

Strategier i forebyggende helsearbeid – UNGDOM, SAMLIV

• AV ULLA OLLENDORFF, PROSJEKTLEDER
– HANDLINGSPLAN FOR FOREBYGGING AV
UØNSKEDE SVANGERSKAP OG ABORT

Ungdom er yndlingsmålgruppen fremfor noen for forebyggende helsearbeid. Og rasjonalen for det er ikke dum. På lang sikt kan det være stor helsegevinst ved å etablere en god livsstil tidlig i livet. Spørsmålet er imidlertid hva som skal til for å lykkes. Forebyggende innsats overfor ungdom gjøres med vekslende hell. Vi har ennå ikke fått dem til å la være å røyke og drikke, og vi har bare lyktes sånn passe med å få dem til bytte ut junk food med helsekost. Poenget er at ungdom gjennomskuer oss. Bak vår velmenende omtanke aner de en skjult agenda. Nemlig at det vi vil er å tre våre verdier og moralkodeks for hva som er helse og det gode liv nedover hodet på dem – uten å be om tillatelse og sjelden med respekt for deres egen moralkodeks og erfaringsverden. Forebyggende helsearbeid i forhold til ungdom bygger i liten grad på et dialogisk menneskesyn. Vi ser ikke at helse og det gode liv er sosiale og moralske konstruksjoner som skifter innhold i ulike kulturelle sammenheng – og at de derfor må være gjenstand for kontinuerlig fortolkning og dialog.¹

Skjulte agendaer i arbeidet med ungdom og seksualitet

Intet sted er vel mer innbydende for skjulte agendaer enn forebyggende arbeid på området ungdom og seksualitet. Historien vi bærer på tilsier at her ligger angst og moralisme tett under overflaten. Dette er lett å se når hovedoppslag i pressen er: «Helsetilsynet oppfordrer barn og ungdom til vill og uhemmet sex». Det gjør vi selvsagt ikke. Vanskeligere å ane og å komme til livs, når nødprevensjonen er gjemt bort på apoteket fordi «Det kan lett misbrukes og unge jenter kan la seg presse».

Samtidig er akkurat dette et felt der ungdom sjelden lar seg lure. Seksualiteten er en allmennmenneskelig erfaring vi

alle har tilgang til – uavhengig av alder, verdier og sosiale maktposisjoner. Det gjør også at dilemmaer og fallgruver i forebyggende arbeid kan bli ekstra tydelige. Å lykkes her krever tre ting: Du må kunne skjelne klart mellom hva som er god helsefaglig etikk og din egen personlige moral. Du må ta dine målgrupper på ubetinget alvor. Og du må ha klare strategier for arbeidet – sats stort på det som virker og skrot det som ikke fører frem.

Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort

Bekymring over et økende antall aborter blant ungdom og unge voksne, førte i begynnelsen av 1990 åra til en samlet politisk beslutning om ekstra innsats. Resultatet er tre påfølgende nasjonale handlingsplaner, som Helsetilsynet har hatt hovedansvar for å gjennomføre. Det gjør vi

med mange samarbeidspartnere – fagmiljøer med kompetanse på ungdom og seksualitet, skole- og ungdomshelsetjenesten i hele landet og ikke minst med ungdom selv. Målet er å få til en reduksjon i aborttallene blant ungdom og unge voksne – spesielt i områder av landet der abortraten er høy – og å skape gode forutsetninger for bevisste handlingsvalg i seksuelle situasjoner, slik at folk kan få mulighet til å velge når de vil ha barn.² Før vi går nærmere inn på strategiene for arbeidet, skal vi se på hva som er skjedd i ungdomsbefolkningen de siste 10 årene. Hvilke endringer kan vi spore og kan endringene vise om vi er på rett vei?

