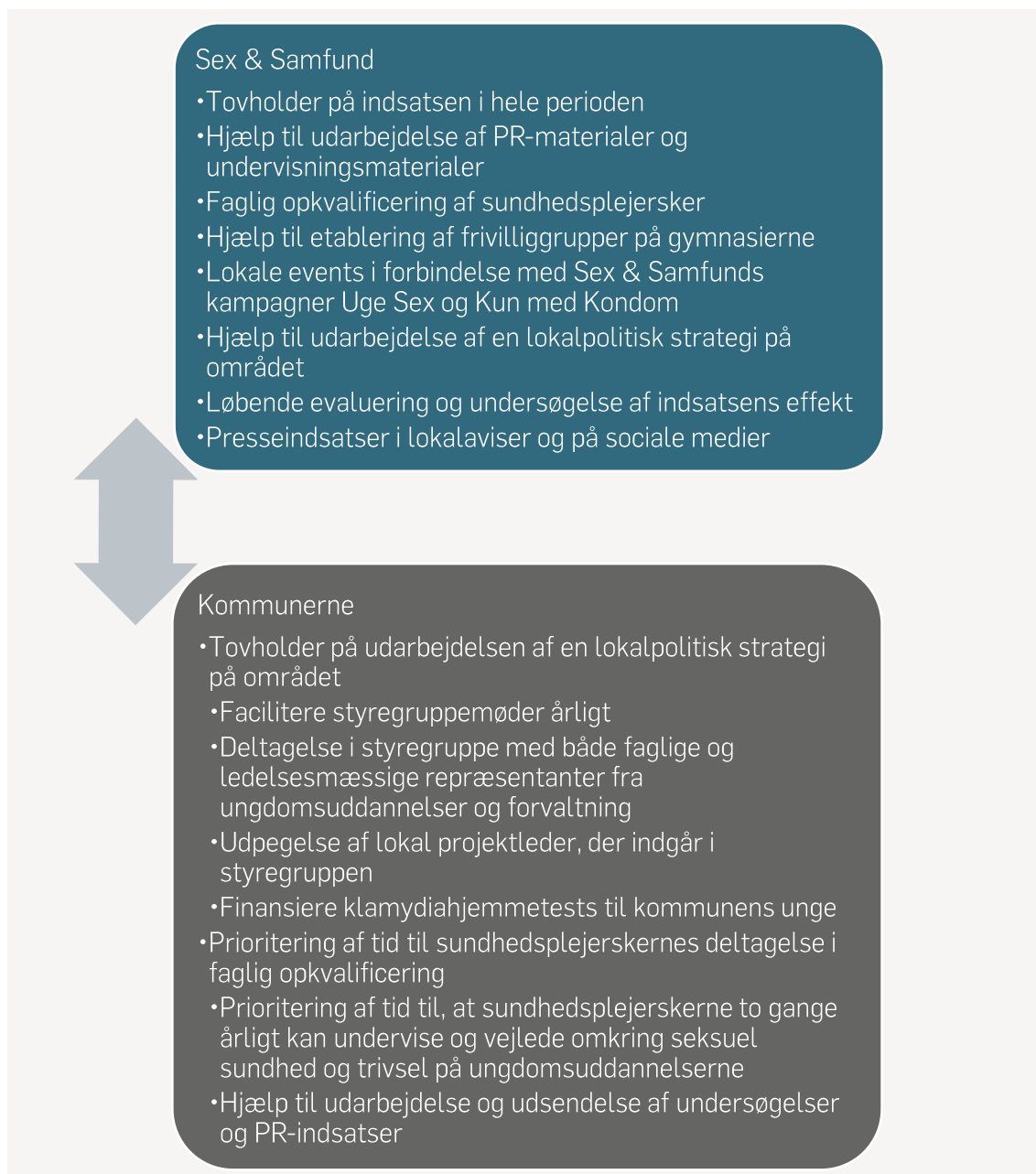
---

<sup>14</sup> Statens Institut for Folkesundhed (2020): 'Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019'.

<sup>15</sup> Sex & Samfund (2019): 'Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed? – En undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed.'

dannelser. Aftalen blev formuleret som et samarbejde med formålet om at styrke sundheden hos unge på ungdomsuddannelser, herunder at optimere anvendelsen af de eksisterende ressourcer på området således, at der ville opnås mest mulig sundhed for pengene. Figur 1 nedenfor viser de aftalte ansvarsområder for hhv. Sex & Samfund og kommunerne ved indgåelsen af samarbejdsaftalen.

**Figur 1: Overblik over samarbejdspartners rolle og ansvarsområder**



Samarbejdet blev udmøntet og udviklet i et netværk bestående af repræsentanter fra ungdomsuddannelserne, kommunerne og Sex & Samfund. Hver kommunes sundhedskordinator på ungdomsområdet har varetaget en koordinerende og formidlende funktion i netværket mellem ungdomsuddannelser og forvaltning, og har kunnet inddrage den enkelte uddannelsesinstitution i forhold til aktiviteter m.v. på institutionen. Samarbejdet har haft karakter af

et partnerskab, hvor parterne indgår i et ligeværdigt samarbejde med fælles ansvar, indflydelse og forpligtelse i forhold til at opnå formålet. Konkret har der været samarbejdsaftale om at:

- **Øge fokus på forebyggelse og sundhedsfremme ift. seksuel sundhed**
- **Sikre større grad af sammenhæng og tydelighed mellem sundhedstilbud på ungdomsuddannelserne og i kommunalt regi**
- **Sikre dialog og vidensdeling om sundhedsbehov hos unge**
- **Sætte unges seksuelle sundhed på den politiske dagsorden**
- **Styrke rammerne for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed**
- **Styrke samarbejdet om seksuel sundhed mellem kommunens aktører**
- **Udvikle unges handlekompentence i forhold til seksuel sundhed og til at påvirke rammerne for dette**

Hovedindsatserne i projektet har været alderssvarende undervisning i køn, krop og seksualitet til unge på ungdomsuddannelser, kampagnedeltagelse, at give unge muligheden for at blive testet for klamydia og gonorré med en gratis og anonym hjemmetest samt etablering af frivilligrupper, alt efter hvad den enkelte kommune har ønsket og haft mulighed for ressourcemæssigt. Dertil kommer styrket pressedækning og lokal projektledelse som en organisatorisk komponent for projektet.

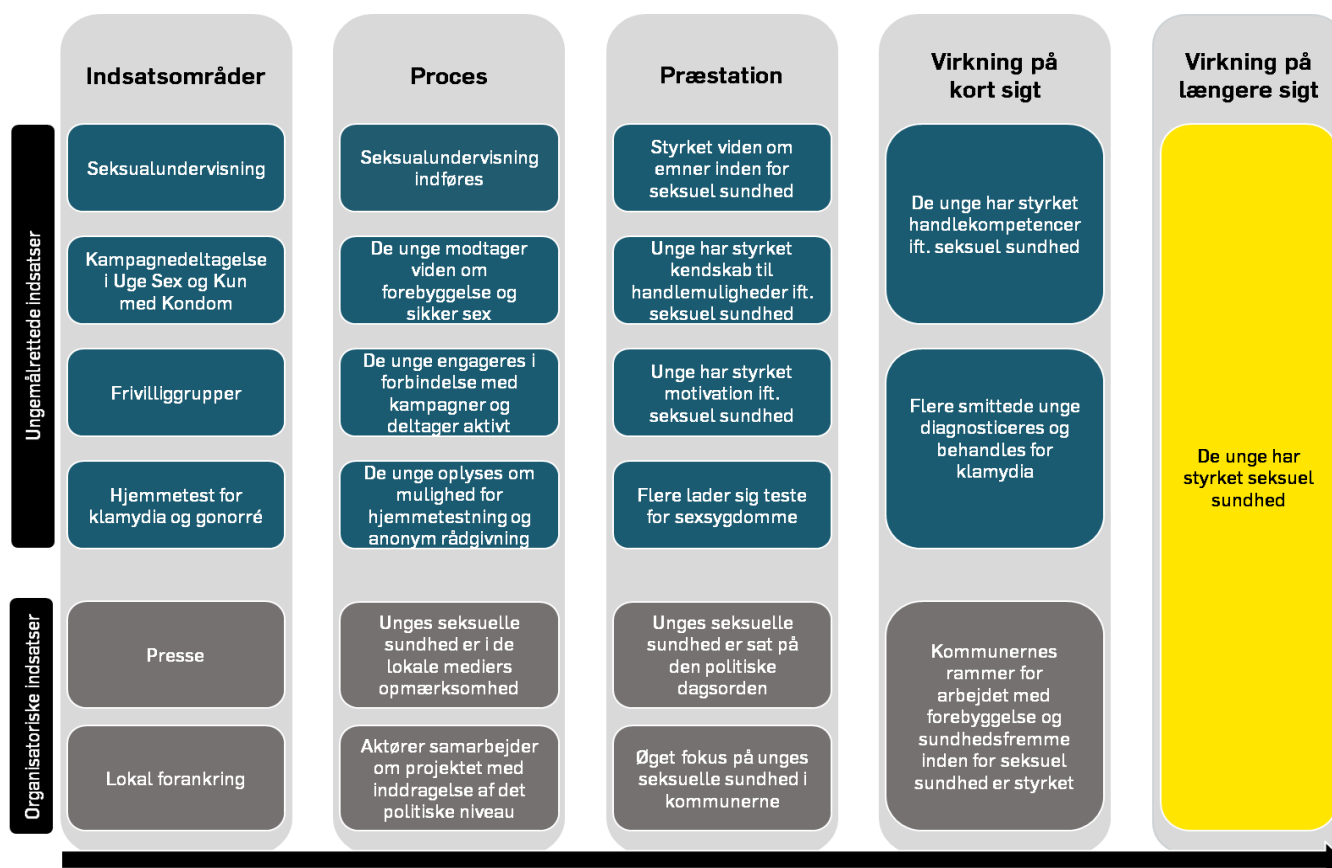
## **Modelkommuneprojektets forandringsteori og projektplan**

Det langsigtede formål med Modelkommuneprojektet var at styrke kommunernes unges seksuelle sundhed og trivsel, herunder at:

- **Øge mangfoldighed og forebygge diskrimination på baggrund af seksualitet og kønsidentitet**
- **Forebygge uønskede graviditeter**
- **Forebygge seksuelt grænseoverskridende adfærd mellem unge**
- **Reducere forekomsten af seksuelt overførte sygdomme med en særlig indsats i forhold til sexsygdommene klamydia og gonorré**
- **Give unge handlekompencer til at håndtere ufrivillig billeddeling**
- **Give unge indsigt i kroppens og seksualitetens mangfoldighed**
- **Få unge til at reflektere over lyst og egne grænser**

For at få et overblik over forestillinger om, hvorfor og hvordan Sex & Samfund forventede, at projektets indsatsområder på sigt ville styrke kommunernes unges seksuelle sundhed, blev der opstillet en forandringsteori. Denne forandringsteori er præsenteret i nedenstående Figur 2, hvor indsatsområderne er inddelt i hhv. ungemålede og organisatoriske indsats.

Figur 2: Modelkommuneprojektets forandringsteori



Nærværende evaluering vil hovedsageligt fokusere på forandringsteoriens grundantagelse om, at hvis indsatserne bliver velimplementeret, vil kommunernes unge på kort sigt få højnet deres handlekompetencer, hvilket på længere sigt vil føre til styrket seksuel sundhed blandt de unge. Forandringsteorien foreskriver, at hvis de unge modtager viden gennem seksualundervisning samt engageres i diverse kampagner og frivilliggrupper, vil deres vidensniveau, kendskab til handlemuligheder og motivation<sup>16</sup> i forhold til seksuel sundhed blive styrket. Dette forventes på kort sigt at føre til et øget niveau af handlekompetencer og på længere sigt at føre til styrket seksuel sundhed. Imidlertid er det dog kun Nyborg Kommune, der valgte at tilkøbe hjemmetesten for klamydia og gonorré, hvilket betyder, at unge i hhv. Fredericia og Vordingborg Kommune ikke har haft mulighed for at gøre brug af dette tilbud. Nyborg Kommune indførte hjemmetesttilbuddet i 2018, men havde desværre ikke stor succes med tilbuddet, da bestillingsraten af tests var utrolig lav – givetvis på grund af manglende markedsføring. Da dette indsatsområde ikke er blevet succesfuldt implementeret, vil det ikke blive berørt i evalueringen.

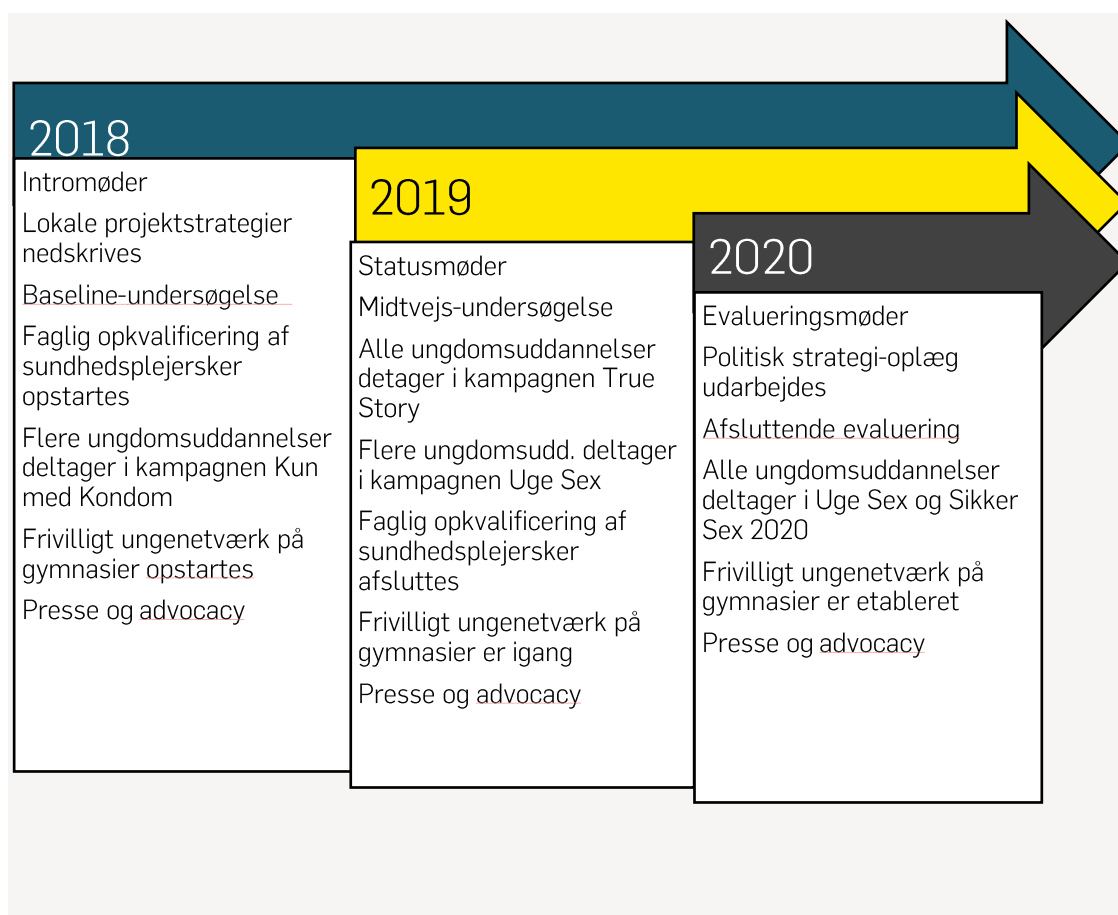
De organisatoriske indsatsområder, hhv. presse og lokal forankring, forventedes ikke i sig selv at have potentiale til at fremme de unges seksuelle sundhed, men fra starten er dette tænkt ind som afgørende i forhold til at sikre forankring af de ungemåltrettede indsatser. Det er vigtigt, at der er politisk opbakning i kommunerne, hvis seksualundervisning fremadrettet

<sup>16</sup> Med styrket motivation menes, at de unge i lavere grad udviser risikoadfærd, såsom at glemme beskyttelse eller undgå at lade sig teste for seks sygdomme

skal være en integreret del af ungdomsuddannelsernes undervisningsplan. Samtidig er det vigtigt, at der er et stærk samarbejde mellem kommunens aktører, eksempelvis mellem sundhedskonsulent, skoleledere og sundhedsplejen, for at de ungemåletrtede indsatser bliver velimplementeret. De organisatoriske indsatsområder er derved ligeså vigtige som de ungemåletrtede indsatsområder, men disse vil ikke være omdrejningspunktet i nærværende evaluering, da det ikke har været en prioritet at monitorere lokal pressedækning vedrørende unges seksuelle sundhed og ej heller at observere, hvorvidt relevante aktører i kommunen samarbejder på tværs.

Med afsæt i forandringsteorien blev der i projektets opstartsperiode udarbejdet en treårig projektplan, hvor det fremgår hvilke aktiviteter, der skulle afvikles i hvert af projektårene i de tre kommuner. Projektplanen fremgår af nedenstående Figur 3.

**Figur 3: Oversigt over årlige fælles aktiviteter**



Som det fremgår af projektplanen, har Modelkommuneprojektet dannet rammerne for samarbejde på tværs af kommunens aktører i form af planlagte intro-, status- og evalueringsmøder med den kommunalt nedsatte styregruppe og Sex & Samfund. Derudover er der i projektplanen indlejret et løbende fokus på presse og advocacy samt opkvalificering af sundhedsplejersker således, at de fik kompetencer til at varetage seksualundervisningen på ungdomsuddannelserne. I relation til de ungemåletrtede indsatser har projektplanen endvidere foreskrevet etablering af frivilligrupper på gymnasierne, der kunne lave events og ung-til-ung-formidling, samt at ungdomsuddannelserne i de respektive kommuner skulle deltage i

kampagner såsom Uge Sex, Sikker Sex og True Story (forhenværende Kun med Kondom). Desuden har der været planlagt hhv. baseline- og eftermålingsundersøgelser for at kunne undersøge de unges udbytte af projektet.

Nedenstående tabel viser et overblik over, hvilke dele af projektplanen der i praksis er blevet realiseret i de fire kommuner.

**Tabel 1: Overblik over realiserede indsatser pr. kommune**

	Frederikshavn	Fredericia	Nyborg	Vordingborg
Lokale projektstrategier nedskrevet ved projektets opstart	✓	✓	✓	✓
Afvikling af møde mellem lokal styregruppe og Sex & Samfund				
Intromøde	✓	✓	✓	✓
Statusmøde	÷	✓	✓	✓
Evalueringsmøde	÷	✓	✓	✓
Spørgeskemaundersøgelser				
Baseline-måling (1. runde)	✓	✓	✓	✓
Eftermåling (1. runde)	÷	✓	✓	✓
Baseline-måling (2. runde)	÷	✓	✓	✓
Eftermåling (2. runde)	÷	✓	✓	✓
Faglig opkvalificering af sundhedsplejersker	✓	✓	✓	✓
Etablering af frivilligt ungenetværk	÷	÷	÷	÷
Deltagelse i Kun med Kondom/True Story/Sikker Sex				
2018	✓	✓	✓	✓
2019	÷	✓	✓	÷
2020	✓	÷	✓	÷
Deltagelse i Uge Sex				
2018	✓	✓	✓	✓
2019	✓	✓	✓	✓
2020	✓	✓	✓	✓
Pressedækning relateret til unges seksuelle sundhed	÷	✓	✓	✓
Politisk strategi-oplæg udarbejdet ved projektets afslutning	÷	÷	✓	÷

Som det fremgår af ovenstående, er projektplanen delvist blevet overholdt. Få dele blev realiseret i Frederikshavn Kommune, da de, som tidligere nævnt, opsagde samarbejdet kort efter projektopstart. Der har i alle de tre resterende kommuner været afholdt intro-, status- og evalueringsmøder, samt blevet indsamlet baseline- og eftermålingsdata ved både første og anden runde. Desuden har alle sundhedsplejersker, der har undervist på ungdomsuddannelserne, modtaget opkvalificering. Kommunerne har delvist deltaget i kampagnerne, med undtagelse af Nyborg, der har deltaget i alle. Der blev ikke etableret frivillige ungenetværk i nogen af kommunerne.