Noen foreløpige resultater

Noen overordnede indikatorer er bl.a. utviklingen i tenåringsabort og -graviditet, endring i unges kunnskaper om og bruk av prevensjon og endring i seksuell debutalder. En undersøkelse i 2000 som belyser utviklingen i aborttallene siden retten til selvbestemt abort ble lovfestet i 1979, viser at det har vært en jevn nedgang i abortraten utover 90 åra – spesielt blant hovedmålgruppene for handlingsplanene.³ Mens målet har vært en nedgang i abortraten på henholds-





OG SEKSUALITET

vis 5% og 8% i aldersgruppene 15–19 år og 20–24 år, er abortraten i begge aldersgrupper gått ned med noe over 15% på landsbasis fra 88/90 til 97/99. Den mest uttalte tilbakegang er skjedd i områder av landet med høye aborttall. I Oslo er for eksempel abortraten i aldersgruppen 15–19 år gått ned med 29% mens nedgangen i aldersgruppen 20–24 år er 35%. En landsomfattende oversikt over utviklingen i forekomsten av tenåringsgraviditeter viser tendenser i samme retning. Andelen tenåringsfødsler er halvert siden begynnelsen av 90-åra og tenåringsfødsler utgjør nå mindre enn 5% av alle førstegangs fødende.⁴

Vi har dessverre ingen sikre nye kunnskaper om ungdoms faktiske prevensjonsbruk. Omsetningen av prevensjonsmidler og endringer i ungdoms kunnskaper om prevensjon kan imidlertid gi en pekepinn om staa. En undersøkelse foretatt blant 5800 ungdommer i alder 15–25 år i 2000 viser en klar oppgang fra 1997 i kunnskap om de prevensjonsmetodene som gir best beskyttelse mot graviditet. I 2000 plasserte for eksempel 75% av ungdommene spiral blant de metodene som gir høy beskyttelse mot graviditet mot 13% i 1997. Tilsvarende tall for p-sprøyte er 38% i 2000 – en metode som ikke var kjent blant unge tre år tidligere. Undersøkelsen viser også at ungdom er godt kjent med nødprevensjon.⁵ De seneste tallene fra norsk medisinaldepot viser at det har vært en oppgang i salget av hormonelle prevensjonsmidler, p-piller og hormonspiral, og at omsetningen av nødprevensjon er økt med 100% i perioden 1996/1999.⁶ Tall fra helse-tilbud med mange ungdomsklienter, som for eksempel Klinikk for seksuell opplysning i Oslo og Sosialmedisinske senter i Tromsø, viser at konsultasjoner om p-sprøyte er doblet fra 1998 – en indikator på at også denne prevensjonsmetoden blir stadig mer brukt av målgruppene.^{7,8} Undersøkelser viser at alderen for samleiedebut har holdt seg relativt stabil siden begynnelsen av 70-tallet og har endret seg lite i løpet av 90-tallet. I 1991 var gjennomsnittsalderen for første samleie 17.3 år for jenter og 18 år for gutter.⁹ De tilsvarende tallene i 1998 var 17.6 år for jenter og 17.9 for gutter. 9.9% av jentene og 5.2% av guttene har sin samleiedebut før de er 16 år.¹⁰

Det er interessant å sammenholde disse tendensene med utviklingen i fødselstallene i 90-åra. Tall fra SSB viser en økning i det samlede fødselstall i slutten av perioden.¹¹ Samti-

dig er gjennomsnittsalderen på fødende og alder på førstegangs fødende steget. I Oslo var for eksempel gjennomsnittlig fødealder noe over 30 år i 1999.¹¹ Sett i sammenheng kan utviklingstrendene som er skissert her tyde på, at unge mennesker har fått økt kontroll over sine reproduktive liv – og at de benytter denne kontrollen til å velge graviditet på et mye senere tidspunkt enn for 10 år siden. Selvfølgelig kan utviklingen være et produkt av mange ulike faktorer og sammenhengen med den forebyggende innsats tilfeldig. En viktig faktor er at jenter har fått en generelt styrket samfunnsposisjon gjennom bedre arbeids- og utdanningsvilkår. Sosial posisjon er en sentral variabel i internasjonal forskning som brukes til å forklare hvordan sosial ulikhet fører til forskjeller i helse – også når det gjelder forekomst av tenåringsgraviditet og abort.^{12,13} På Island, der jenter gjennom lang tid har hatt en sterk samfunnsposisjon, er abortraten i de yngste aldersgruppene imidlertid steget kraftig de siste 10 årene. Utviklingen er nærmest motsatt den vi kan observere i Norge.³ Jenters styrkede posisjon ser derfor ikke ut til å være den viktigste faktor i å forklare det som er skjedd herhjemme. Undersøkelsene som er referert over, konkluderer med at nedgangen i tenåringssvangerskap og abort kan relateres til større åpenhet om seksualitet og vellykkete forebyggende tiltak.^{3,4} Handlingsplanen har vært gjenstand for en omfattende evaluering i 2000. I evalueringsrapporten trekkes samme konklusjon – spesielt med vekt på de endringene som er skjedd i landsdeler som er «målområder» for planen.¹⁴ Det kan altså være skjellig grunn til å anta at det forebyggende arbeid som gjøres på området har betydning for den utviklingen vi kan spore og at vi er på rett vei mot de målene som er satt.