# Kapitel 2

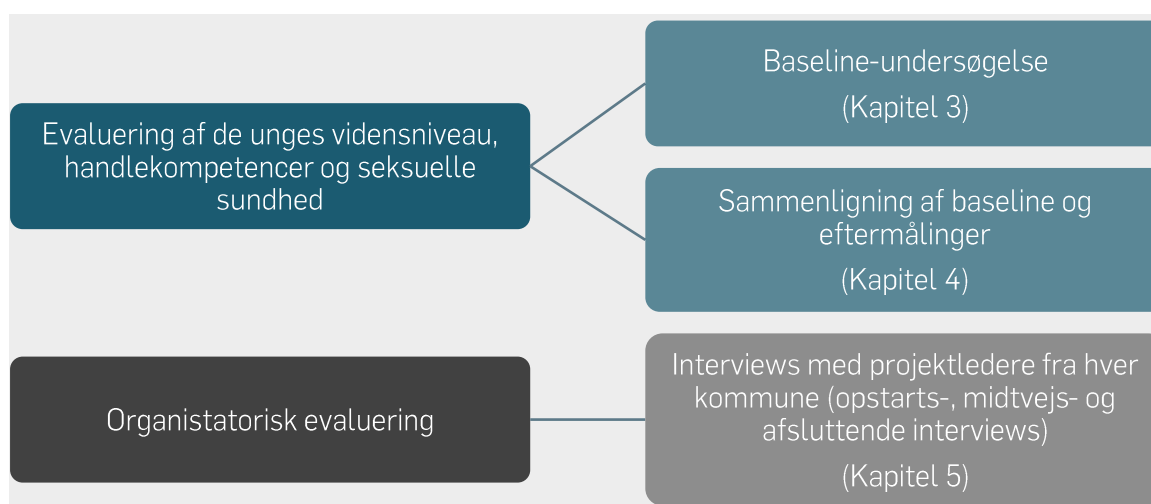
## Data og metode

Nærværende evaluering baserer sig på et todelt metodisk design bestående af kvantitativ og kvalitativ data i henholdsvis en ungemåltrettet spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ undersøgelse af de organisatoriske processer og indsatser. I dette kapitel beskrives det overordnede evalueringsdesign og relevante metodiske overvejelser i forbindelse hermed, og der gives en oversigt over dataindsamlingen, antal respondenter og interviewpersoner.

### Evalueringsdesign

Figur 4 nedenfor viser en oversigt over evalueringsdesignet og de anvendte datakilder i rapporten. Dels baserer rapporten sig på kvantitative data i form af spørgeskemabesvarelser fra ungdomsuddannelserne i modelkommunerne, dels på kvalitative interviews med de lokale projektledere i kommunerne.

**Figur 4: Evalueringsdesign og tilhørende dataoversigt**



Indeværende evaluering har karakter af en realistisk evaluering, nærmere bestemt en *virkningsevaluering*<sup>17</sup>. Med det menes, at evalueringen af projektet fokuserer på, hvad der virker

<sup>17</sup> Dahler-Larsen, Peter (2013): "Virkningsevaluering – en procesbaseret tilgang til effektevaluering" i: *Evaluering af projekter – og andre ting, som ikke er ting*. Syddansk Universitetsforlag.

for hvem, hvordan det virker og under hvilke omstændigheder, det virker. Målet med evalueringen er således at undersøge hvilke mekanismer og kontekster, der har bidraget til at skabe udfaldet af indsatserne qua forandringsteorien målrettet de unges seksuelle sundhed og det organisatoriske arbejde<sup>18</sup> fremfor at fokusere på kausale effekter af indsatserne<sup>19</sup>. Evalueringen har således fokus på sammenhængen mellem indsatsområder, herunder primært seksualundervisningen, og resultater vedrørende styrkelsen af de unges seksuelle sundhed som hovedformålet, samt de omstændigheder, der har haft betydning for dette.

Årsagen til, at vi ikke ønsker at kommentere på en decideret effekt er, at Modelkommuneprojektet er en flerstrengt indsats med interventioner på flere niveauer, hvilket ikke stemmer overens med et fokus på en-til-en effekt. Mange andre ydre faktorer kan og vil unægteligt spille ind på de forskellige unges seksuelle sundhed, og projektet har været over flere år med indsatser målrettet flere forskellige klassetrin. Yderligere har vi ikke haft mulighed for at kontrollere indsamlingen og udfyldelsen af spørgeskemaer på de respektive ungdomsuddannelser, hvilket sandsynliggør, at der kan forekomme forskellige bias ved besvarelserne. Formålet med evalueringen er derfor at undersøge virkningen af indsatserne med henblik på kontekst og omstændigheder, der har gjort sig gældende i de deltagende kommuner<sup>20</sup>. Det er ydermere hensigten, at konklusionerne fra den kvantitative elevrettede evaluering og den kvalitative organisatoriske evaluering skal understøtte hinanden og således bidrage med nuanceret og brugbar viden omkring Modelkommuneprojektets virkning og implementering med henblik på fremtidige indsatser til fremme af seksuel sundhed på kommunalt plan.

I det følgende vil datakilder relateret til evalueringen blive gennemgået sideløbende med relevante metodiske overvejelser forbundet hertil.

## Spørgeskemabesvarelser fra unge

Evalueringen af målet om de unges seksuelle sundhed baserer sig på en større spørgeskemaundersøgelse, der er blevet uddelt to gange i hvert skoleår (hhv. 2018/19 og 2019/20) på kommunernes ungdomsuddannelser i forbindelse med undervisningsforløbet. Spørgeskemaet er således udsendt á fire omgange til elever på ungdomsuddannelserne i henholdsvis starten og slutningen af skoleåret – to baselinemålinger og to eftermålinger. Spørgeskemaet består af 65 spørgsmål, der omhandler de unges seksuelle sundhed og trivsel – bredt set. I denne evaluering anvendes et udpluk af spørgsmål fra undersøgelsen til at belyse de unges besvarelser vedrørende en mangfoldighed af emner relateret seksuel sundhed og trivsel.

Tabel 2 nedenfor viser en oversigt over antal besvarelser på alle fire omgange af spørgeskemaet. Data er rensset for ufuldstændige besvarelser. I alt har 1.753 besvaret spørgeskemaet i starten af skoleåret og 956 i slutningen af skoleåret, og dermed er det totale antal besvarelser 2.709. Det fremgår af tabellen, at 58 % af respondenterne har besvaret både baseline-

---

<sup>18</sup> Se også denne rapport's Kapitel 1, Figur 2.

<sup>19</sup> Ravn, Rasmus (2020): "Realistisk evaluering: Et supplement eller et alternativ til effektevaluering?" i: *Metode & Forskningsdesign*, 2020 nr. 3. Aalborg Universitet.

<sup>20</sup> Villadsen, Christensen & Jervelund (2019) "Interventionsforskning i en folkesundhedskontekst" i: Bornø Jensen & Vallgård (2019): *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, København.

og eftermålingen. Da dataindsamlingen er foregået lokalt på de respektive ungdomsuddannelser, har Sex & Samfund ikke haft kontrol med selve dataindsamlingsprocessen (i øjeblikket ved indsamlingen), hvilket blandt andet betyder, at datamaterialet ikke kan benyttes til effektmåling af indsatsen. Ligeledes er data indsamlet over længere tid – med varierende elevgrupper – hvilket gør, at undervisningen og de andre delindsatser ikke kan ses som enkeltstående årsager til, at der kan være sket en effekt ift. elevernes viden, holdninger og adfærd inden for de adspurgte emner. Datamaterialet og analyserne baseret herpå har i stedet til formål at bidrage med et indblik i de forskellige ungegruppers viden, holdninger og adfærd relateret til seksuel sundhed og trivsel.

**Tabel 2: Oversigt over datagrundlag, antal respondenter pr. runde af spørgeskemaet**

	1. runde (skoleår 2018-19)	2. runde (skoleår 2019-20)	Samlet
Baseline (august-september måned)	950	803	1.753
Eftermåling (april-maj måned)	685	271	956
Andel af respondenter, der har besvaret spørgeskemaet ved både baseline- og eftermålingen, procent	57 %	62 %	58 %
<b>I alt</b>	<b>1.635</b>	<b>1.074</b>	<b>2.709</b>

Tabellerne nedenfor viser fordelingen af respondenter ift. køn, alder, seksualitet og uddannelsesbaggrund fordelt på de to spørgerunder, samlet for hvert skoleår. Det fremgår af Tabel 3, at den samlede respondentgruppe består af 43 % drenge/mænd, 56 % piger/kvinder og 1 % personer med en anden kønsidentitet.

Tabel 4 viser, at 75 % af den samlede respondentgruppe er enten 16 eller 17 år gammel, og at gennemsnitsalderen er 17,2 år.

Tabel 5 viser, at over halvdelen af respondenterne går på enten STX (33 %) eller HHX/HTX (28 %). 17 % af respondenterne går i 10. klasse, mens den resterende gruppe fordeler sig over en mangfoldighed af ungdomsuddannelser.

I forhold til seksuel orientering, fremgår det af Tabel 6, at størstedelen af respondenterne identificerer sig som heteroseksuelle (86 %), mens 6 % identificerer sig som biseksuelle, 2 % identificerer sig som homoseksuelle og 2 % med en anden seksuel orientering.

**Tabel 3: Oversigt over datagrundlag, kønsfordeling**

	Baseline (1. & 2. runde)		Eftermåling (1. & 2. runde)		Samlet	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Drenge/mænd	806	46	371	39	1.177	43
Piger/kvinder	937	53	570	60	1.507	56
Transpersoner	8	0	3	0	11	0
Andet	2	0	12	1	14	1
<b>I alt</b>	<b>1.753</b>	<b>100</b>	<b>956</b>	<b>100</b>	<b>2.709</b>	<b>100</b>

**Tabel 4: Oversigt over datagrundlag, aldersfordeling**

	Baseline (1. & 2. runde)		Eftermåling (1. & 2. runde)		Samlet	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
<15 år	2	0	1	0	3	0
15 år	166	9	5	1	171	6
16 år	820	47	291	30	1.111	41
17 år	481	27	429	45	910	34
18 år	125	7	131	14	256	9
19-25 år	125	7	84	9	209	8
26< år	34	2	15	2	49	2
I alt	1.753	100	956	100	2.709	100
Gennemsnitsalder	17,0		17,4		17,2	

**Tabel 5: Oversigt over datagrundlag, uddannelsesbaggrund**

	Baseline (1. & 2. runde)		Eftermåling (1. & 2. runde)		Samlet	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
10. klasse	261	15	198	21	459	17
Voksenuddannelse (VUC, VSU, AVU, AMU, FVU)	45	3	4	0	49	2
Erhvervsuddannelse (EGU, EUD, EUX)	65	4	16	2	81	3
FGU (Forberedende grunduddannelse)	0	0	13	1	13	0
HF	176	10	86	9	262	10
HHX og HTX (Merkantil og teknisk studentereksamen)	591	34	179	19	770	28
Produktionsskole	39	2	18	2	57	2
STU (Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse)	9	1	18	2	27	1
STX (Almen studentereksamen)	510	29	384	40	894	33
Anden uddannelse	57	3	40	4	97	4
I alt	1.753	100	956	100	2.709	100

**Tabel 6: Oversigt over datagrundlag, seksuel orientering**

	Baseline (1. & 2. runde)		Eftermåling (1. & 2. runde)		Samlet	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Biseksuel	94	5	55	6	149	6
Heteroseksuel	1.512	86	815	85	2.327	86
Homoseksuel	25	1	16	2	41	2
Panoseksuel	3	0	0	0	3	0
Andet	21	1	31	3	52	2
Ved ikke	61	3	29	3	90	3
Ønsker ikke at svare	37	2	10	1	47	2
I alt	1.753	100	956	100	2.709	100

Med afsæt i spørgeskemabesvarelserne vil første del af indeværende evaluering (Kapitel 3) belyse de unges seksuelle sundhed og trivsel, herunder vidensniveau og handlekompetencer, forud for projektets start. Dette er relevant dels i forhold til at afdække behovet for en forbyggende indsats relateret til seksuel sundhed og trivsel, og dels for at beskrive den pågældende ungegruppe og hvilke sammenhænge, der gør sig gældende i data. Dernæst vil besvarelser fra baseline- og eftermålingerne blive sammenlignet i Kapitel 4 for at få et indtryk af, hvorvidt elevernes besvarelser har ændret sig over projektets forløb. Dette for at undersøge, i hvilken grad indsatsen har haft en virkning for målgruppen med særligt henblik på elevernes vidensniveau og handlekompetence. Sidste del af evalueringen omhandlende den organisatoriske evaluering (Kapitel 5), skal ses i sammenhæng med de to andre kapitler, da den kan være med til at belyse, hvilke organisatoriske strukturer, der virker fremmende eller hæmmende i forhold til at opnå en forandring hos de unge. I det følgende vil den metodiske tilgang i den organisatoriske evaluering blive udfoldet.

### Interviews med kommunernes projektledere

Datamaterialet til den organisatoriske evaluering består af i alt ni kvalitative interviews med tre lokale projektledere. Projektlederne er blevet interviewet af tre omgange – i september 2018, i august-oktober 2019 og i juni 2020 - for at indsamle viden om projektledernes oplevelser og erfaringer med projektet ved opstart af projektet, midtvejs i projektet og ved projektets afslutning. Igennem interviewene har vi stræbt efter at overholde socialvidenskabelige forskningsetiske retningslinjer ved fx at sikre informeret samtykke, fortrolighed og beskyttelse af privatlivet og interviewpersonernes identitet<sup>21</sup>. Interviewene er blevet udført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, således at interviewene har karakter af en samtale, hvor der lægges vægt på de temaer, der fylder mest hos de pågældende interviewpersoner<sup>22</sup>. Dette fordi, vi med det kvalitative interview som metode, ønsker at fokusere på projektledernes fortælling omkring og fortolkning af, hvordan projektets forskellige indsatser forløber<sup>23</sup>. Der er blevet spurgt ind til de samme overordnede temaer hos alle projektledere, med henblik på at danne grundlag for at sammenholde udsagn fra de forskellige der var sammenligneligt forud for analyse af datamaterialet.

De overordnede tematikker i interviewguiden var: 1) Projektets status, 2) Samarbejdsflader, 3) Forventninger, 4) Forebyggelsesarbejde og unge og 5) Styrker og udfordringer. De lokale projektledere i de tre kommuner har forskellige faglig baggrund og forskellige ansvarsposter relateret til projektet, hvilket interviewene bærer præg af. Der er derfor forskel på, hvad der fylder mest i projektledernes udtalelser og refleksioner omkring projektet, men alligevel går flere problematikker igen i interviewene. På denne måde tilstræber analysen af interviewene at søge det objektive i det subjektive - med andre ord at identificere nogle fællestræk i interviewpersonernes individuelle udtalelser, for derved at afdække, hvilke organisatoriske udfordringer, der kan være forbundet med en forebyggende indsats relateret til unges seksuelle sundhed i kommunalt regi. Kommunerne er anonymiseret i analysen af etiske hensyn.

---

<sup>21</sup> Brinkmann (2015): 'Etik i en kvalitativ verden'.

<sup>22</sup> Packer, M. (2011) "The Qualitative Research Interview" i: The Science of Qualitative Research.

<sup>23</sup> Järvinen, Margaretha & Mikmeyer, Nana (2017): Kvalitativ analyse. Syv traditioner. København: Hans Reitzels Forlag

# Kapitel 3

## Viden fra baseline-målingerne

Med udgangspunkt i elevernes spørgeskemabesvarelser fra de to baseline-målinger i hhv. skoleårene 2018/19 og 2019/20 giver kapitel 3 et indblik i de unges vidensniveau, handlekompetencer og seksuelle sundhed, før indsatsen fandt sted i projektets to skoleår. Denne del skal således give et øjebliksbillede af de unges seksuelle sundhed gennem aspekter af trivsel relateret til køn og seksualitet, vidensniveau og handlekompetencer samt oplevelser med overgreb og krænkelse – som en baseline inden Modelkommuneprojektets indsats blev igangsat.

### Et operationaliseret mål for seksuel sundhed

I denne evaluering forstår vi seksuel sundhed ud fra en positiv og bred sundhedsforståelse, hvor seksuel sundhed ses som både fraværet af seksygmme, aborter og infertilitet – og samtidig som dét at have muligheden for en positiv seksuel udvikling i livet, et tilfredsstillende sexliv og at undgå krænkelse, diskrimination og hadforbrydelser. Seksuel sundhed har således betydning for ens generelle velbefindende og sundhedsadfærd, idet sundhed, trivsel og livsstil kan påvirke seksuallivet, ligesom det seksuelle liv omvendt kan have både positiv og negativ indflydelse på individets sundhed, trivsel og livsstil<sup>24</sup>.

Ud fra de tilgængelige spørgsmål i spørgeskemaet til eleverne, har vi konstrueret et samlet mål for seksuel sundhed som omhandler fire overordnede områder:

- 1) **Vidensniveau** om beskyttelse mod seksygmme
- 2) **Handlekompetencer** relateret til informationssøgning samt viden om, hvad man kan gøre, hvis man oplever overgreb og krænkelse
- 3) **Trivsel** relateret til køn og seksualitet
- 4) **Overgreb og krænkelse** relateret til køn og seksualitet

I det følgende afsnit vil vi først beskrive hvert område isoleret set ud fra de unges besvarelser, hvorefter vi uddyber resultaterne fra den samlede variabel for seksuel sundhed, der indeholder de udvalgte områder baseret på den tilgængelige spørgeramme i spørgeskemaundersøgelsen. Det er således ikke en komplet udtømmende variabel for seksuel sundhed, men den giver et praj om de unges seksuelle sundhed ud fra de parametre, der videst muligt – ud fra

---

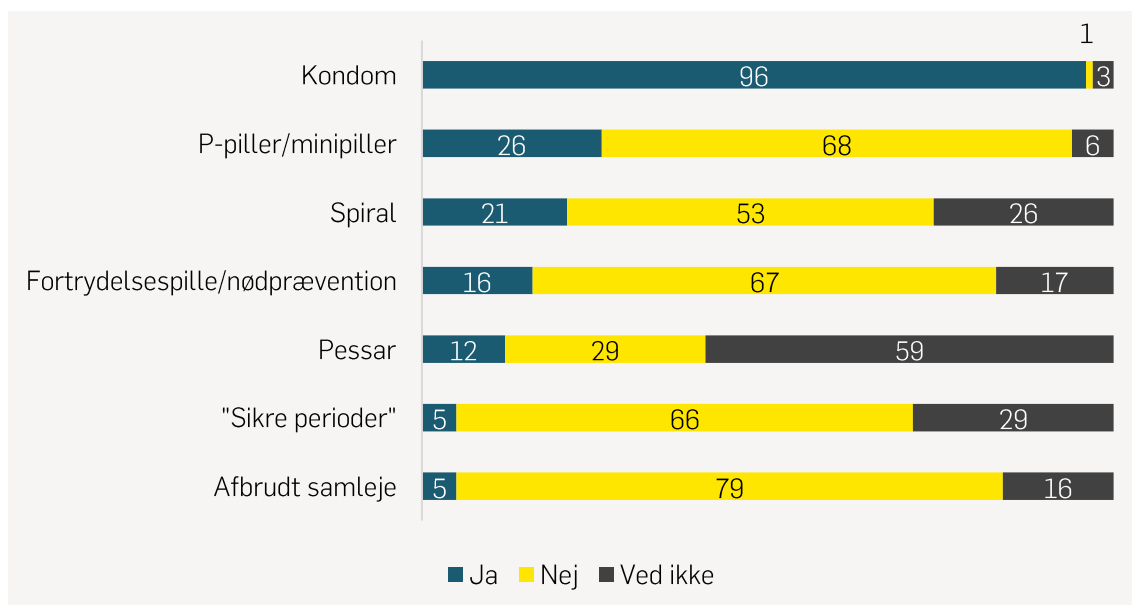
<sup>24</sup> Baseret på WHO's definition og Graugaard et al. (2015): Seksualitet og Sundhed. Vidensråd for Forebyggelse.

undersøgelsens forudsætninger – kommer bredt omkring seksuel sundhed. I hvert delafsnit uddybes de spørgsmål, der er anvendt til hvert område.

## Vidensniveau

I spørgeskemaet er de unge blevet bedt om at svare på, hvorvidt følgende syv metoder beskytter mod seksygdomme: 1) afbrudt samleje, 2) kondom, 3) pessar, 4) p-piller/minipiller, 5) spiral, 6) "sikre perioder" og 7) fortrydelsespille/nødprævention. De unge har haft mulighed for at svare *ja*, *nej* eller *ved ikke*. Af baselineundersøgelsen for begge år samlet fremgår det af Figur 5 nedenfor, at stort set alle unge (96 %) svarer korrekt 'ja' til, at kondom beskytter mod seksygdomme. Samtidig ses det, at 26 % af de unge tror, at p-piller/minipiller beskytter mod seksygdomme og at 21 % tror, at spiral beskytter mod seksygdomme, hvilket ikke er korrekt. Desuden angiver en høj andel af de unge, at de ikke ved, om pessar (59 %) og "sikre perioder" (29 %) beskytter mod seksygdomme.