Hva består strategiene i ?

God sex er helsebringende. Det gjør oss gladere, sprekere og mindre utsatt for sykdom. Og det er det vi arbeider for å fremme. Det styrende prinsipp er å fremme seksuell autonomi – at du skal bli glad i og stolt av din kropp og din seksualitet. At det er du som eier og bestemmer over den. Og at du selv skal ta kontroll over din fertilitet og din seksuelle helse – det er du som bestemmer når du vil ha barn og hva slags prevensjon som passer best i din seksuelle livssituasjon. Stikkordet er å bli konge og dronning i sitt eget liv. Bak dette ligger de seksuelle rettighetene som den internasjonale organisasjonen International Planned Parenthood

Federation (IPPF) har utledet av FNs menneskerettighetserklæring:¹⁵

- Du har rett til et godt seksualliv
- Det er bare du som bestemmer over din egen kropp
- Du har rett til god informasjon og veiledning om seksualitet og prevensjon
- Du har rett til den prevensjon du føler deg mest vel og trygg med
- Du har rett til selvbestemt abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke
- Du har rett til hjelp og behandling av seksuelle problemer
- Du har rett til gratis diagnose og behandling av seksuelt overførbare sykdommer

Norsk og internasjonal forskning viser at god seksualkunnskap og et positivt forhold til egen seksualitet er avgjørende for å utvikle en trygg seksuell identitet.^{16,17} Det er også avgjørende for å treffe selvstendige og bevisste valg i seksuelle situasjoner. En slik tilnærming ser ut til å føre både til bedre prevensjonsbruk og til større bevissthet om hvordan du skal unngå smitte med seksuelt overførbare sykdommer.¹⁸ Men minst like viktig er det å sørge for at de praktiske forutsetningene er tilstede for at ungdom kan ta kontroll over sin seksuelle helse. De må vite alt om prevensjon og den må være lett å få tak i. De viktigste overordnede strategier i arbeidet er:

- å skape stor åpenhet og dialog med ungdom om seksualitet med vekt på positive budskaper
- å sørge for at kommunikasjonen skjer på deres premisser, på arenaer de opplever som betydningsfulle og med personer de har tillit til
- å trene unge mennesker i handlingskompetanse i seksuelle situasjoner
- å få til god prevensjonsveiledning og lett tilgjengelighet til prevensjon
- å arbeide for at barn og unge får kunnskap om seksualitet så tidlig som mulig – at den er tilpasset deres kjønn og alder og gis med respekt for deres unike erfaringsverdener.

Strategiene nedfeller seg i mange og forskjelligartede tiltak – landsdekkende så vel som lokale. Det vil føre for langt å komme inn på alle disse her, men jeg skal gi noen få eksempler som kan illustrere prinsippene i arbeidet og belyse noen dilemmaer ungdom kommer opp i når de møter oss som helsearbeidere.

Kjønn og kommunikasjon

Kjønn er en sentral inngangsport til arbeidet med ungdom og seksualitet.^{19,20} Gutter og jenter har ulike erfaringsverdener, bruker ulike arenaer for helseopplysning og profiterer på ulike tiltak. Det er egentlig selvsagt – men lenge tok vi det for gitt at kjønn er uten betydning i formidling av helse-

informasjon. I det ligger en forestilling både om at gutter og jenter anvender informasjon og informasjonskilder likt og med likt utbytte, og at kjønn er lite vesentlig når det gjelder å utforme og bære frem budskaper. Det er imidlertid langt fra tilfellet. Undersøkelser viser at jenter gjør aktiv bruk av mange typer informasjon og informasjonskilder som ledd i å få kunnskap – brosjyrer, bøker og blader, samtale og tradisjonell undervisning om samliv og seksualitet. Gutter derimot opplever at dette i liten grad angår dem. Språk og form møter ikke guttekulturens metaforer. Innholdet, som i overveiende grad presenteres av kvinnelige lærere og -helsepersonell, defineres som jenteorientert og lite innrettet på gutters behov.^{2,20}