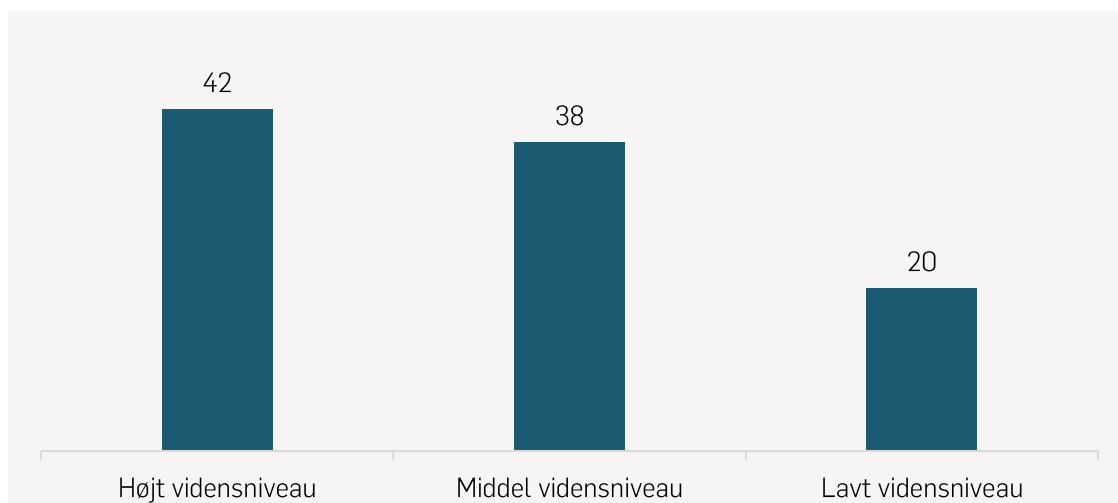
**Figur 5: Unges viden om hvilke metoder, der beskytter mod seksygdomme**



**Antal besvarelser:** 1.707. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges viden om metoder til at beskytte sig mod seksygdomme.

For at lave et samlet mål for de unges vidensniveau om beskyttelse mod seksygdomme, har vi konstrueret en ny variabel ud fra de unges besvarelser til spørgsmålet om, hvilke metoder der beskytter mod seksygdomme (se boksen nedenfor). Figur 6 viser inddelingen af de unges samlede vidensniveau om seksygdomme i tre kategorier, henholdsvis lavt, middel og højt vidensniveau. Ved denne inddeling har hver femte af eleverne et lavt vidensniveau om, hvilke metoder, der beskytter mod seksygdomme, 42 % har et højt vidensniveau og 38 % har et middel vidensniveau.

**Figur 6: Unges vidensniveau om beskyttelse mod seksygdomme**



**Antal besvarelser:** 1.683. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges vidensniveau om metoder til at beskytte sig mod seksygdomme. **Højt vidensniveau:** score 5-7, **Middel vidensniveau:** score 3-5, **Lavt vidensniveau:** score 0-2

### **Hvordan måles vidensniveau om beskyttelse mod seksygdomme?**

Med udgangspunkt i spørgsmålet '*Hvilke af følgende metoder beskytter mod seksygdomme?*' med svarmulighederne 'ja', 'nej' og 'ved ikke', er der konstrueret et samlet mål for de unges vidensniveau om beskyttelse mod seksygdomme. Der er blevet givet otte forskellige præventionsmetoder. Et korrekt svar, fx 'ja' til at kondom beskytter mod seksygdomme, har fået værdien 1, hvor et ikke-korrekt svar, fx 'ved ikke' eller 'nej' til, at kondom beskytter mod seksygdomme, har fået værdien 0. På den måde er der konstrueret en skala fra 0-7, hvor en score på 7 angiver, at man har høj viden og en score på 0 angiver, at man er uvidende.

- En score mellem 6-7 er karakteriseret som højt vidensniveau
- En score mellem 3-5 er karakteriseret som middel vidensniveau
- En score mellem 0-2 er karakteriseret som lavt vidensniveau.



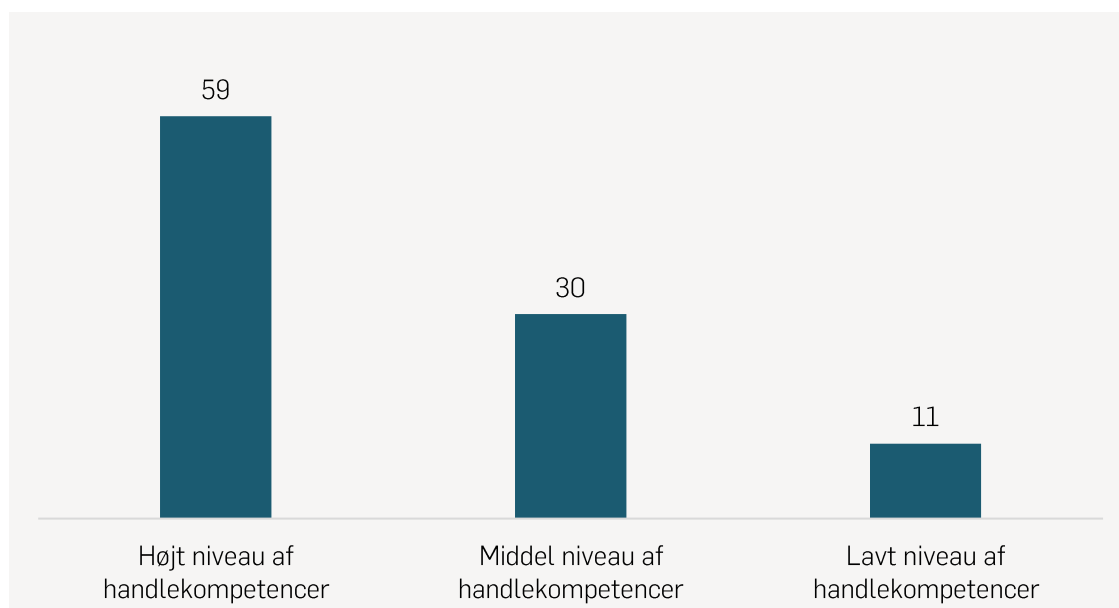
## Handlekompetencer

I spørgeskemaundersøgelsen er de unge endvidere blevet spurgt, om de ved, hvor de kan finde viden og information om følgende otte emner: 1) Kroppens anatomi, 2) Sex, 3) Prævention, 4) Sexsygdomme, 5) Køn, 6) Seksualitet, 7) Relationer og 8) Følelser. Hertil har de kunnet svare *Ja, det ved jeg helt sikkert*, *Ja, jeg har en idé om det*, *Nej, det er jeg i tvivl om*, *Nej, det ved jeg slet ikke* og *Ved ikke*. Baselinemålingen viser, at de unge er mest sikre på, hvor de kan finde information og viden om emnerne sex, sexsygdomme og prævention og mest usikre på emnerne kroppens anatomi, relationer og følelser.

Derudover er eleverne blevet spurgt, om de ved, hvad de skal gøre, fx hvem de kan/skal henvende sig til, i fire forskellige situationer med samme svarmuligheder som ovenfor: 1) Hvis de er blevet udsat for seksuelle krænkelser, 2) Hvis de er blevet presset til at gøre noget seksuelt, som de ikke havde lyst til, 3) Hvis nogen har truet med at dele et billede eller video af dem mod deres vilje og 4) Hvis nogen har delt et billede eller video af dem mod deres vilje. Her angiver hver tiende i baselinemålingen, at de *ikke ved*, hvad de skal gøre i nogen af disse fire situationer og kun omkring 43 % af de unge ved med *sikkerhed*, hvad de skal gøre i de fire situationer.

Med udgangspunkt i ovenstående to spørgsmål har vi konstrueret et fælles mål for de unges handlekompetencer (se nærmere forklaring i boksen nedenfor). Figur 7 nedenfor viser, at størstedelen af de unge har et højt niveau af handlekompetencer (59 %) i forhold til at vide, hvor de skal finde viden om emner relateret til seksuel sundhed samt hvad de skal gøre, hvis de bliver udsat for seksuelle krænkelser og overgreb eller ufrivillig billeddeling. Det ses desuden, at omkring hver tiende ung (11 %) har et lavt niveau af handlekompetencer.

**Figur 7: Unges niveau af handlekompetencer**



**Antal besvarelser:** 1.753. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges handlekompetencer. **Højt niveau af handlekompetencer:** score 11-12, **Middel niveau af handlekompetencer:** score 7-10, **Lavt niveau af handlekompetencer:** score 0-6.

## Hvordan måles handlekompetencer?

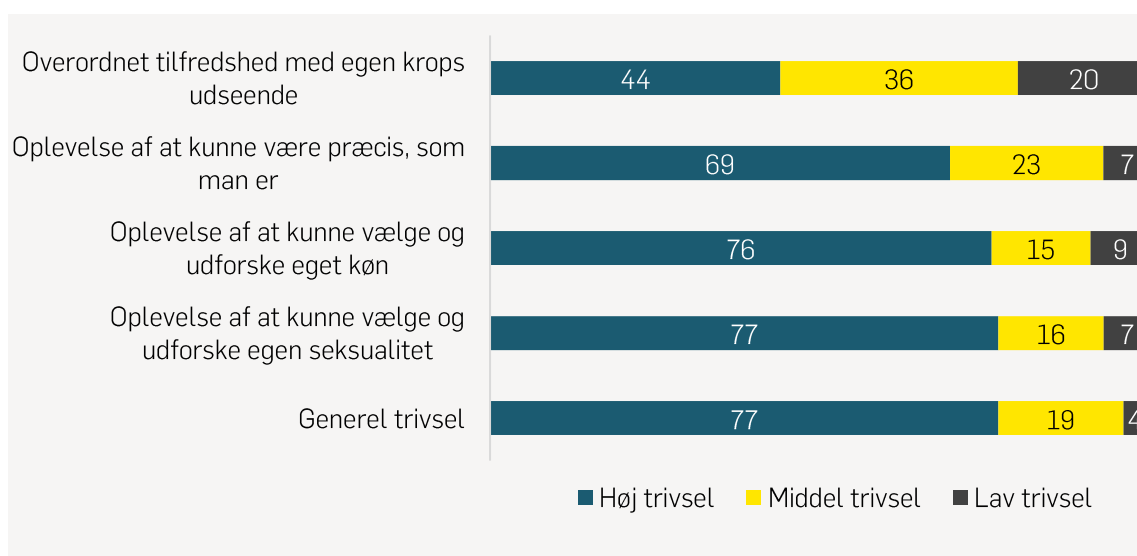
Med udgangspunkt i spørgsmålene 'Ved du, hvor du kan finde viden og information om følgende emner?' og 'Ved du, hvad du skal gøre, fx hvem du kan/skal henvende dig til, hvis du bliver udsat for følgende situationer?' er der konstrueret et samlet mål for de unges niveau af handlekompetencer. Der er blevet givet hhv. otte forskellige emner og fire forskellige situationer. Unge, der har svaret *ja, det ved jeg helt sikkert* eller *ja, det har jeg en idé om*, har fået værdien 1, hvor unge, der har svaret *nej, det er jeg i tvivl om* eller *nej, det ved jeg ikke*, har fået værdien 0. På baggrund heraf er der konstrueret en skala, som går fra 0-12. 0 er et udtryk for, at man ikke ved, hvor man kan finde viden eller hvad man skal gøre i nogen af de givne situationer og 12 er et udtryk for, at man ved, hvor man kan finde viden om alle emner eller hvad man skal gøre i alle situationer.

- Unge med en score på 11-12 er karakteriseret til at have et højt niveau af handlekompetencer
- En score på 7-10 karakteriseres som middel niveau af handlekompetencer
- En score på 0-6 karakteriseres som lavt niveau af handlekompetencer

## Trivsel

Figur 8 viser, i hvilken grad de unge trives i forhold til fem forskellige aspekter af trivsel: 1) Generel trivsel, 2) Oplevelse af at kunne være præcis, som man er, 3) Oplevelse af at kunne vælge og udforske egen seksualitet, 4) Oplevelse af at kunne vælge og udforske eget køn og 5) Overordnet tilfredshed med egen krops udseende. Unge, der til et givent trivselsspørgsmål har svaret *i meget høj grad* eller *i høj grad*, er i følgende afsnit karakteriseret til at have **høj trivsel**, hvor unge, der har svaret *i nogen grad*, er karakteriseret til at have **middel trivsel**. Unge, der har svaret *i lav grad* eller *slet ikke*, er karakteriseret til at have **lav trivsel**. Som det fremgår af figuren, har 77 % af de unge høj generel trivsel, 19 % har middel generel trivsel og 4 % har lav generel trivsel. Denne tendens, hvor størstedelen af de unge har høj trivsel, ses ligeledes for andre aspekter af trivsel - med undtagelse af de unges tilfredshed med deres egen krop. Her er det kun 44 % af de unge, som har høj trivsel, og hver femte elev, der angiver at have lav trivsel – dvs. i lav grad eller slet ikke at være overordnet tilfreds med deres egen krops udseende.

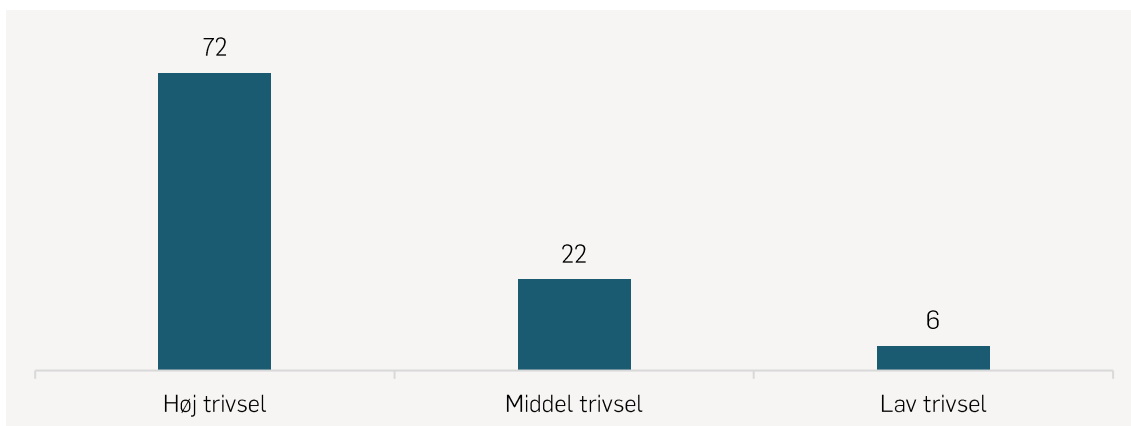
**Figur 8: De unges forskellige aspekter af trivsel**



**Antal besvarelser:** 1.753. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges trivsel i forhold til fem forskellige aspekter af trivsel. **Høj trivsel:** i meget høj grad og i høj grad, **Middel trivsel:** i nogen grad, **Lav trivsel:** i lav grad og slet ikke.

Som nævnt ovenfor, er de unge ligeledes blevet spurgt i hvilken grad, de føler, at de kan vælge og udforske hhv. deres seksualitet og deres køn. Disse to aspekter af trivsel er anvendt til at konstruere et samlet mål for de unges trivsel relateret til køn og seksualitet (se nærmere forklaring i boksen nedenfor). Som det fremgår af Figur 9, har størstedelen af de unge en høj trivsel relateret til køn og seksualitet (72 %), og det er under hver tiende, som har en lav trivsel (6 %).

**Figur 9: De unges trivsel relateret til køn og seksualitet**



**Antal besvarelser:** 1.476. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges trivsel baseret på to trivselsaspekter omhandlede køn og seksualitet.

### Hvordan måles trivsel i relation til køn og seksualitet?

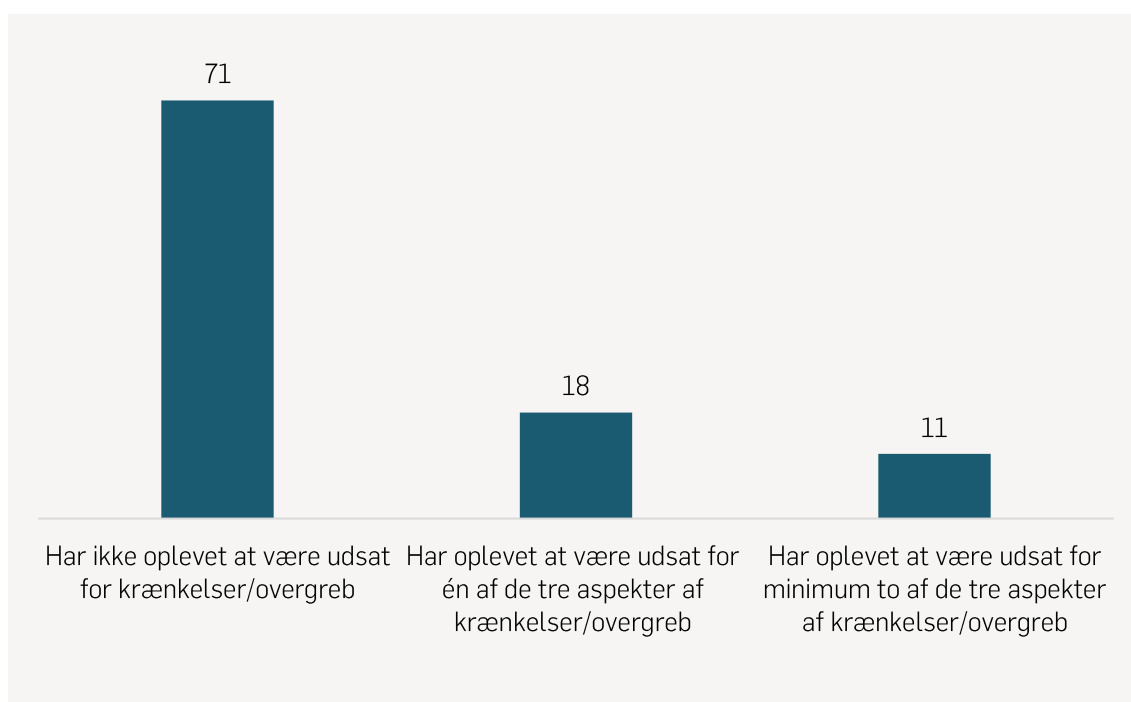
Med udgangspunkt i spørgsmålene: *'I hvilken grad føler du, at du selv kan vælge og udforske dit køn?' og 'I hvilken grad føler du, at du selv kan vælge og udforske din seksualitet?'*, har vi konstrueret en samlet variabel. Svarmulighederne til begge spørgsmål er *i meget høj grad/i høj grad/i nogen grad/i mindre grad/slet ikke*. Svarmuligheden *i meget høj grad* har fået værdien 1, hvor *slet ikke* har fået værdien 6. På baggrund heraf er der konstrueret en samlet skala fra 2-12.

- En score på 2-4 angiver, at man trives i høj grad
- En score på 5-7 angiver, at man trives i middel grad
- En score på 8-12 angiver, at man trives i lav grad

## Overgreb og krænkelse

Det sidste område, vi anvender i det samlede mål for seksuel sundhed, er elevernes oplevelser med overgreb og krænkelse. I undersøgelsen bliver de spurgt om, hvorvidt de har oplevet, at nogen har udsat dem for seksuelle krænkelse, samt hvorvidt de har oplevet at føle sig presset til at gøre noget seksuelt, som de ikke havde lyst til. 20 % har svaret, at de har oplevet at være udsat for seksuelle krænkelse og 15 % har svaret, at de har følt sig presset til at gøre noget seksuelt, som de ikke havde lyst til. De unge er desuden blevet spurgt ind til, hvorvidt de har oplevet, at nogen har delt et billede eller en video af dem mod deres vilje i undertøj eller mens de var nøgne. 8 % har svaret, at de har oplevet dette. Figur 10 giver et samlet billede af de unges oplevelser med krænkelse og overgreb baseret på de tre aspekter nævnt ovenfor. Når de tre aspekter af krænkelse og overgreb ses i sammenhæng, fremgår det, at mere end hver fjerde ung (29 %) har oplevet, at være udsat for minimum én af de tre aspekter. Desuden viser figuren, at 11 % har oplevet at være udsat for minimum to af de tre aspekter.

**Figur 10: De unges oplevelser med overgreb og krænkelse**



**Antal besvarelser:** 1.569. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges oplevelser med seksuelle overgreb og/eller krænkelse.

## Variabel for overgreb og krænkelser

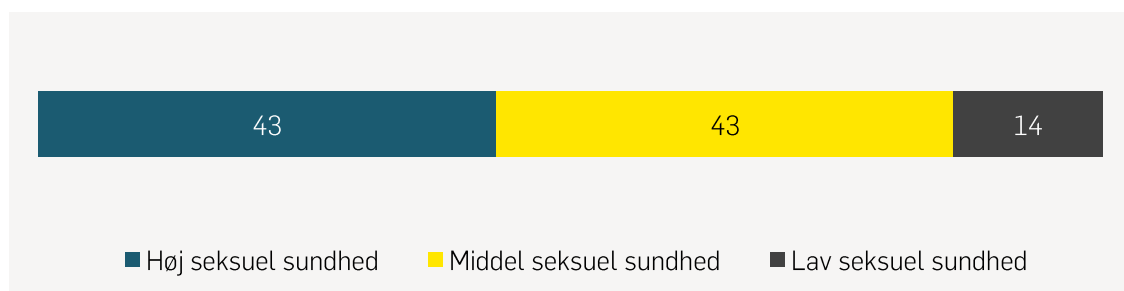
De unge har fået spørgsmålene: 1) *Har du oplevet, at nogen har udsat dig for seksuelle krænkelser (fx nedsættende seksuelle tilråb på gaden, rørt ved dig mod din vilje, tvunget/forsøgt at tvinge dig til sex)?* 2) *Har du oplevet at føle dig presset til at gøre noget seksuelt, som du ikke havde lyst til?* og 3) *Har du oplevet, at nogen har delt et billede eller en video af dig mod din vilje i undertøj eller mens du var nøgen? (fx via sms, Instagram, Facebook eller Snapchat), hvor de har kunnet svare 'ja', 'nej', og 'ved ikke'.* Ud fra deres svar har vi konstrueret en samlet variabel med tre kategorier:

- Unge, der ikke har været udsat for nogen af de tre mulige krænkelser/overgreb
- Unge, der har været udsat for én ud af tre krænkelser/overgreb
- Unge, der har været udsat for minimum to ud af tre krænkelser/overgreb

## Seksuel sundhed – hvordan stod det til blandt eleverne ved baseline?

Med udgangspunkt i de unges vidensniveau om beskyttelse mod sexsygdomme, trivsel, oplevelser med seksuelle krænkelser og/eller overgreb samt deres handlekompetencer, er ét samlet mål for de unges seksuelle sundhed konstrueret. Figur 11 viser, hvordan de unge fordele sig i forhold til, om de er karakteriseret til at have høj, middel eller lav seksuel sundhed.

**Figur 11: Samlet variabel for seksuel sundhed**



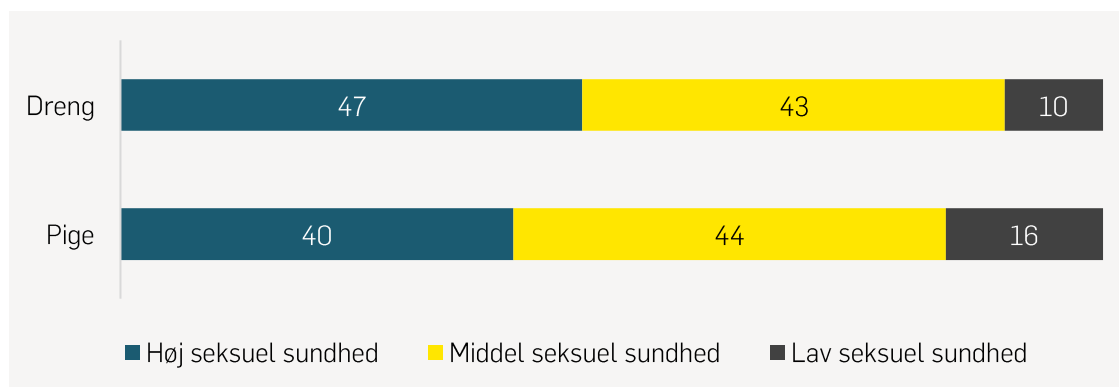
**Antal besvarelser:** 1.287. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser den procentvise fordeling af unges seksuelle sundhed.

Det fremgår af Figur 11, at der er en lige stor andel af unge, som har hhv. et højt og middel niveau af seksuel sundhed (43 %). Dermed er 14 % af de unge karakteriseret til at have et lavt niveau af seksuel sundhed. I de kommende afsnit vil sammenhænge mellem de unges seksuelle sundhed og en række relevante parametre analyseres.

## Flere drenge end piger fra ungdomsuddannelserne har høj seksuel sundhed

Figur 12 nedenfor viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem hvilket køn, de unge identificerer sig med, og deres niveau af seksuel sundhed. Analysen viser, at en større andel af drengene (47 %) har et højt niveau af seksuel sundhed sammenlignet med pigerne (40 %). Under 1 % af de unge har svaret, at de er *transpersoner* eller *identificerer sig med andre køn end dreng/pige*<sup>25</sup>.

**Figur 12: Sammenhæng mellem køn og seksuel sundhed**



**Antal besvarelser:** 1.282. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem de unges køn og deres seksuelle sundhed. Angivet i procent.

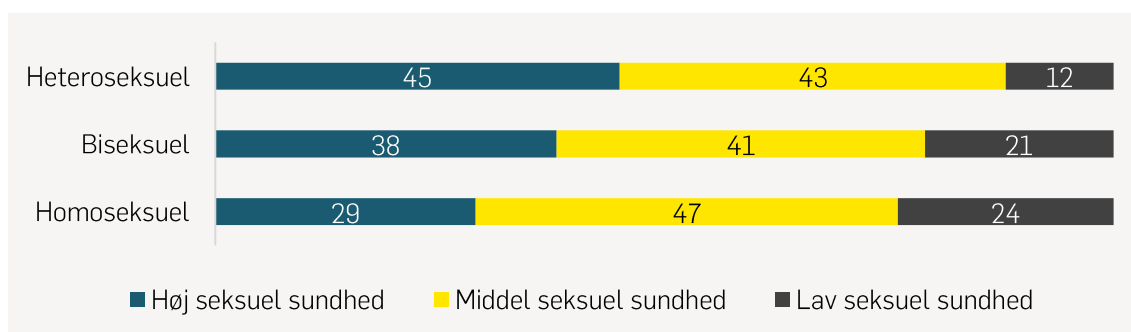
I en krydsanalyse mellem køn og oplevelsen af at have været udsat for seksuelle krænkelser og/eller overgreb, fremgår det, at de unge kvinder fra undersøgelsen i højere grad end drengene, har oplevet at være udsat for seksuelle krænkelser og/eller overgreb. Krydsanalysen viser, at der er en signifikant større andel af piger (42 %), der har oplevet at være udsat for minimum ét aspekt af seksuelle krænkelser eller overgreb sammenlignet med drengene (13 %). Dette kan være en del af forklaringen på, at pigernes niveau af seksuel sundhed tenderer til at være lavere end drengenes.

## Elever med heteroseksuel orientering har højere seksuel sundhed end elever med homoseksuel og biseksuel orientering

Yderligere er der en signifikant sammenhæng mellem de unges seksuelle orientering og deres seksuelle sundhed. Overordnet ses det i nedenstående Figur 13, at der er en større andel af heteroseksuelle unge (45 %), der har et højt niveau af seksuel sundhed, sammenlignet med biseksuelle (38 %), homoseksuelle (29 %) og unge der har angivet, at de ikke er bekendte med eller ikke ønsker at oplyse deres seksuelle orientering (26 %). Da der er få unge, der har angivet deres seksuelle orientering som *panseksuel* eller *andet*, er de udgået af analysen.

<sup>25</sup> Af hensyn til deres anonymitet og analysernes statistiske sikkerhed er denne gruppe ikke med i følgende analyse.

**Figur 13: Sammenhæng mellem seksuel orientering og seksuel sundhed**

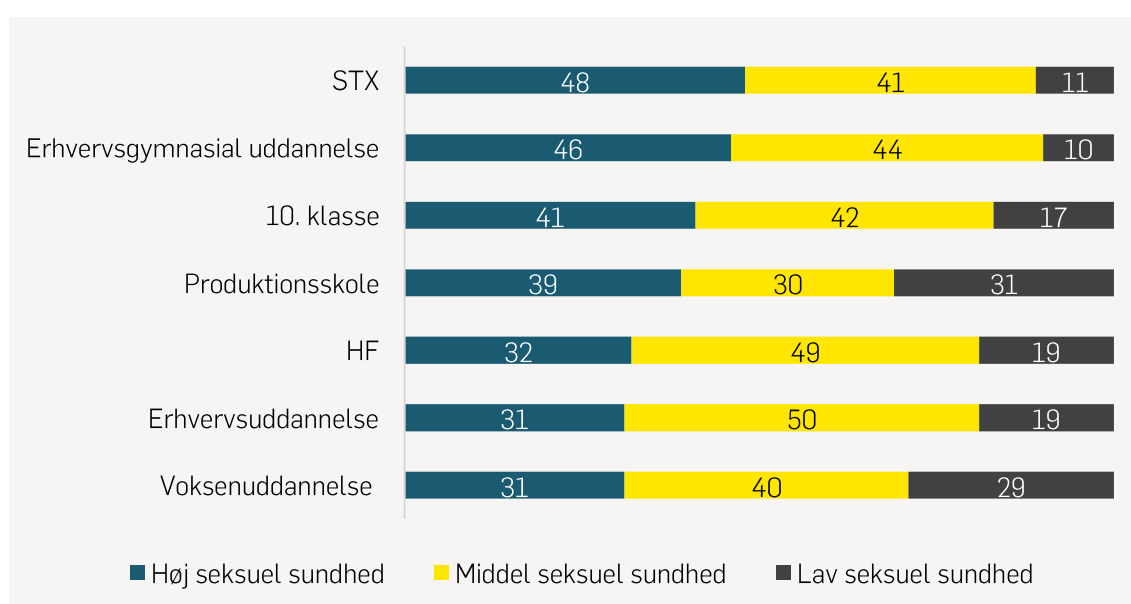


**Antal besvarelser:** 1.251. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem de unges seksuelle orientering og deres niveau af seksuel sundhed. Angivet i procent. De, der til seksuel orientering har svaret *ved ikke/ønsker ikke at svare*, er frasortet her.

### Flere elever fra STX har høj seksuel sundhed end elever fra andre uddannelser

Figur 14 nedenfor viser, at der er en signifikant sammenhæng mellem de unges igangværende uddannelse og deres seksuelle sundhed. Analysen viser, at unge der går på STX samt HTX og HHX har et signifikant højere niveau af seksuel sundhed sammenlignet med unge fra de resterende uddannelser. Det ses desuden, at unge, der går på produktionsskole eller på en voksenuddannelse, har et signifikant lavere niveau af seksuel sundhed sammenlignet med unge fra de resterende uddannelser. Få unge har svaret, at de går på *erhvervsgrunduddannelse (EGU)* og *særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU)*, hvorfor de er udgået af analysen. Unge, der har angivet *anden uddannelse*, er ligeledes udgået, da det er ukendt, hvilke ungdomsuddannelser det drejer sig om, og de er derfor ikke relevante er medtaget i analysen.

**Figur 14: Sammenhæng mellem uddannelsestype og seksuel sundhed**



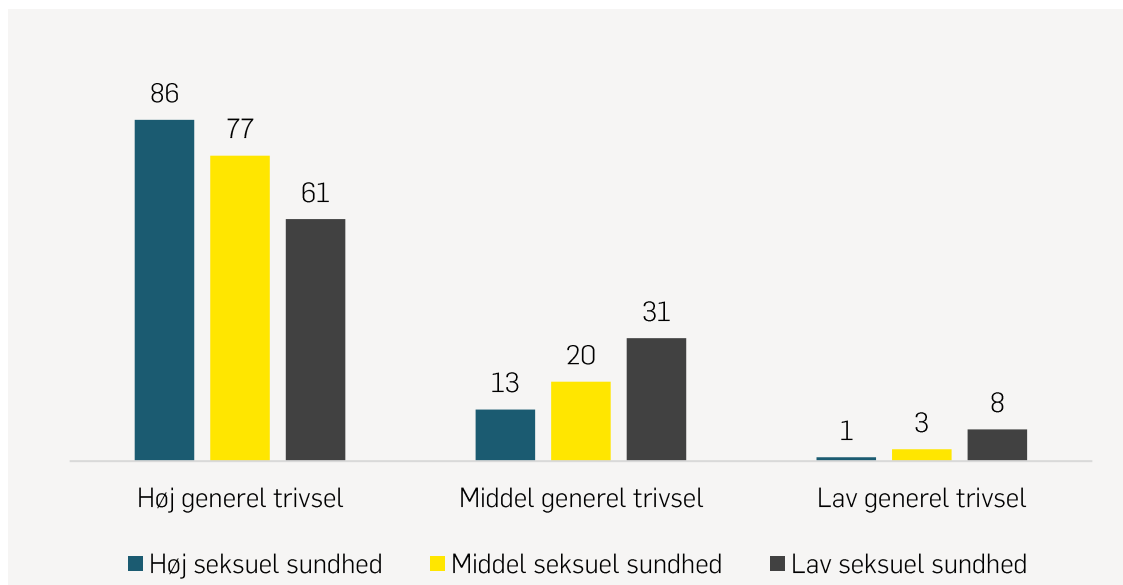
**Antal besvarelser:** 1.234. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem de unges igangværende uddannelse og deres niveau af seksuel sundhed. Angivet i procent.



## Generel trivsel og seksuel sundhed går hånd i hånd

Figur 15 nedenfor viser en krydsanalyse mellem de unges generelle trivsel og deres seksuelle sundhed. Overordnet viser analysen, at jo mere de unge trives generelt i deres liv, jo højere seksuel sundhed har de. Af figuren ses det, at der er en større andel af unge, der har en generelt høj trivsel i deres liv, som også har en høj seksuel sundhed (86 %), sammenlignet med unge, der har middel (77 %) og lav (61 %) seksuel sundhed. På samme måde ses det, at der er en større andel af unge, som har en lav generel trivsel, som også har en lav seksuel sundhed (8 %), sammenlignet med unge, der har middel (3 %) og høj (1 %) seksuel sundhed.

**Figur 15: Sammenhæng mellem generel trivsel og seksuel sundhed**



**Antal besvarelser:** 1.280. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem de unges generelle trivsel og deres seksuelle sundhed. Angivet i procent.

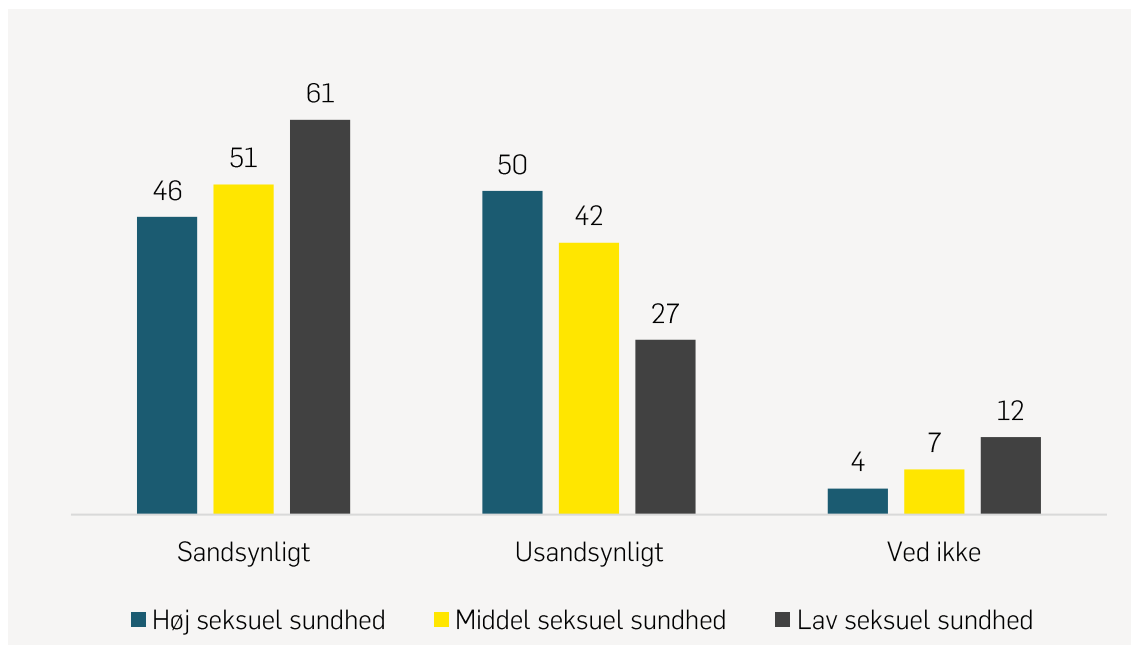
## Risikoadfærd hænger sammen med seksuel sundhed

Nedenstående analyser viser, at der er en sammenhæng mellem de unges seksuelle risikoadfærd og deres seksuelle sundhed. De unge er i spørgeskemaet blevet stillet spørgsmålet: *Hvor sandsynligt er det, at du kommer til at glemme beskyttelse mod seksysygdomme (fx kondom og slikkelap) ved sex med en ny partner i følgende situationer?* De unge blev præsenteret for en række situationer, hvoraf en af dem var: "hvis jeg har drukket alkohol". Omkring halvdelen af unge (49 %) har svaret, at det er meget sandsynligt eller sandsynligt, at de i denne situation vil glemme beskyttelse mod seksysygdomme.

Figur 16 nedenfor viser en krydsanalyse mellem sandsynligheden for at glemme beskyttelse ved indtagelse af alkohol og seksuel sundhed. Analysen viser, at en større andel af unge med lav seksuel sundhed (61 %) angiver, at det er sandsynligt, at de vil glemme at bruge beskyttelse, hvis de har indtaget alkohol, sammenlignet med unge med middel (51 %) og høj (46 %) seksuel sundhed. Desuden ses det, at en større andel af unge med lav seksuel sundhed (12

%) ikke ved, hvor sandsynligt det er, at de vil glemme beskyttelse ved indtagelse af alkohol sammenlignet med andelen af unge med middel (7 %) og høj (4 %) seksuel sundhed.

**Figur 16: Sammenhæng mellem sandsynligheden for at glemme beskyttelse mod sexsygdomme og seksuel sundhed**



**Antal besvarelser:** 1.287. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelsen foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem unges rapporterede sandsynlighed for at glemme beskyttelse ved indtagelse af alkohol og deres seksuelle sundhed. Angivet i procent. **Sandsynligt:** meget sandsynligt og sandsynligt, **usandsynligt:** ikke så sandsynligt og usandsynligt.

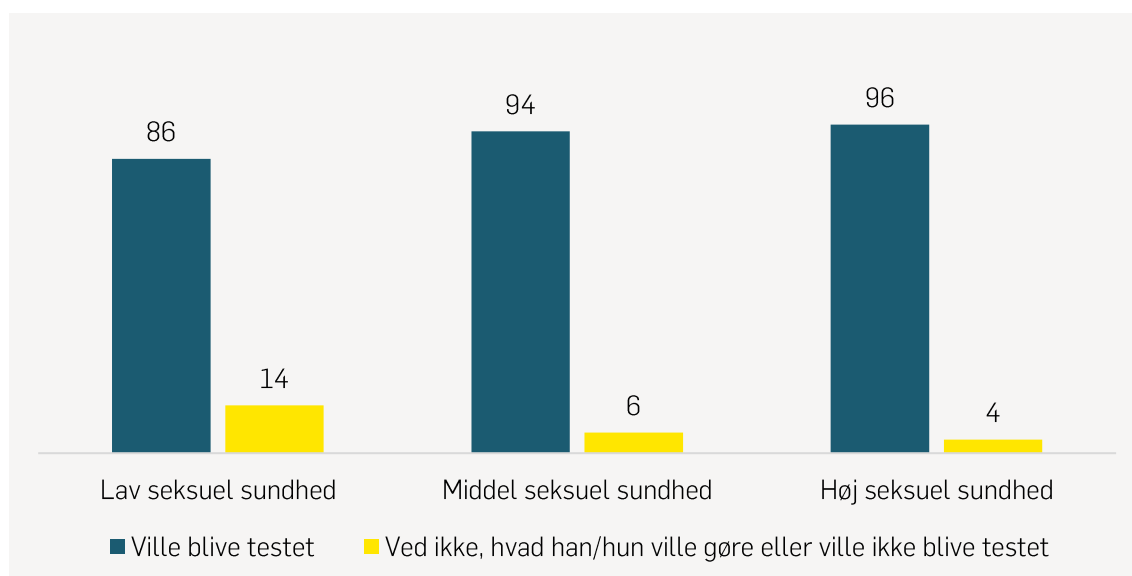
Samme tendens ses, når det handler om, hvorvidt unge vil lade sig teste for klamydia, hvis de er bekymret for at være smittet. De unge er i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på spørgsmålet: *Forestil dig, at du er bekymret for, at du er smittet med klamydia, hvad vil du så gøre?* Til dette spørgsmål er de unge blevet præsenteret for følgende svarmuligheder: 1) Gå til lægen for at blive testet, 2) Gå til en sexsygdomsklinik for at blive testet, 3) Købe en klamydiatest på apoteket eller nettet, 4) Bestille en klamydiahjemmetest hos Sex & Samfund<sup>26</sup>, 5) Jeg vil ikke blive testet, 6) Jeg ved ikke, hvad jeg ville gøre, 7) Ønsker ikke at svare og 8) Andet. De første fire svarmuligheder er alle muligheder, hvor den unge vil lade sig testet på den ene eller anden måde. Disse fire svarmuligheder er slået sammen til én kategori som et udtryk for, at man vil lade sig teste. De næste to svarmuligheder er muligheder, hvor den unge udviser en form for passiv adfærd, hvorfor disse er slået sammen til én kategori som et udtryk for, at den unge enten ikke vil eller ved om, han/hun vil lade sig teste. Unge, der har svaret *ønsker ikke at svare* eller *andet*, er udgået fra analysen.