Det har vi forsøkt å ta lærdom av. Tradisjonelle budskaper til unge jenter på seksualitetens området har primært handlet om unngåelsesatferd – hvordan passe på seg selv, om modenhet og holdninger og hvordan unngå (press til) seksualitet. De har i liten grad vært innrettet på å fremme jenters seksuelle autonomi. I dag utformes informasjons- og undervisningsopplegg til jenter med klare budskaper som skal styrke og anerkjenne jenter som seksuelle personer. Aktuelle temaer er for eksempel: Din kropp er skapt til glede, vær stolt av den. Bli kjent med din seksualitet og nyt den. Poenget er at slike budskaper ikke bidrar til seksuell promiskuitet, men til å øke selvtillit – noe som er en forutsetning for å bli tydelig på hva man vil både for seg selv og andre.

Å lage gode tilbud til gutter er både enklere og mer problematisk. Enklere, fordi gutter i mindre grad enn jenter trenger aktiv bevisstgjøring på at de er seksuelle vesener. Vanskeligere, fordi det i dette ligger en implisitt antakelse om at gutter trenger mindre. Undersøkelser viser imidlertid at gutter har dårligere kunnskap enn jenter om sentrale tema i forhold til kropp og seksuell helse. De viser også at gutter ønsker slik kunnskap, og ikke minst at de ønsker noen å kommunisere med som vet hva gutteproblemer dreier seg om.²¹ I nye informasjons- og undervisningsopplegg om samliv og seksualitet forsøker vi å komme dem i møte. Gjennom kommunikasjonsverktøy med utgangspunkt i at guttekultur og teknokultur er nære størrelser – for eksempel problemløsende dataspill og kjappe SMS-meldinger. Og gjennom gruppeopplegg med informasjon av gutter for gutter. Medisinernes seksualopplysning, som er viktige helseundervisere for ungdom, er spesielt bevisste og kompetente til å gjennomføre denne form for undervisning. Det vanskeligste dilemma er imidlertid at det råder stor mangel på voksne menn på unge gutters nære handlingsarenaer. Både som rollemodeller, rådgivere og samtalepartnere. Gutterollen og dermed også gutters seksualitet, defineres for en stor del av kvinner – ikke sjelden i negativ

retning.²² Ut over hva det gjør med gutters selvbylde, kan det også være en viktig grunn til at gutter ikke bruker lokale helsetilbud i samme grad som jenter. Ungdomshelsetasjonene, som skal være et lavterskeltilbud til all ungdom, er fortsatt en kvinnedominert arena, både når det gjelder brukere og helsearbeidere. Og vi har ennå til gode å se om de separate guttetilbudene som prøves ut, er egnet til bruk for dem.

Engasjement på ungdoms premisser – hva kreves?

Gjennom SUSS-telefonen og løpende ungdomsundersøkelser vet vi mye om hva ungdom selv legger mest vekt på når det gjelder rådgivning om samliv og seksualitet.^{21, 23} Hvordan skal veiledningen se ut og hva ønsker ungdom av sine sentrale informasjonskilder? Her er noen stikkord:

- Når voksne gir veiledning og undervisning skal det gjøres med varme og humor – i en voksen form og med et voksent språk. Det minst tillitvekkende ungdom vet er «hippe og coole» voksne, som later som de er seksten, og snakker noe de tror er ungdomsspråk. Ungdom søker kunnskap hos kompetente voksne for å få seriøse råd. Voksne som snakker gatespråk innbyr ikke til respekt og ungdom føler at de blir gjort narr av.
- Veiledningen skal ta utgangspunkt i og vise respekt for at ungdom er opptatt av følelser og relasjoner, men samtidig formidle konkret kunnskap om kropp, seksuell lek, samleie og prevensjon.
- Den skal skje i dialog med ungdom – du skal lytte til og diskutere ungdoms erfaringer. Tal med dem – ikke til dem. Respekter ungdoms etiske dilemmaer og deres evne til å foreta selvstendige ansvarlige valg. Respekter ungdoms grenser og deres behov for å være private.