Figur 17 nedenfor viser en krydsanalyse mellem de unges testvillighed og deres seksuelle sundhed. Analysen viser, at unge med høj seksuel sundhed (96 %) i signifikant højere grad vil

<sup>26</sup> Har kun været en svarmulighed, hvis kommunen har tilbudt gratis hjemmetest i samarbejde med Sex & Samfund.

lade sig teste for klamydia ved bekymring for smitte sammenlignet med unge med lav seksuel sundhed (86 %).

**Figur 17: Sammenhæng mellem unges testvillighed og seksuelle sundhed**



**Antal besvarelser:** 1.229. Signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baselinemålinger. Figuren viser kryds mellem unges testvillighed ved bekymring for smitte med klamydia og deres seksuelle sundhed. Angivet i procent.

Samlet viser analyserne ovenfor, at unge med lav seksuel sundhed i højere grad tenderer til at udvise risikoadfærd i form af større sandsynlighed for at glemme at bruge beskyttelse mod seksygdomme ved indtagelse af alkohol samt at man ikke vil eller ikke ved, om man vil blive testet, hvis man er bekymret for at være smittet med klamydia.

## Opsamling på kapitel 3

I dette kapitel har vi givet indblik i de unges vidensniveau, handlekompetencer og seksuelle sundhed, før indsatsen fandt sted i projektets to skoleår 18/19 og 19/20. Vi har ud fra fire parametre (vidensniveau, handlekompetencer, trivsel og oplevelser med overgreb/krænkelser) konstrueret et samlet mål for seksuel sundhed. Det fremgår af Figur 11 i kapitlet, at der var en lige stor andel af unge, som havde hhv. et højt og middel niveau af seksuel sundhed (43 %) ved baseline. 14 % af de unge blev karakteriseret til at have et lavt niveau af seksuel sundhed. Analyserne i kapitlet viser desuden, at flere drenge end piger fra modelkommunerne har et højt niveau af seksuel sundhed ud fra den samlede konstruerede variabel af seksuel sundhed. Det samme gælder heteroseksuelle elever sammenlignet med elever med en anden seksuel orientering, samt elever fra alment gymnasium sammenlignet med elever fra andre ungdomsuddannelser. Endvidere viser kapitlet, at de unges generelle trivsel samt risikoadfærd hænger sammen med deres seksuelle sundhed.

# Kapitel 4

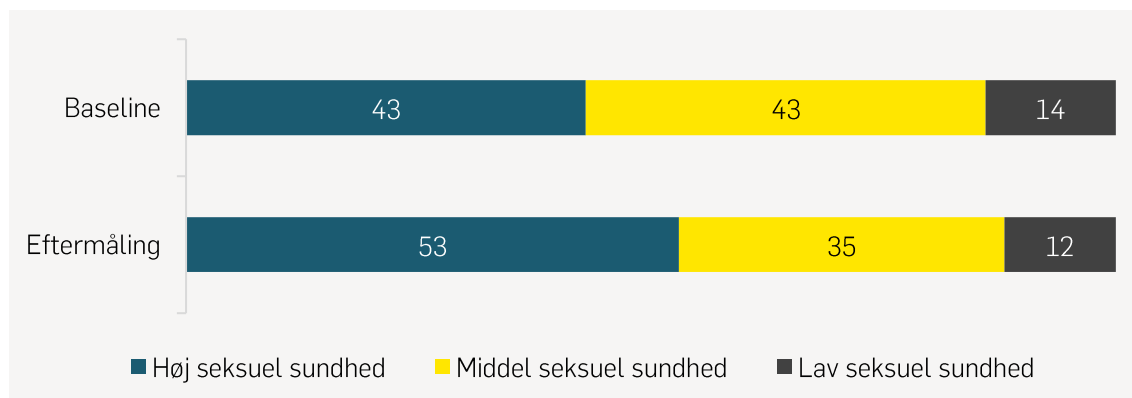
## Elevernes seksuelle sundhed, risikoadfærd og kendskab til kampagner – fra baseline til eftermåling

Dette kapitel giver et indblik i, hvorvidt indsatserne – seksualundervisning og kampagnedeltagelse – har haft en betydning for de unges seksuelle sundhed, trivsel, handlekompetencer og vidensniveau. De unges udbytte af indsatsen vurderes ved at sammenligne de to baselinemålinger med de to eftermålinger samlet set. Det er indledningsvist vigtigt at pointere, at der kan være mange forhold i de unges liv, som har haft betydning for, at der ses ændringer i deres seksuelle sundhed, herunder deres vidensniveau og handlekompetencer, fra baseline- til eftermålingen. Det betyder, at de tendenser, som præsenteres i nærværende kapitel, ikke nødvendigvis alene kan tilskrives de indsatser, som har været en del af Modelkommuneprojektet. De elever, som har været med i Modelkommuneprojektet, befinder sig i deres første gymnasieår og tidlige ungdomsår, hvor mange har deres seksuelle debut. Det er derfor sandsynligt, at de unge er i en periode i deres liv, hvor de uafhængigt af indsatsen opsøger viden om og eksperimenterer med deres seksualitet og seksualliv, som kan være med til at skabe forandringer i eksempelvis de unges vidensniveau. Ikke desto mindre ønsker vi med dette kapitel at give et indblik i forskellen mellem de unges besvarelser i starten af skoleåret (august/september) og i slutningen af skoleåret (april/maj).

### De unges seksuelle sundhed er gået et skridt i den rigtige retning fra baseline til eftermåling

Jævnfør forandringsteorien var den langsigtede intention med Modelkommuneprojektet at fremme unges seksuelle sundhed gennem styrkelse af deres handlekompetencer og forøget viden om køn, krop og seksualitet. Med udgangspunkt i det konstruerede samlede mål for seksuel sundhed ses en tendens til, at de unges seksuelle sundhed går et skridt i den rigtige retning. Figur 18 viser, at en signifikant større andel af unge har en høj seksuel sundhed ved eftermålingen (53 %) sammenlignet med baseline (43 %). Endvidere har færre lav seksuel sundhed (12 %) i eftermålingen sammenlignet med baseline (14 %).

**Figur 18: Forskel på elevernes seksuelle sundhed ved baseline og eftermåling**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.287, eftermåling: 777. Signifikant forskel ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- samt to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge inddelt i niveau af seksuel sundhed (høj, middel og lav) ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Som beskrevet i kapitel 3 inkluderer det samlede mål for seksuel sundhed aspekter af de unges seksuelle vidensniveau, niveau af handlekompetencer, trivsel relateret til køn og seksualitet samt oplevelser med seksuelle overgreb og krænkelse. I det følgende gennemgås hvert tema ud fra analyser af forskelle mellem baseline og eftermålingerne.

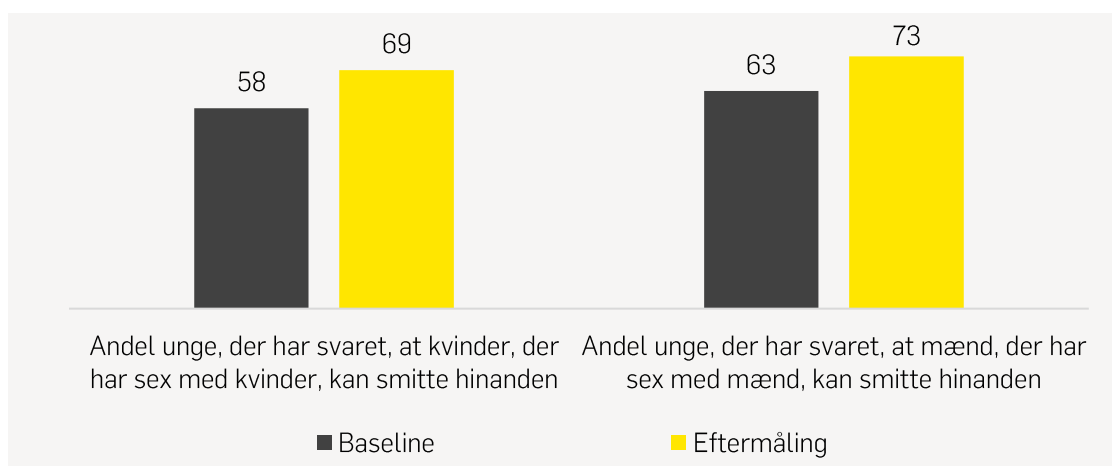
### Vidensniveau og handlekompetencer er steget fra baseline til eftermåling

Analysen af forskellen mellem baseline og eftermålingerne har vist, at de unges vidensniveau er signifikant højere ved eftermålingen sammenlignet med baselinemålingen. Dette gælder ligeledes for de unges handlekompetencer i forhold til, om de ved, hvor de kan finde information om emnerne *kroppens anatomi*, *prævention* og *sexsygdomme* – det vil altså sige, at de unges viden om klassisk seksualoplysning er steget.

De unge er desuden blevet spurgt om hvem (hvilke køn), der kan smitte hinanden med sexsygdomme som for eksempel klamydia, kønsvorter og herpes, for at undersøge deres vidensniveau om sexsygdomme. Til dette spørgsmål har de kunnet afkrydse hhv. 1) kvinder, der har sex med kvinder, 2) mænd, der har sex med mænd og 3) kvinder og mænd, der har sex med hinanden – alle tre udsagn, som er korrekte. Størstedelen af eleverne (97 % ved både baseline- og eftermålingen) angiver korrekt, at kvinder og mænd, der har sex med hinanden, kan smitte hinanden med sexsygdomme. Samme vidensniveau ses dog ikke, når det kommer til de unges viden om, at hhv. mænd, der har sex med mænd, og kvinder, der har sex med kvinder, kan smitte hinanden. Ved baselinemålingen angav således kun 58 % af de unge, at kvinder, der har sex med kvinder, kan smitte hinanden, og 63 % angav, at mænd, der har sex med mænd, kan smitte hinanden.

Figur 19 nedenfor viser, at der er en signifikant større andel af unge ved eftermålingen, sammenlignet med baselinemålingen, der har viden om, at kvinder, der har sex med kvinder (69 %) og mænd, der har sex med mænd (73 %), kan smitte hinanden. De unges vidensniveau er således styrket fra starten af skoleåret til slutningen af skoleåret samlet set.

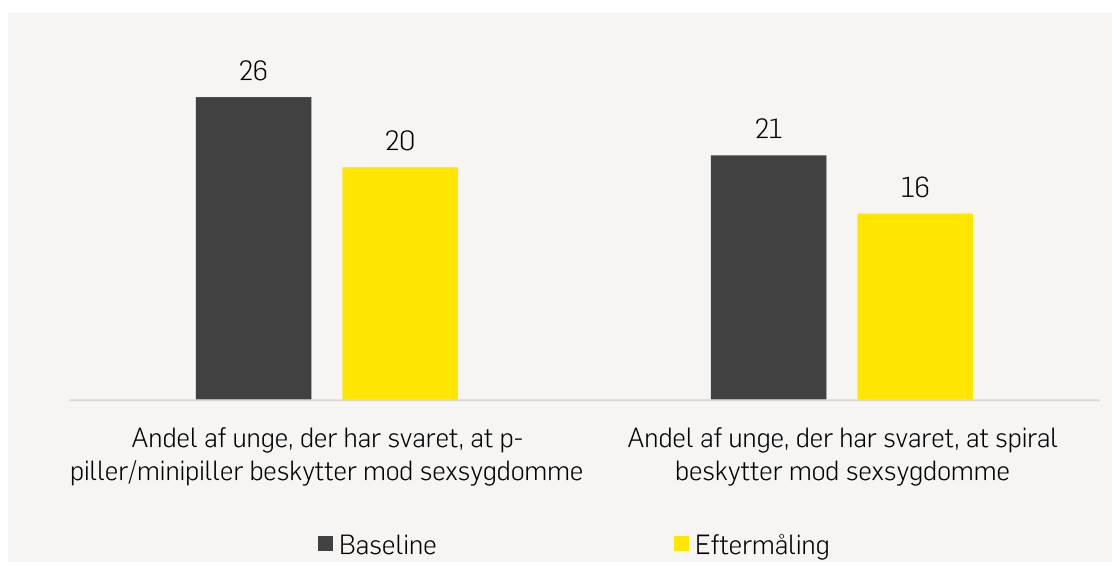
**Figur 19: Kan kvinder, der har sex med kvinder og mænd, der har sex med mænd, smitte hinanden med seks sygdomme?**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser unges viden om, hvem der kan smitte hinanden med seks sygdomme ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Undersøgelsen viser endvidere, at der er signifikante forskelle fra baseline- til eftermålingerne, hvad angår de unges viden om hvilke præventionsmetoder, der beskytter mod seks sygdomme. Figur 20 viser, at en lavere andel af unge fra eftermålingen sammenlignet med baseline, fejlagtigt angiver, at p-piller/minipiller og spiral beskytter mod seks sygdomme. Dog tror hver femte ung stadig ved eftermålingen, at p-piller/minipiller beskytter mod seks sygdomme, hvilket indikerer, at der fortsat er et behov for en indsats rettet mod de unges vidensniveau om beskyttelse mod seks sygdomme.

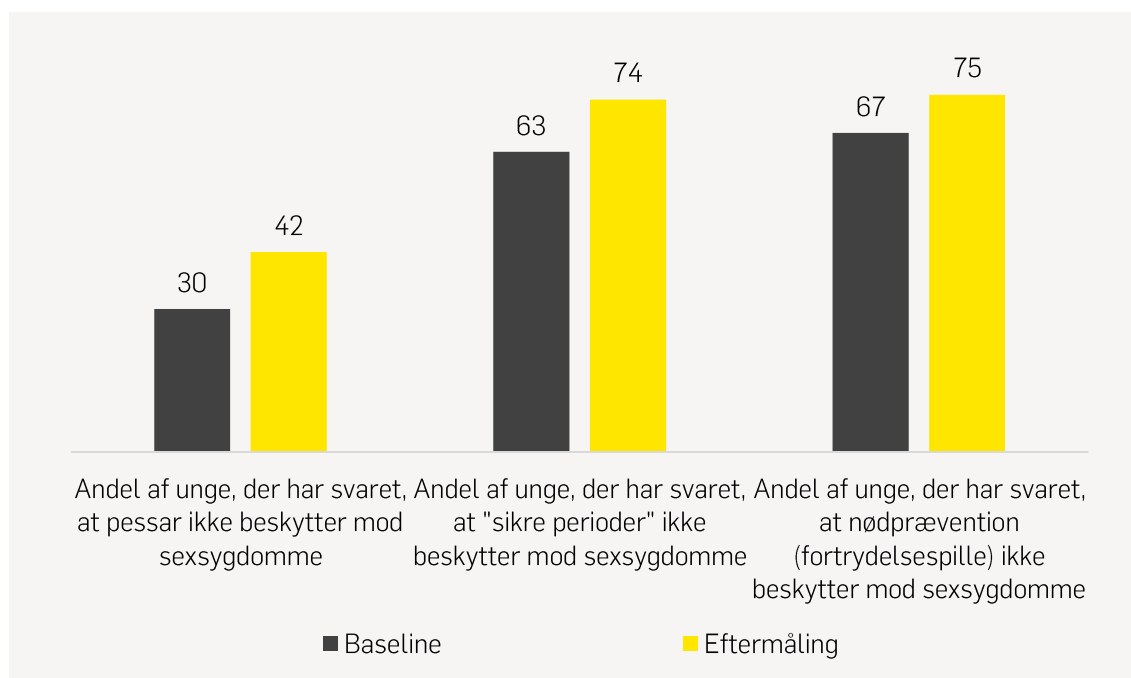
**Figur 20: Beskytter p-piller/minipiller og spiral beskytter mod seks sygdomme?**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.736, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser unges viden om hvilke metoder, der beskytter mod seks sygdomme ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Der er desuden signifikante forskelle i de unges vidensniveau, når det kommer til metoderne pessar, "sikre perioder" og nødprævention (fortrydelsespille). Figur 21 viser, at en større andel af unge angiver korrekt ved eftermålingen sammenlignet med baseline.

**Figur 21: Beskytter pessar, "sikre perioder" og nødprævention mod seksygdomme?**



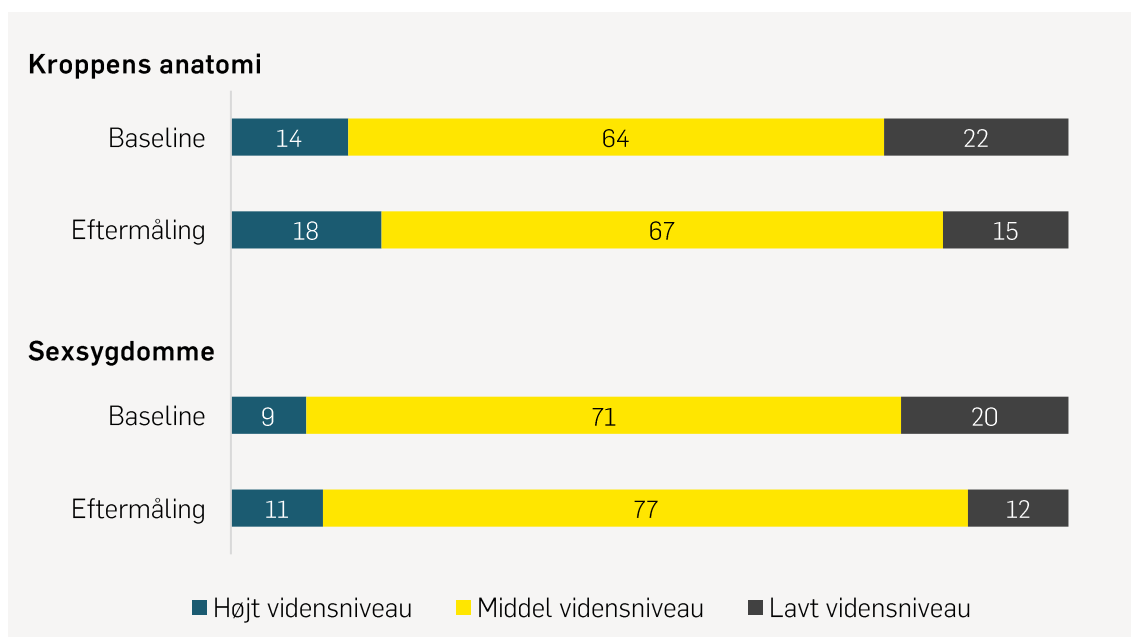
**Antal besvarelser:** baseline: 1.707, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser unges viden om hvilke metoder, der beskytter mod seksygdomme ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Undersøgelsen viser ingen signifikante forskelle fra baseline- til eftermåling, hvad angår unges viden om, hvorvidt afbrudt samleje og kondom beskytter mod seksygdomme. Der var allerede ved baseline en høj andel af unge (96 %), som korrekt angav, at kondom beskytter mod seksygdomme, hvilket kan forklare, at der i dette tilfælde ikke ses en forskel. Ligeledes var der en relativt høj andel (79 %) som angav korrekt, at afbrudt samleje ikke beskytter mod seksygdomme, ved baseline.

I undersøgelsen er de unge endvidere blevet bedt om at vurdere deres eget vidensniveau om tre forskellige emner, hhv. *kroppens anatomi*, *seksygdomme* samt *love og regler om online billeddeling* (se boksen nedenfor vedrørende operationaliseringen af vidensniveauer). Undersøgelsen viser, at der er en signifikant forskel fra baseline- til eftermålingen, hvad angår unges selvvaluerede viden om kroppens anatomi og seksygdomme, mens dette ikke er gældende for deres vurdering af vidensniveau om love og regler for billeddeling. Allerede ved baseline blev størstedelen af de unge (94 %) kategoriseret til at have et højt eller middel vidensniveau om love og regler for billeddeling, hvilket kan forklare, at der her ikke ses en signifikant forskel fra baseline- til eftermåling. Dette kan tænkes at have en sammenhæng med, at digitale krænkelse, såsom ufrivillig billeddeling, inden for de seneste år har fået større opmærksomhed i medierne, blandt andet i forbindelse med Umbrella-sagen i 2018, hvor projektet startede.

Som det fremgår af Figur 22, er 78 % af de unge ved baseline karakteriseret til at have et højt eller middel vidensniveau om kroppens anatomi, hvor det gælder 85 % af de unge ved eftermålingen. Samme tendens ses i forhold til de unges vidensniveau om seks sygdomme.

**Figur 22: Selv vurderet vidensniveau om seks sygdomme og kroppens anatomi**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser unges selv vurderede vidensniveau om kroppens anatomi og seks sygdomme ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent. **Højt vidensniveau:** score 9-10. **Middel vidensniveau:** score 5-8. **Lavt vidensniveau:** score 1-4.

### Hvordan måles vidensniveau om kroppens anatomi, seks sygdomme samt love og regler om online billeddeling?

Med udgangspunkt i emnet 'kroppens anatomi', har de unge svaret på spørgsmålet 'Hvor meget ved du om kroppens anatomi?', hvor de er blevet bedt om at vurdere deres viden om emnet på en skala fra 1 til 10. En score på 1 indikerer 'ingen viden', hvor en score på 10 indikerer 'meget stor viden'.

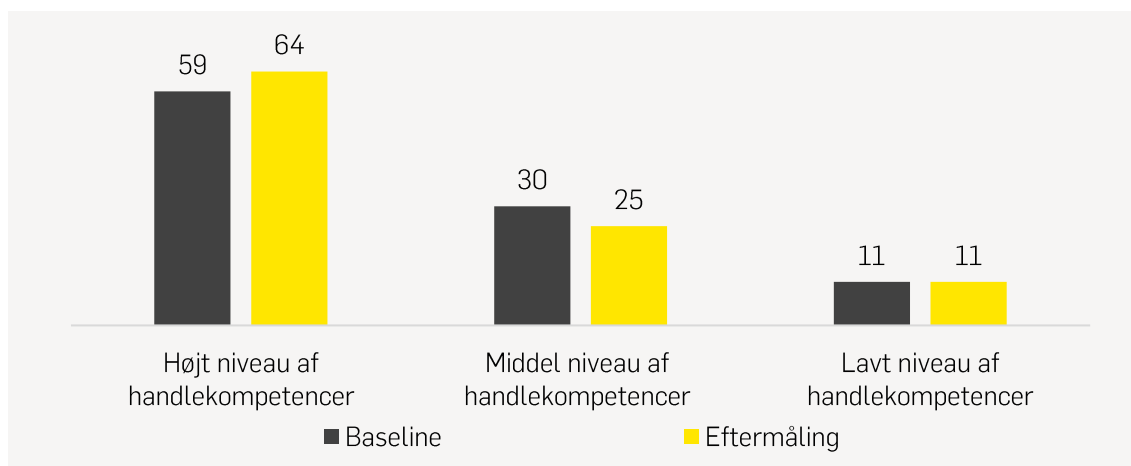
- Unge, der har angivet en score på 1-4, er kategoriseret til at have et lavt vidensniveau
- En score på 5-8 er karakteriseret som middel vidensniveau
- En score på 9-10 er karakteriseret som højt vidensniveau.

Selv vurderet viden om henholdsvis seks sygdomme samt love og regler om online billeddeling er målt på samme måde.



Med udgangspunktet i det samlede mål for de unges handlekompetencer (jf. Kapitel 3) undersøgelsen, at der er en signifikant forskel i de unges niveau af handlekompetencer fra baseline til eftermålingen. Figur 23 viser, at der er en lavere andel af unge med middel niveau af handlekompetencer ved eftermålingen sammenlignet med baselinemålingen, men til gengæld en større andel af unge med højt niveau af handlekompetencer. Andelen af unge med lavt niveau af handlekompetencer er uændret.

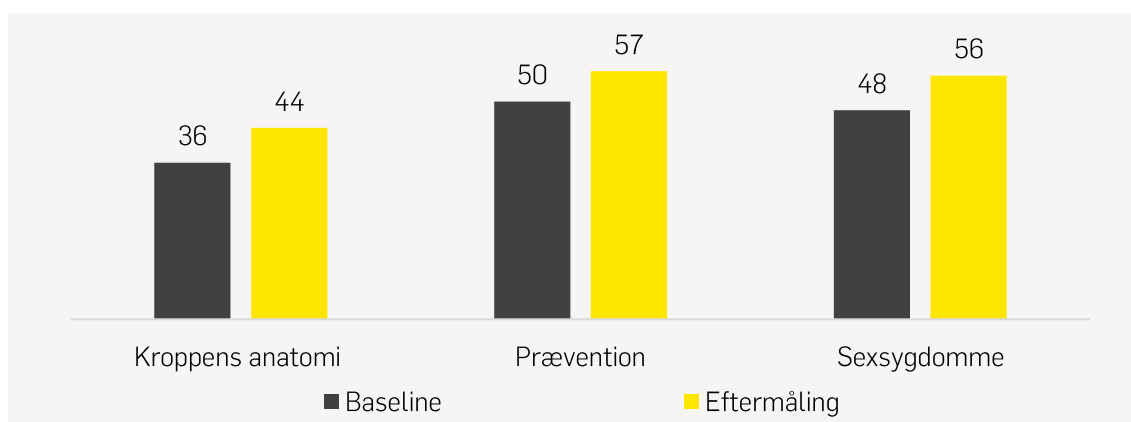
**Figur 23: De unges niveau af handlekompetencer ved hhv. baseline- og eftermåling**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 955. Signifikant forskel ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p=0,028$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der er kategoriseret til henholdsvis højt, middel eller lavt niveau af handlekompetencer ved henholdsvis baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Det samlede mål for handlekompetencer indbefatter blandt andet spørgsmålet om, hvorvidt de unge ved, hvor de kan finde viden og information om otte forskellige emner. Med udgangspunkt i dette spørgsmål, viser undersøgelsen, at der er signifikante forskelle fra baseline- til eftermåling, hvad angår emnerne kroppens anatomi, prævention og seks sygdomme. Som det fremgår af Figur 24 er der en større andel af unge ved eftermålingen, sammenlignet med baselinemålingen, der helt sikkert ved, hvor de kan finde viden om disse emner.

**Figur 24: Andel af unge der har svaret, at de helt sikkert ved, hvor de kan finde viden og information om følgende emner**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p<0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der har besvaret, at de helt sikkert ved, hvor de kan finde viden og information om emnerne kroppens anatomi, prævention og seks sygdomme ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

Analysen viser ingen signifikante forskelle fra baseline- til eftermåling, hvad angår, om de unge ved, hvor de kan finde viden og information om emnerne *sex, relationer, følelser, køn og seksualitet*. Analysen viser ligeledes ingen signifikante forskelle fra baseline- til eftermåling, når det kommer til de unges viden om, hvad de skal gøre, eksempelvis hvem de skal kontakte, hvis de bliver udsat for eller truet med at blive udsat for ufrivillig online billeddeling, bliver presset til noget seksuelt, de ikke har lyst til eller bliver udsat for seksuelle krænkelser.

Det betyder, at det hovedsageligt er forskellen fra baseline- til eftermåling i forhold til de unges viden om, hvor de kan finde viden og information, der er årsag til, at der er en større andel af unge med højt niveau af handlekompetencer ved eftermålingen, sammenlignet med baselinemålingen.

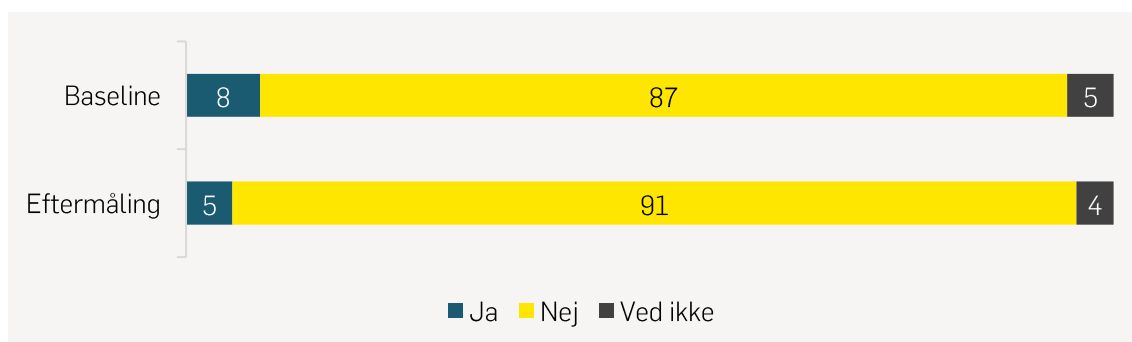
### Oplevelser med overgreb og krænkelser er uændrede fra baseline til eftermåling på nær oplevelser med billeddeling

Med udgangspunkt i de unges oplevelser med seksuelle overgreb, er der ingen signifikante forskelle fra baseline- til eftermåling i forhold til, hvorvidt de unge har oplevet at være udsat for seksuelle krænkelser eller blive presset til noget seksuelt, som de ikke havde lyst til. Dette var heller ikke forventeligt jf. forandringsteorien som ikke forudsætter, at indsatserne i Modelkommuneprojektet ville kunne ændre dette.

I analysen af forskelle mellem baseline og eftermålingen har vi heller ikke fundet signifikante forskelle, hvad angår de unges trivsel i forhold til at vælge og udforske henholdsvis deres køn og seksualitet. Det var dog heller ikke forventeligt at kunne ændre sig baseret på indsatserne i Modelkommuneprojektet.

Som det fremgår af Figur 25, ses det dog, at der er en signifikant lavere andel af unge ved eftermålingen (5 %) sammenlignet med baselinemålingen (8 %), der har oplevet, at nogen har delt et billede eller en video af dem mod deres vilje, mens de var iført undertøj eller var nøgne. Dette kan skyldes, at eleverne har fået en snak om det i plenum til undervisningen, hvilket har forebygget deling iblandt klassekammerater.

**Figur 25: Forskel på de unges oplevelser med uønsket billeddeling ved baseline og eftermåling**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikant forskel ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p=0,024$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- samt to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge i forhold til, hvorvidt de har oplevet at være udsat for ufrivillig online billeddeling ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

## Flere unge taler med deres venner om emner relateret til seksuel sundhed i eftermålingen sammenlignet med baseline

De unge er blevet spurgt om, hvorvidt de ved, hvem de kan spørge eller tale med om de otte forskellige emner (kroppens anatomi, sex, prævention, seksygdomme, køn, seksualitet, relation og følelser). Dertil har de unge haft mulighed for at svare 1) Ja, venner/veninder, 2) Ja, forældre, 3) Ja, læge, sundhedsplejerske eller psykolog, 4) Ja, lærer(e), 5) Ja, andre, 6) Nej, jeg ved ikke hvem, jeg skulle tale med og 7) Jeg ville ikke tale med nogen om det. Det har været muligt at vælge flere bekendte. Figur 26 viser en oversigt over den gennemsnitlige andel af unge, der har angivet, hvorvidt de kan tale med nogen – og i så fald hvem – på tværs af emnerne samlet set.

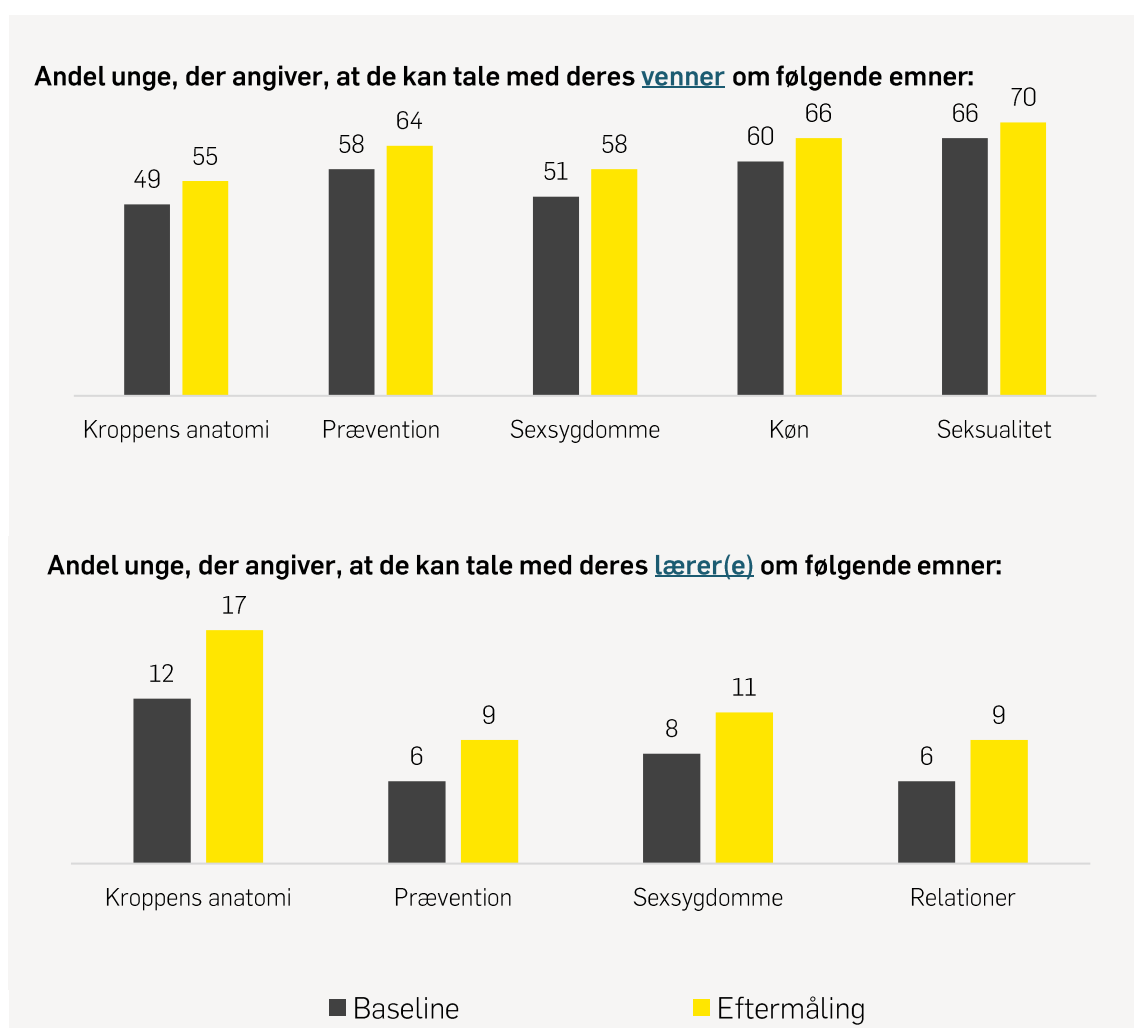
**Figur 26: Forskel på elevernes angivelser af, hvem de kan spørge og tale med ved baseline og eftermåling**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- samt to eftermålinger. Figuren viser den gennemsnitlige andel af unge i forhold til deres oplevelse af, hvem de kan tale med om de forskellige emner ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent. Kategorien 'Ja, andre' er udgået i oversigten.

Samlet set viser figuren, at de unge oplever, at de særligt kan tale med deres venner om emnerne – og at lidt flere har angivet, at de kan tale med deres venner ved eftermålingen, sammenlignet med baselinemålingen. Derudover oplever en del, at de kan tale med deres forældre (uændret fra baseline til eftermåling). Lidt færre har angivet, at de kan tale med deres læge, sundhedsplejerske eller psykolog om emnerne, og relativt få oplever, at de kan tale med deres lærere. Ved sidstnævnte er der dog sket en stigning fra baseline til eftermåling, hvilket kan hænge sammen med, at de har fået undervisning i køn, krop og seksualitet på deres skole, hvilket har åbnet op for muligheden om at kunne tale med lærere om dette. Ved både baseline- og eftermåling ses en relativt lav andel af unge, som ikke vil eller ikke ved, hvem de skulle tale med om emnerne. Med udgangspunkt i hvert enkelt emne, viser analysen, at der er en signifikant større andel af unge ved eftermålingen, sammenlignet med baselinemålingen, der oplever, at de kan tale med deres venner om kroppens anatomi, prævention, seksygdomme, køn og seksualitet. Samme tendens gælder for unges oplevelser med at kunne tale med deres lærere i forhold til emnerne kroppens anatomi, seksygdomme, prævention og relationer. Disse forskelle er fremhævet i nedenstående Figur 27.

**Figur 27: Andel af unge der har angivet, at de oplever, at de kan tale med hhv. deres venner og deres lærere om følgende emner**

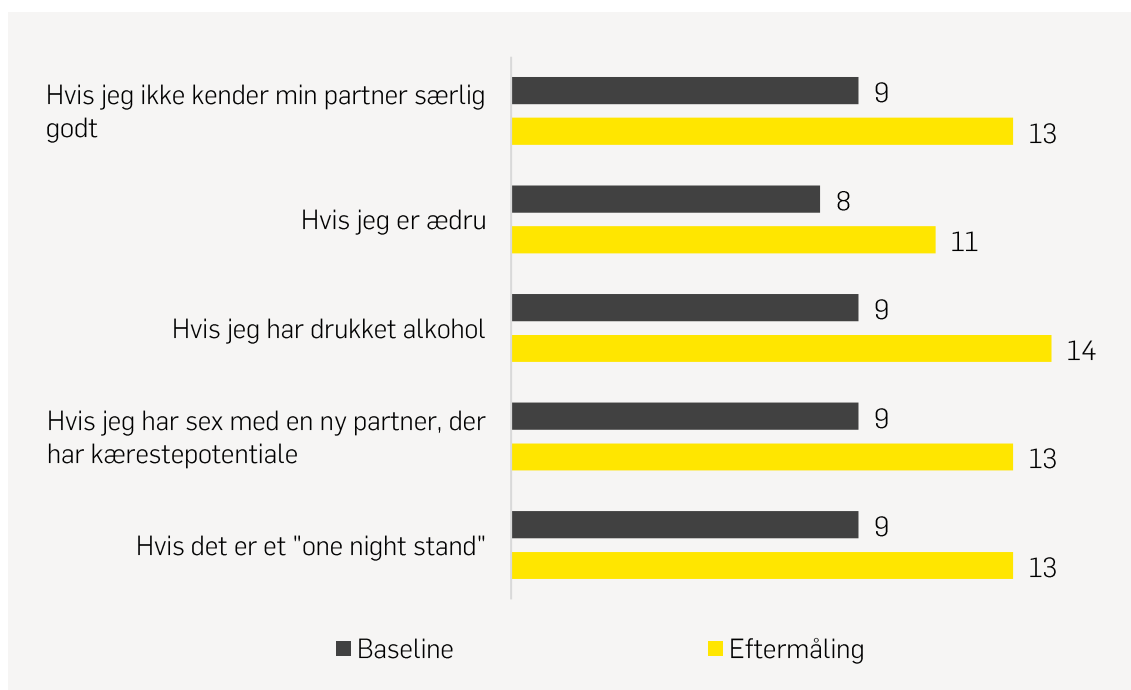


**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,03$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der oplever, at de kan tale med hhv. deres venner og lærere om de givne emner ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

## De unges seksuelle risikoadfærd

Figur 28 viser, at der er en signifikant større andel af unge ved eftermålingen, sammenlignet med baseline, der ikke ved, om de vil kunne komme til at glemme beskyttelse mod seksygdomme ved sex med en ny partner i fem forskellige situationer.

**Figur 28: Andel af unge der har svaret, at de ikke ved, om de vil kunne komme til at glemme beskyttelse mod seksygdomme med en ny partner i følgende situationer**



**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,05$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der har svaret, at de ikke ved om de vil kunne komme til at glemme beskyttelse mod seksygdomme med en ny partner i de givne situationer ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

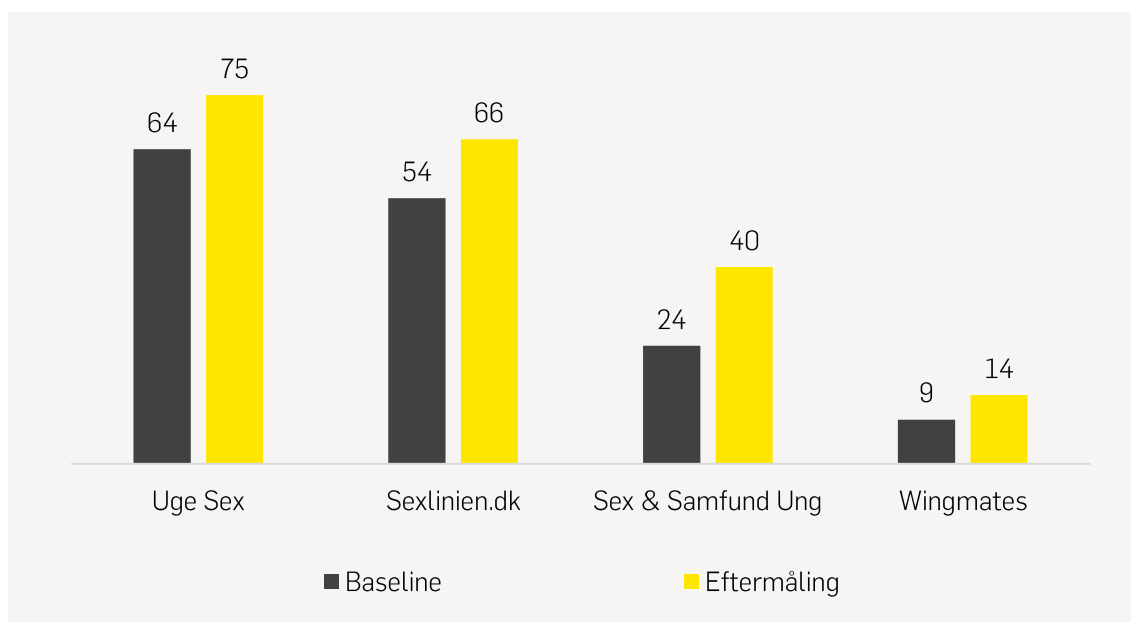
Analysen tyder på, at de unges risikoadfærd i forhold til brug af beskyttelse mod seksygdomme har taget et skridt i den forkerte retning. Det er dog samtidig plausibelt, at dette snarere kan ses som et udtryk for, at der er sket en ændring i de unges refleksionsniveau. De unge er mellem baseline- og eftermåling blevet eksponeret for viden om forskellige aspekter af seksuel sundhed gennem seksualundervisning og kampagnedeltagelse på ungdomsuddannelserne, herunder mulige konsekvenser af at være smittet med en seksygdom. Det kan betyde, at de unge er blevet mere bevidste om deres egen seksuelle adfærd. Med udgangspunkt i situationen 'Hvis jeg har drukket alkohol' ses det, at en lavere andel ved eftermålingen (16 %), sammenlignet med baseline (20 %), har svaret, at det er *meget sandsynligt*, at de i denne situation vil glemme beskyttelse mod seksygdomme, mens en større andel af unge har angivet *ved ikke*. Dette kan være et udtryk for, at de unge ved eftermålingen i højere grad reflekterer over, hvorvidt de vil kunne komme til at glemme at bruge beskyttelse eller ej.

Undersøgelsen viser endvidere, at der ikke er forskel fra baseline- til eftermåling, hvad angår unges testvillighed, hvis de er bekymret for at være smittet med klamydia. Ved baseline angav majoriteten af de unge (93 %), at de ville lade sig teste ved bekymring for smitte, hvilket kan forklare, at der ikke ses en signifikant forskel til eftermålingen.

## Kendskab til Sundhedsstyrelsens og Sex & Samfunds kampagner

Et af målene med Modelkommuneprojektet var at fremme de unges seksuelle vidensniveau og niveau af handlekompetencer ved at ungdomsuddannelserne skulle deltage i Sex & Samfunds kampagner og ved at introducere de unge til Sex & Samfunds tilbud, såsom *sexlinien.dk*. Nedenstående Figur 29 viser, hvorvidt de unge har kendskab til dem. Analysen viser, at der en større andel af unge, der har kendskab til de givne tilbud og kampagner ved eftermålingen sammenlignet med baselinemålingen.

**Figur 29: Andel af unge der har svaret, at de har kendskab til Sex & Samfunds tilbud**



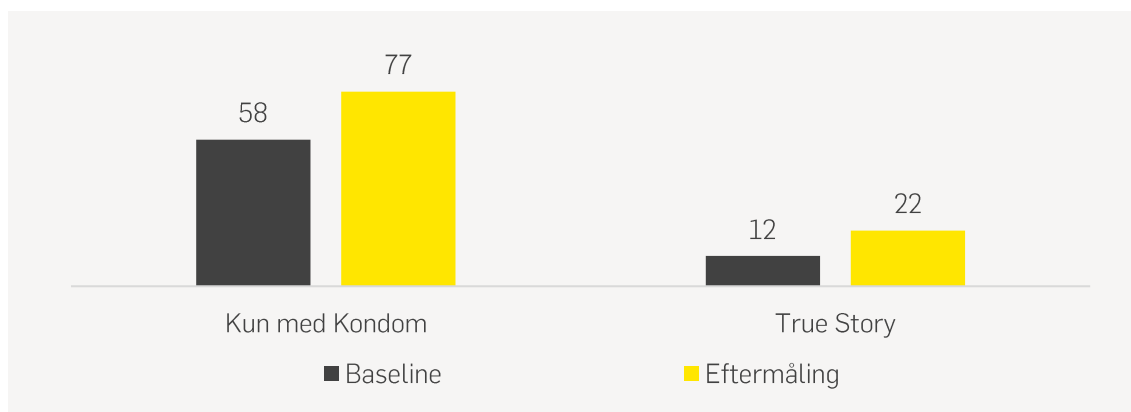
**Antal besvarelser:** baseline: 1.753, eftermåling: 956. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- samt to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der har besvaret, at de har kendskab til *Uge Sex*, *sexlinien.dk*, *Sex & Samfund Ung* og *Wingmates* ved hhv. baseline- og eftermåling. Angivet i procent.

I forbindelse med Modelkommuneprojektet blev kommunernes ungdomsuddannelser ligeledes opfordret til at deltage i Sundhedsstyrelsens kampagne *Kun med Kondom*. Undervejs i projektperioden lukkede Sundhedsstyrelsen kondomkampagnen og opstartede i 2019 i stedet for kampagnen *True Story*. Den nye kampagne tager fat på emner som seksuel sundhed, alkohol samt mental sundhed og har dermed et bredere formål end kondomkampagnen<sup>27</sup>. Sundhedsstyrelsens kampagneskitte betyder, at unge der deltog i første runde af baseline- og eftermålingen, er spurgt ind til kendskabet til *Kun med Kondom*, hvor unge fra anden

<sup>27</sup> sst.dk. (2020): 'True Story'

runde er spurgt ind til *True Story*. Figur 30 viser, at der er en signifikant større andel af unge, der kender til de to kampagner ved eftermålingerne, sammenlignet med baselinemålingerne.

**Figur 30: Andel af unge der har svaret, at de har kendskab til kampagner**



Data stammer fra spørgeskemaundersøgelser foretaget i forbindelse med Modelkommuneprojektets to baseline- og to eftermålinger. Figuren viser andelen af unge, der har kendskab til kampagnerne *Kun med Kondom* og *True Story* ved hhv. baseline- og eftermålinger. Signifikante forskelle ved  $\chi^2$ , signifikansniveau 5% ( $p < 0,01$ ). Angivet i procent. **Kun med Kondom:** Antal besvarelser ved baseline: 950, eftermåling: 685. **True Story:** Antal besvarelser ved baseline: 803, eftermåling: 271.

Det giver god mening, at der er en markant lavere andel af unge, der kender til *True Story* sammenlignet med *Kun med Kondom*, da *True Story* som nævnt er en helt ny kampagne, hvor *Kun med Kondom* har eksisteret i mange år. Da der kun er 22 % af de unge ved eftermålingen, der kender til *True Story*, tyder det på, at et fåtal ungdomsuddannelser har deltaget i denne kampagne.

## Opsamling på kapitel 4

Med udgangspunkt i det konstruerede samlede mål for seksuel sundhed ses det, at de unges seksuelle sundhed er gået et skridt i den rigtige retning fra baseline til eftermålingen på tværs af skoleårene 18/19 og 19/20. Kapitlet viser, at en signifikant større andel af unge har en høj seksuel sundhed ved eftermålingen (53 %) sammenlignet med baseline (43 %). Endvidere har færre lav seksuel sundhed (12 %) i eftermålingen sammenlignet med baseline (14 %). Alt i alt peger analyserne på, at det hovedsageligt er forskellene i de unges vidensniveau, niveau af handlekompetencer og oplevelser med ufrivillig online billeddeling, der kan forklare, at der er en større andel af unge, som anses for at have høj seksuel sundhed ved eftermålingen sammenlignet med baselinemålingen. Dette indikerer ligeledes, at det særligt er inden for disse områder, at de unge har fået et udbytte af indsatsen. Hvilke bagvedliggende mekanismer, der har været hhv. fremmende og hæmmende for, at de unge har fået det udbytte af Modelkommuneprojektet, som forandringsteorien foreskrev, vil komme til udtryk i næste kapitel, hvor den organisatoriske læring vil blive udfoldet.

# Kapitel 5

## Organisatorisk læring

### – De lokale projektlederers oplevelser og erfaringer med Modelkommuneprojektet

I dette kapitel undersøges, hvordan og i hvilken grad Modelkommuneprojektet har fungeret på et organisatorisk plan i de medvirkende kommuner. Dette med udgangspunkt i analysen af de ni kvalitative interviews med de lokale projektledere i hver kommune foretaget i hhv. opstartsfasen, midtvejs i projektet og ved projektets afslutning. Analysen vil fokusere på tematikker og problemstillinger, der går igen på tværs af kommunerne, men også komme ind på lokale forskelle, som kan hænge sammen med forskellige kontekster og forudsætninger for at udføre projektets forskellige indsatser. I analysen er kommuner og projektledere anonymiseret af etiske hensyn. Analysen er struktureret efter følgende emner: 1) Rollefordeling og ejerskab, 2) Mangel på ressourcer i kommunerne, 3) Den politiske dagsorden, 4) Samarbejde på tværs samt 5) Forankring og projektets videreførelse.

#### Rollefordeling og ejerskab

Modelkommuneprojektet har som udgangspunkt været et projekt, der i høj grad skulle udføres og driftes af kommunerne selv, mens Sex & Samfund blandt andet har bidraget med det administrative og indledende format, herunder indhold til projektet, sparring undervejs samt løbende evaluering af indsatserne<sup>28</sup>. Modelkommuneprojektet har således foruden kommunernes projektledere også involveret nedsættelsen af en styregruppe bestående af Sex & Samfunds projektleder, ledere fra ungdomsuddannelserne, sundhedsplejersker samt den lokale projektleder, som har mødtes minimum én gang årligt. I nogle kommuner har dette format fungeret godt, da det har tilladt kommunerne at have ejerskab og kontrol over projektets implementering og samtidig have mulighed for sparring med Sex & Samfund, når der har været behov for det. Dette nævner en lokal projektleder i det følgende:

**"Vi har fået den information, vi havde brug for, og når vi ringede, så kunne vi få vejledning på det, vi nu havde behov for. Og I har tilsendt inspiration og sådan, når der har været noget, så har I taget kontakt, men vi har følt, at vi**

---

<sup>28</sup> Jf. Kapitel 1 i nærværende rapport. Dette med undtagelse af kommunen, der tilkøbte Sex & Samfunds tilbud om en klamydiahjemmetest, hvor Sex & Samfund står for driften.



har styret projektet selv. Og så med en kyndig hånd som vejledte fra jer af. Og det synes jeg, det har været rigtig godt. (...) På den her måde, der synes jeg, at vi har fået den hjælp og vejledning, som vi har haft behov for, men vi har været sådan meget ligebyrdige i ejerskabet af projektet. Og det har været rigtig rart.”

#### Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview

Projektlederen lægger vægt på, at følelsen af ejerskab og ligebyrdighed i samarbejdet har været en vigtig faktor for dem. Derudover bliver det fremhævet, at det har fungeret godt for kommunen at kunne få vejledning og inspiration fra Sex & Samfund. Dette kan ses i sammenhæng med et andet positivt aspekt ved projektets format, der er blevet fremhævet af en anden projektleder – at Modelkommuneprojektet havde et fastlagt format, hvilket gjorde det let at gå til. Projektlederen formulerer det således:

**”Jeg synes, at styrken er, at projektet er skrevet ned i detaljen nu. Man kan se, hvad der ligger i det. Projektbeskrivelsen, som også er min egen nu, er strategisk og gangbar.”**

#### Lokal projektleder, Kommune B, opstartsinterview

At projektbeskrivelsen er skrevet ned i detaljen, strategisk gangbar og ikke kræver større udviklingsarbejde fra kommunens side, bliver i denne kontekst fremhævet som et gode ved projektet. Dette gælder dog ikke alle kommunerne, da det samtidig fremgår i en anden kontekst, at netop projektets fastsatte rammer og format har haft negativ betydning for den lokale projektleder:

**”Det er jo faktisk mest som tovholder eller videreformidler eller indsamler eller... I, og nu bruger jeg måske et ord, der lyder negativt, men altså I sender noget ud, I dikterer, at nu er der tid til den kampagne, og nu sender vi spørgeskema ud - så meget af det, der skal ske, det får jeg fra jer... Så engang imellem er det lidt svært at få øje på, hvor det er, jeg gør en forskel eller har en indflydelse.”**

#### Lokal projektleder, Kommune C, midtvejsinterview

Projektlederen oplever, at der bliver *dikteret* fra Sex & Samfund, hvilket mindsker hendes følelse af mulighed for indflydelse på projektet, samt udvander hendes oplevelse af sin egen rolle som projektleder. Dette er u hensigtsmæssigt af flere grunde. Først og fremmest er det ikke produktivt for projektet, da det bl.a. kan medføre, at projektet ikke bliver udført tilfredsstillende, fordi det ikke bliver prioriteret i forhold til andre opgaver. Dernæst skulle Modelkommuneprojektet gerne etablere grobund for at arbejde videre med unges seksuelle sundhed i de respektive kommuner, hvilket formentlig bliver sværere at opnå, hvis den kommunale projektleder ikke oplever sin egen rolle som særlig væsentlig i forhold til projektet. Slutteligt er det ikke en bæredygtig eller tilstræbelsesværdig dynamik, at den ene part af samarbejdet oplever sin egen rolle som værende uden indflydelse. Netop i denne kommune har der været flere udfordringer i forbindelse med udførelsen af projektet, hvortil projektlederens manglende ejerskabsfølelse og engagement formentlig har haft betydning. At følelsen af

ejerskab for netop dette projekt er vigtig, bekræftes desuden af en anden projektleder, der formulerer det således:

**"Jeg tror, at det har meget at sige det der med, at jeg har også følt mig som projektejer på det her. At jeg har følt et medansvar for, at vi kom godt i mål med det. Og det, ja... det kan jeg måske godt se, hvis man ikke sådan helt har det der, at man føler, det er en pålagt opgave eller sådan, at det er nogle andre, der pålægger én, at nu skal man også gøre sådan og sådan. Ja, så er det måske en anden oplevelse, man har der."**

### Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview

Det fremgår altså, at nogle projektledere har følt stort ejerskab over projektet, samtidig med, at de har fået sparring fra Sex & Samfund. Dog har især én kommunal projektleder ikke delt denne oplevelse og tværtimod manglet engagement omkring sin rolle som projektleder, hvilket muligvis er relateret til en grundlæggende uklarhed omkring projektlederens egen rolle i projektet. Derudover er det muligt, at manglende engagement fra den lokale projektleder kan hænge sammen med, hvorvidt der er afsat ressourcer til at varetage arbejdet med projektet i den givne kommune. Hvis projektlederen har fået allokeret arbejdstimer til Modelkommuneprojektet fra forvaltningens side, har det sandsynligvis givet projektlederen mulighed for at arbejde mere dybdegående med projektet og dermed givet projektlederen mere lyst og overskud til at arbejde med indsatserne, hvormed der kan følge en større ejerskabsfølelse.

Af interviewene med de lokale projektledere fremgår det netop, at mangel på ressourcer i kommunerne har været en fundamental udfordring i forhold til arbejdet med Modelkommuneprojektet. I og med, at kommunerne generelt oplever, at de bliver skåret i ressourcer samtidig med, at de bliver pålagt flere opgaver, er det forståeligt, at Modelkommuneprojektet kan blive nedprioriteret til fordel for andre kommunale driftsmæssige opgaver – og måske i udpræget grad, hvis den lokale projektleder ikke føler ejerskab over projektet. I det følgende vil tematikker vedrørende manglende ressourcer i kommunal kontekst blive behandlet yderligere.

## Mangel på ressourcer i kommunerne

En grundlæggende problematik, der blev italesat i interviewene, er manglen på ressourcer i kommunerne til at varetage projektet lokalt. Dette både i forhold til underskud af tid til projektledelse og koordinering, men også i forhold til mangel på økonomiske midler til forebyggelse relateret til seksuel sundhed i det hele taget. Dette kan ses i relation til Sex & Samfunds kortlægning af kommunernes arbejde med seksuel sundhed fra 2019, hvor tre fjerdedele af 61 adspurgte kommuner svarer, at seksuel sundhed falder igennem i forhold til andre forebyggelsesområder, mens næsten halvdelen svarer, at der mangler økonomiske midler

til at løfte området<sup>29</sup>. Manglen på ressourcer er således en væsentlig udfordring i den kommunale virkelighed, og det stemmer overens med udsagn fra de lokale projektledere i modelkommunerne. Allerede i opstarten af projektet, blev manglen på ressourcer bragt op i interviews med projektlederne:

**"Ja, det er jo rigtigt spændende, for der er ikke blevet sat tid af til det. Jeg har ikke reserveret noget tid eller taget andre opgaver fra. Så egentlig følger der ikke nogen ressourcer med til denne opgave, det er en del af det daglige arbejde."**

#### **Lokal projektleder, Kommune C, opstartsinterview**

Projektlederen beretter om, at der ikke er afsat ressourcer til projektet, selvom hun tidligere i samme interview nævner, at den politiske ledelse i Kommune C aktivt havde indvilget i at deltage i Modelkommuneprojektet. At projektet derfor ikke bliver prioriteret ressourcemæssigt til trods for, at der umiddelbart er politisk opbakning, er således en hindring for udførelsen af projektet. Samme projektleder nævner i flere interviews, blandt andet i det afsluttende interview, at hun har set sig nødsaget til at prioritere driftsopgaver i kommunen i stedet for Modelkommuneprojektet, som hun ser som en 'kan'-opgave frem for en 'skal'-opgave:

**"Det er jo så hele tiden et spørgsmål om tid og ressourcer, ikke? Og der bliver jo på alle fronter skåret mere og mere ind til benet. Så man kan sige det her, det er jo sådan en – og jeg tror, jeg har brugt det før – forskellen på de her 'kan'- og 'skal'-opgaver. Der er så få ressourcer, så de ressourcer, der er, er man simpelthen nødt til at prioritere til driften."**

#### **Lokal projektleder, Kommune C, afsluttende interview**

Netop i Kommune C har manglende ressourcer i udpræget grad vist sig at være en udfordring for projektet, ligesom det særligt er projektlederen i Kommune C, der har manglet ejerskabsfølelse over for projektet. Ovenstående udtalelse tydeliggør, at det er vanskeligt for den lokale projektleder i Kommune C at opnå en følelse af ejerskab for projektet, når hun er nødsaget til at prioritere driften frem for Modelkommuneprojektet.

I Kommune A og B er der blevet afsat arbejdstid til projektlederne til at varetage projektet, men i disse kommuner er manglen på ressourcer også blevet nævnt i flere interviews. I Kommune B er der allokeret 11 timer ugentligt til projektet, som i visse tilfælde ikke er nok til det arbejde, som der reelt er behov for:

**"Jeg har jo potentielt kun 11 timer om ugen at bruge på det her modelkommune, hvis jeg gør det op. Og i nogle uger er det ikke nok."**

#### **Lokal projektleder, Kommune B, midtvejsinterview**

Dette skal ses i relation til, at den lokale projektleder i Kommune B, udover at varetage koordinering og ledelse af projektet, også varetager udførelsen af seksualundervisningen på de

---

<sup>29</sup> Sex & Samfund (2019): "Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed? – en undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed".

deltagende ungdomsuddannelser. I Kommune B opleves manglen på ressourcer derfor primært relateret til at kunne udføre undervisningsdelen hensigtsmæssigt:

**"Jeg kunne jo godt se nogle fordele ved at være to ude at undervise i forhold til at stå med store grupper. Der har jeg jo bare måttet sige, at der er ikke nogen ressourcer til det, så nogle gange har der været 29-30 elever på et hold, og det skal vi også kunne rumme."**

#### Lokal projektleder, Kommune B, midtvejsinterview

I Kommune B har det således været et vilkår for projektlederen at være alene ude på skolerne og undervise, hvilket har været mindre optimalt i visse situationer med store undervisningshold. I Kommune A har konteksten været en anden, da der blandt andet ved opstart allerede var fokus på at prioritere Modelkommuneprojektet. Dette blandt andet fordi, at Kommune A har en politisk strategi rettet mod sund ungdom, hvor seksualitet er inkluderet i planen. Ressourcemanglen i kommunen er derfor i stedet relateret til et ønske om at fortsætte projektet og fokusere yderligere på unges seksuelle sundhed, hvilket kan vise sig at være en udfordring, da projektlederen ikke har midler til det efter projektets udløb:

**"Ja, og det er jo også noget af det, hvor det er, at når man snakker med sundhedsplejen, så siger de, at det har været sjovt at være med og det har været rigtig godt. Men hvis vi skal fortsætte, så er vi nødt til at finde nogle penge et eller andet sted, for jeg kan ikke blive ved med at finansiere det. Så det er jo klart, at der er noget, man sådan lige skal have løst der."**

#### Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview

Samlet set tyder det på, at manglende ressourcer og manglende tid er en stor udfordring i kommunerne, som dog kommer til udtryk i varierende grad i de forskellige kommuner. Dette hænger formentlig sammen med, at seksuel sundhed generelt ikke bliver prioriteret på den politiske dagsorden og derfor ikke nødvendigvis bliver inkluderet i kommunernes planer og budgetter. Vi kan dog se, at der er forskel på, hvorvidt de deltagende kommuner har prioriteret Modelkommuneprojektet ved at afsætte timer og økonomiske midler hertil. I det følgende vil den overordnede politiske dagsordens indflydelse på Modelkommuneprojektet og de udfordringer, der er forbundet hermed, blive uddybet nærmere.

## Den politiske dagsorden

I og med, at kommunerne i sidste ende er politisk ledede, har den politiske dagsorden stor betydning for, hvordan Modelkommuneprojektet er blevet modtaget og faciliteret i de en-

kelte kommuner. De kommunale projektledere fortæller, i tråd med fund fra tidligere undersøgelser<sup>30</sup>, at seksuel sundhed ofte bliver nedprioriteret i forhold til andre forebyggelsesområder, fordi kommunerne har mange grupper af borgere, som de skal servicere. Den lokale projektleder i Kommune C udtrykker det således:

**"Men der er jo ikke politisk interesse i det på den måde, det er jo igen det med, at hvis der skal sættes midler af i budgetterne til at arbejde mere målrettet med det, så er det måske på bekostning af nogle ældre mennesker, der skal misse en gang støvsugning eller et ugentlig bad, og det er jo bare den virkelighed, vi lever i, det er jo ikke en privat virksomhed, hvor vi kan sige, at så fjerner vi de der varer fra hylden, fordi der er mere salg i de andre."**

#### Lokal projektleder, Kommune C, midtvejsinterview

Projektlederen beskriver, hvordan hun oplever, at der ikke er politisk interesse i seksuel sundhed, da der er andre opgaver, fx hjemmehjælp til ældre borgere, der rangerer højere på prioriteringslisten i fordelingen af de begrænsede ressourcer. I Kommune A beskriver den lokale projektleder, at hun oplever en vilje til at arbejde med seksuel sundhed i kommunalt regi, som dog ikke nødvendigvis resulterer i, at der bliver gjort en større indsats på dette område:

**"Men jeg tror lidt, ligesom seksualundervisning i folkeskolen, at i princippet skal det være der, men det er sådan et timeløst fag. Jeg tror, det er lidt det samme i kommunen nogle gange, at vi vil egentlig gerne seksualitet, og vi kan også godt lave et Facebook-opslag i forbindelse med Uge Sex, men så er vi vel også ved at være dækket ind for året."**

#### Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview

Projektlederen sammenligner arbejdet med seksuel sundhed i kommunen som et timeløst fag i grundskolen, underforstået at der ikke bliver afsat tid og ressourcer til det i kommunen, selvom de "egentlig gerne [vil] seksualitet". Af denne grund bliver arbejdet i kommunerne, ifølge projektlederen, sjældent til mere end en mindre oplysningsindsats gennem kommunens sociale medier. Dette kan have at gøre med, at den måde politikerne vægter deres budgetter, er relateret til et ønske om at få maksimalt udbytte af de penge, der bruges på sundhed, hvilket kan være mere vanskeligt at vise på bredere og mere kvalitative mål såsom seksuel sundhed sammenlignet med andre sundhedsproblematikker. Dette beskrives blandt andet af projektlederen i Kommune C således:

**"Jeg siger bare, at hvis vi som kommunalt ansatte skal have solgt et eller andet til politikerne om, at det er vigtigt, at vi får nogle midler til det her, så vil de jo se, hvad er det, der virker, for de vil jo have mest sundhed for pengene."**

#### Lokal projektleder, Kommune C, midtvejsinterview

---

<sup>30</sup> Blandt andet Statens Institut for Folkesundhed (2020): "Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019" og Sex & Samfund (2019): "Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed? – en undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed".

Formuleringerne "solgt et eller andet til politikerne" og "mest sundhed for pengene", viser, hvor essentielt det er, at kommunens forebyggelsesarbejde skal kunne retfærdiggøres ud fra et økonomisk incitament. Dette kan blandt andet hænge sammen med, at kommunerne er under hårdt økonomisk pres. For at give seksuel sundhed en plads på den politiske dagsorden, er det derfor væsentligt at kunne argumentere for dels, at det er et forebyggelsesområde, der rummer store sundhedsmæssige udfordringer, og dels, at det har en effekt at iværksætte indsatser relateret hertil. En måde at gøre dette på, er ved at vise lokale tal, der beskriver den seksuelle sundhed i den givne kommune. Dette beskriver blandt andet denne lokale projektleder:

**"(...) for det er jo meget lettere for os at sige, at vi bliver nødt til at få gjort et eller andet på det her område, fordi vi ved, at det her er et problem, for det kan vi se fra nogle tal, der er helt lokale fra vores egne unge og de er helt nye. Det er jo helt genialt i forhold til, hvad man får sat på den politiske dagsorden."**

#### **Lokal projektleder, Kommune A, midtvejsinterview**

Denne viden omkring, at lokale tal og data er særligt velegnede i forhold til den politiske dagsorden i kommunerne, er særdeles relevant i forhold til fremtidige kommunale samarbejder om seksuel sundhed. Dette blandt andet fordi, at såfremt seksualitet eller seksuel sundhed fra politisk side er skrevet ind i kommunens strategier, er der langt større mulighedsrum for at deltage i fx et projekt som Modelkommuneprojektet. Dette har eksempelvis været tilfældet i Kommune A, hvilket har skabt gode forudsætninger for den lokale projektleder til at varetage projektet:

**"Men vi er jo så heldige, at min stilling den ligger jo inde under vores strategi for sund ungdom, som seksualitet er en stor del af. Så det er ligesom allerede politisk besluttet, at jeg skal arbejde med seksualitet, som en del af min almindelige arbejdsdag. Så derfor har der ikke været nogen, der skulle godkende noget udover, at vi blev partnere i projektet."**

#### **Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview**

Overordnet set kan man derfor argumentere for, at seksuel sundhed i flere af kommunerne bliver nedprioriteret på den politiske dagsorden, hvilket gør det vanskeligt for kommunerne at arbejde med forebyggelse på dette område. De lokale projektledere giver udtryk for, at det er vigtigt at motivere politikerne til at prioritere seksuel sundhed gennem lokale data og tal, der kan bruges til at tale ind i kommunale logikker om målbar sundhed. Såfremt seksuel sundhed indarbejdes i de politiske målsætninger, er forudsætningerne for arbejdet med seksuel sundhed og trivsel i kommunal regi langt bedre.

Politisk opbakning til kommunernes arbejde med unges seksuelle sundhed er yderst vigtigt for, at indsatser på området bliver velimplementeret og forankret. Dog kan opprioritering af unges seksuelle sundhed på den politiske dagsorden ikke alene sikre, at indsatser på området bliver succesfuldt implementeret. For at dette lykkes, kræver det ligeledes, at der er et stærkt samarbejde på tværs af relevante aktører i kommunen, eksempelvis mellem kommunens sundhedsforvaltning og skoleledere på ungdomsuddannelserne. I det følgende vil betydningen af sådanne tværgående samarbejdsrelationer blive udfoldet.

## Samarbejde på tværs

Udgangspunktet for samarbejdet i Modelkommuneprojektet var, at et succesfuldt samarbejde kræver en indsats og prioritering fra alle parter, herunder selvfølgelig Sex & Samfund og kommunerne, men derudover også ungdomsuddannelserne. Derfor blev samarbejdsaftaler formuleret mellem Sex & Samfund og hver kommune, samt mellem hver kommune og tilhørende ungdomsuddannelser. Aftalerne blev formuleret som et samarbejde med formålet om at styrke sundheden hos unge på ungdomsuddannelser, herunder at optimere anvendelsen af de eksisterende ressourcer på området, således at der ville opnås mest mulig sundhed for pengene. Dette er lykkedes i Kommune A, hvor projektlederen beskriver, at ildsjælene på ungdomsuddannelserne har gjort det muligt at implementere seksualundervisning succesfuldt:

**"Vi er så heldige, at vi har nogle ildsjæle ude på skolerne, som rigtig gerne vil det her og som rigtig gerne vil være en del af det. Det gør, at samarbejdet kører enormt let og giver mulighed for at sparre om tingene og finde ud af, hvordan vi bedst kommer i mål med den her del af projektet."**

**Lokal projektleder, Kommune A, midtvejsinterview**

Samme projektleder udtaler desuden, at der i Kommune A ligeledes har været et godt samarbejde med sundhedsplejerskerne, som har varetaget undervisningen på ungdomsuddannelserne:

**"De (sundhedsplejerskerne) er rigtig gode til at ville nogle nye ting. Så det var rigtig dejligt, at de har været så meget med på den. De er gode til at have ja-hatten på, når man kommer med noget nyt. Og det er jo sådan nogle samarbejdspartnere, som er guld værd."**

**Lokal projektleder, Kommune A, midtvejsinterview**

Ifølge den lokale projektleder, har sundhedsplejerskerne i Kommune A været engagerede i projektet og haft "ja-hatten" på, hvilket har bidraget til et samarbejde, der er "guld værd". Det bliver derved ekspliciteret, at gode samarbejdsrelationer med ildsjæle på ungdomsuddannelserne og engagerede sundhedsplejersker har fremmet implementeringen af indsatsen.

Det er dog ikke alle kommuner, der fra start har oplevet et stærkt samarbejde på tværs af aktører i kommunen, men en lokal projektleder giver udtryk for, at relationen mellem hende og ungdomsuddannelserne har udviklet sig i løbet af projektperioden i en positive retning:

**"Jamen jeg vil sige, at relationen er blevet udviklet. Også undervejs. Så jeg føler mig mere dus med dem alle (ungdomsuddannelserne), men nogle mere end andre, vil jeg sige. Det der med, at man træder lidt ind og man... flere på skolen ved, hvem jeg er, ikke?"**

**Lokal projektleder, Kommune B, afsluttende interview**

Samme projektleder beskriver i midtvejsinterviewet, at der har været stor variation, hvad angår skolernes engagement i projektet:

**"10. klasse siger bare *"Kom bare – ja, mere af jer! Hvad har I mere at byde på?"*. Som jeg sagde... der tror jeg godt, vi kan sige, at vi kan fortsætte en anden dag, hvis I har lyst, så kan jeg komme igen. Hvorimod gymnasiet de har deres blokke og deres andre fagligheder, og det skal passes ind i fagmål og planer på en anden måde."**

#### **Lokal projektleder, Kommune B, midtvejsinterview**

Dette indikerer, at implementeringen af seksualundervisningen i nogle tilfælde har været udfordret af ungdomsuddannelsernes struktur – og af hvorvidt der er ildsjæle på skolerne, som tager projektets tilbud op. Dette understreger desuden, at relationsdannelse mellem forvaltning og skoler er en altafgørende faktor for implementeringen af seksualundervisning. En lokal projektleder fortæller dette i det afsluttende interview:

**"Men jeg tror også, at meget af det, kunne jeg egentlig godt forestille mig, er relationsdannelse. Jeg har en rigtig god relation til vores ledere rundt omkring på ungdomsuddannelserne, fordi vi er berøring på så mange forskellige arenaer."**

#### **Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview**

Et andet tema, som går igen i projektledernes beskrivelse af samarbejdet på tværs er, at der har været uklarhed om styregruppernes formål og funktion i Modelkommuneprojektet. Kommune B beskriver, at de mange styregrupper i forvaltningen med forskellige formål skaber forvirring omkring opgaverne i de enkelte projekter:

**Lokal projektleder: "Jeg er i en styregruppe her og jeg er i en styregruppe her. Men hvad er opgaven egentlig?"**

**Interviewer: "Så det har ikke været helt klart, hvad det er styregruppens opgave har været faktisk?"**

**Lokal projektleder: "Nej altså ... Det kunne man måske godt have spurgt om, ikke? Men det er bare fordi jeg tænker *"Det spørger man da ikke folk om"*, det står jo sort på hvidt."**

#### **Kommune B, afsluttende interview**

En anden projektleder beskriver, hvordan styregruppemøderne én gang årligt ikke har været nok til at skabe et fællesskab eller en fælles enhed omkring projektet mellem ungdomsuddannelserne og kommunen:

**"Udover når der lige har været noget, eller vi lige har mødtes en gang om året til styregruppemøde, så har vi jo ikke talt sammen. Så vi er ikke blevet en enhed."**

#### **Lokal projektleder, Kommune C, afsluttende interview**



En afsluttende pointe, som har været givtigt for samarbejdet på tværs, har været, at flere faggrupper har været inde over implementeringen af indsatserne i kommunen:

**"Jeg tror, det var en social- og sundhedsassistent, som var uddannet inden for noget med sexologi på en eller anden måde, som så har været med ude og undervise derude på sidste del af det. Og det har bare været kanon godt. Så jeg tror, der har været noget styrke i, at der har været nogle forskellige professioner inde over projektet."**

**Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview**

Gennemgående for projektlederne har det således været, at et godt samarbejde på tværs fordrer en større mødekadence og mere forventningsafstemning fra starten af projektet. I det følgende giver vi et indblik i projektledernes anbefalinger til fremadrettede projekter for at styrke unges seksuelle sundhed og sætte dette forebyggelsesområde på den politiske dagsorden i landets kommuner.

## Forankring og projektets videre forløb

De lokale projektledere beskrev alle i de afsluttende interviews, at de følte sig godt klædt på til at varetage projektet fremadrettet, hvorfor Modelkommuneprojektet kunne ses som et pilotprojekt til at undersøge, hvad der skal til for at styrke det organisatoriske arbejde med seksuel sundhed. Problemet er dog bare nu, at der ikke er økonomiske midler til et videre arbejde med sådanne store projekter på området, som citeret nedenfor:

**"Rent organisatorisk kan en frygt være, at det bliver lidt sårbart ift., at der ikke er tilført nogle ekstra ressourcer."**

**Lokal projektleder, Kommune C, opstartsinterview**

**"Lige nu, jeg vil tro, at det som kan blive problematisk kunne være, at timerne ikke er der, hvor der er behov for dem."**

**Lokal projektleder, Kommune B, opstartsinterview**

Projektlederen fra Kommune B beskriver endvidere, at det først er ved afslutningen af projektet, at det er begyndt at blive sjovt, hvilket indikerer, at langvarige indsatser rykker positivt på forståelsen af arbejdet med seksuel sundhed i kommunerne:

**"Men læresætningen kunne godt være, at man ... ja, måske skulle man bare sige, at et projekt bare skal køre lige en tak længere ud, fordi det er her det begynder at blive sjovt."**

**Lokal projektleder, Kommune B, afsluttende interview**

Som beskrevet tidligere i evalueringen, er en altafgørende faktor for at sikre fortsættelse af arbejde med seksuel sundhed i kommunalt regi, at der sikres monitorering og valide data,

der viser effekter af forvaltningens arbejde på området. Som projektlederen nedenfor beskriver, er "nogle rigtig gode tal" fra evalueringen af projektet vigtige for at sikre politisk opbakning:

**"Det er et spørgsmål om, at vi forhåbentlig får nogle rigtig gode tal fra den rapport, der bliver lavet på projektet nu her med evaluering. Og så, at vores ungesundhedsprofil fra 2019 også kan bakke op om, at der er sket en positiv udvikling siden 2016. Og så på den måde, kan vi forhåbentlig få politisk opbakning til, at der kan blive sat timer af ude i sundhedsplejen til, at vi kan lave seksualundervisning, som en fast del af et årshjul. Fordi det vil vi rigtig gerne."**

#### Lokal projektleder, Kommune A, afsluttende interview

En vigtig komponent for fremadrettede indsatser må således være at indsamle data fra projektets start og løbende monitorere på, hvordan det står til. Dog er det her væsentligt at nævne, at det er yderst kompliceret at måle effekter af sådanne forebyggelsesindsatser, da der er langt flere komponenter på spil end indsatserne, som kan være med til at styrke eller mindske unges seksuelle sundhed i en bestemt ungegruppe, hvorfor en reel effektmåling ikke anbefales i sådanne projekter. Ydre liggende faktorer må og skal tænkes ind i forebyggelsesindsatser og seksuel sundhed skal derfor ses som en del af unges generelle sundhed, som tidligere pointeret i interviewet med projektlederen fra Kommune A, som generelt arbejder med temaet Sund Ungdom og derfor har nemt ved at inkorporere indsatser omkring køn, krop og seksualitet.

## Opsamling på kapitel 5

I Kapitel 5 har vi opsamlet den organisatoriske læring baseret på ni kvalitative interviews med de lokale projektledere i hver kommune. Kapitlet har vist, at der er forskel på, hvorvidt projektlederne fra kommunerne har følt ejerskab over projektets indsatser og endvidere har der for nogle været uklarhed omkring egen rolle i projektet. Evalueringen har desuden vist, at der har været stor forskel på allokerede ressourcer til at varetage arbejdet med projektet i de enkelte kommuner – både hvad angår tid og økonomi, hvilket har spillet en rolle på ejerskabsfølelsen. De manglende ressourcer hænger formentlig sammen med, at seksuel sundhed generelt ikke bliver prioriteret på den politiske dagsorden og derfor ikke nødvendigvis bliver inkluderet i kommunernes planer og budgetter.

Et andet fund fra analyserne af interviewene er, at lokale tal og data er særdeles relevante i forhold til fremtidige kommunale projekter om seksuel sundhed. Dette blandt andet fordi, at såfremt seksualitet eller seksuel sundhed fra politisk side er skrevet ind i kommunens strategier med lokal viden om, at indsatserne virker, er der langt større incitament for at deltage i fx et projekt som Modelkommuneprojektet. Politisk opbakning til kommunernes arbejde er således vigtigt for, at indsatser på området bliver forankret. Dog kan opprioritering af unges seksuelle sundhed på den politiske dagsorden ikke alene sikre, at indsatser på området bliver

succesfuldt implementeret. Det kræver ligeledes, at der er et stærkt samarbejde på tværs af relevante aktører i kommunen, eksempelvis mellem kommunens sundhedsforvaltning og skoleledere på ungdomsuddannelserne.

Afslutningsvist har det været gennemgående for projektlederne i kommunerne, at et godt samarbejde på tværs fordrer en større mødekadence og mere forventningsafstemning fra starten af projektet – samt flere afsatte ressourcer internt i forvaltningen.

# Litteratur

Als Research (2019): 'Evaluering af Sundheds-og seksualundervisning og familiekundskab (SSF)' på vegne af Styrelsen for Undervisning og Kvalitet.

Als Research (2020): 'Undersøgelse af udfordringer og stigma i forhold til at have en LGBTI-identitet i Danmark'.

Brinkmann, Svend (2015): 'Etik i en kvalitativ verden' i Brinkmann & Tanggaard, *Kvalitative metoder: En grundbog*. Hans Reitzels Forlag.

Dahl, Karen Margrethe et al. (2018): 'Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne'. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Dahler-Larsen, Peter (2013): 'Virkningsevaluering – en procesbaseret tilgang til effektevaluering' i: *Evaluering af projekter – og andre ting, som ikke er ting*. Syddansk Universitetsforlag.

Deen, Laura et al. (2018): 'Vold og seksuelle krænkelser'. Rapport fra Statens Institut for Folkesundhed.

Frisch et al. (2019): 'Sex i Danmark – Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018'. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet.

Graugaard et al. (2015): 'Seksualitet og Sundhed'. Rapport fra Vidensråd for Forebyggelse.

Hoffmann, Steen (2019): EPI-Nyt Uge 38. Statens Serum Institut.

Jakobsen, Gitte Sofie et al. (2020): 'Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019'. Rapport fra Statens Institut for Folkesundhed.

Justitsministeriets Forskningskontor (2019): 'Udsathed for vold og andre former for kriminalitet - Offerundersøgelserne 2005-18'.

Järvinen, Margaretha et al. (2017): 'Kvalitativ analyse. Syv traditioner'. Hans Reitzels Forlag

Megafon (2016): Resultater for forundersøgelse for 'Kun med Kondom-kampagne 2016' på vegne af Sundhedsstyrelsen.

Packer, Martin (2011): 'The Qualitative Research Interview' i *The Science of Qualitative Research*. Cambridge University Press.

Ravn, Rasmus (2020): 'Realistisk evaluering: Et supplement eller et alternativ til effektevaluering?' i *Metode & Forskningsdesign*, årgang 3, nr. 3. Aalborg Universitet.

Sex & Samfund (2019): 'Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed? – En undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed'.

Sex & Samfund (2020): 'Unges viden om og holdninger til prævention – en vidensopsamling af Sex & Samfund'.

SST.dk (2020): 'True Story', URL: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Forebyggelse/Indsatser/Kampagner/Aktuelle-kampagner/True-Story>

Villadsen, Christensen & Jervelund (2019): 'Interventionsforskning i en folkesundhedskontekst' i: Bornø Jensen & Vallgård: *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard.

YouGov (2016): Ringerunde foretaget for DR2 om billeddeling.