En viktig grunn til at tilbudet ved SUSStelesonen er blitt en suksess, er antakelig at rådgivning og kunnskapsformidling her bygger nettopp på disse prinsippene. SUSStelesonen som er vår nasjonale hotline til ungdom om samliv og seksualitet, har samtaler med ca 30 000 barn og unge i alder 10–20 år årlig fra hele landet. Og mange står i kø for å komme frem. En viktig grunn til at tilbudet er blitt en suksess, er antakelig at rådgivning og kunnskapsformidling på SUSStelesonen bygger nettopp på disse prinsippene. Du kan være anonym og alt du spør om blir tatt alvorlig og besvart på en direkte og ordentlig måte. Samtidig blir det lagt stor vekt på å at samtalen skal ta utgangspunkt i innringernes egne erfaringer. Vil du ikke høre mer kan du legge på.

Internett er en annen arena som i tiltakende grad brukes til helseinformasjon. Undersøkelser viser at det spesielt er unge i alder 15–25 år som har glede og nytte av slik informasjon – ikke minst unge gutter.^{24,25} Gode helsesteder på

nettet som gir svar på spørsmål om samliv og seksualitet har mange fordeler for unge brukere. Flere av egenskapene som er nevnt for SUSStelesonen gjelder også her. Styrken ved helsetilbud på internett er imidlertid særlig at det gir brukeren stor grad av kontroll og mulighet for egen læring. Informasjonen har gjenbruksverdi – ofte kan du få svar på det du lurte på ved å gå inn i andres spørsmål og svarene de får. Samtidig er det relasjonelle maktforhold som er i en ansikt til ansikt rådgivning ikke tilstede. Det gjør at det både er lettere å stille vanskelige spørsmål og forkaste råd du ikke har nytte av. Selv om nettbaserte helsetjenester har mange begrensninger, kan de både fungere som en sentral førstelinjekontakt og anspore til nytenkning. Poenget er at her du nødt til å ta dine klienter på alvor og være tydelig som helsearbeider – ellers blir du ikke brukt.

Selvbestemt prevensjon

Selvbestemt prevensjon er et prinsipp som vi gjerne skulle realisere fullt ut. Det betyr at brukere og ikke helsearbeidere skal ha kontroll over prevensjon. Her er det nødvendig å tenke kjønn, seksuell livssituasjon og tilgjengelighet. Hva er best for gutter og for jenter. Gutter har foreløpig bare en prevensjonsmetode – og den er lett tilgjengelig. Kondomer kan kjøpes overalt. Det er viktig å bevisstgjøre unge gutter på at det er tøft å bruke kondom i god tid før de trenger det. Kondom skal være et flott symbol på at du er på vei til å bli mann. Det er et mål at kondom skal få samme status som tidligere tiders konfirmasjonsklokke. Men fortsatt mener mange unge gutter at det er problematisk. De synes det kan være flaut å kjøpe på butikken og at det er for dyrt. For å senke disse barrierene kan unge gutter nå få kondomer gratis hos skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom.

Men kondomer er et prevensjonsmiddel for gutter. Uansett beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer er det et prevensjonsmiddel som ikke er jenters. Og barrierene er høye for at de sikreste prevensjonsmetodene for jenter skal bli lett tilgjengelige. Helsetilsynet og Statens legemiddelkontroll har siden 1995 gått inn for at lavdoserte p-piller og nødprevensjon skal være reseptfritt. Reseptfri nødprevensjon har vi fått til – men vi har ennå ikke oppnådd at helseøstre og kommunejordmødre, som er de lettest tilgjengelige helsearbeidere for ungdom, kan skrive resept på p-piller til unge jenter. Det bør også vekke til ettertanke at



enkelte leger har problemer med å skrive ut p-piller til jenter under 16 år. Eller med å gi unge jenter som ønsker det en p-sprøyte. Er det bekymring for jentenes helse som ligger bak, er det for liten kunnskap om de ulike metodene, eller er det her noen av våre skjulte agendaer stikker hodet frem? På kondomer er det ingen aldersgrense – men det er et prevensjonsmiddel som gir mye dårligere beskyttelse mot graviditet. Jenters kontroll over sin fertilitet og mulighet til å ta selvstendige strategiske valg om sin prevensjon, er antakelig det som kan bidra til den største nedgang i aborttallene fremover. Og det vil vi vel alle? Å realisere det vil imidlertid bety at vi må gi noen helsetjenester fra oss. Spørsmålet er om vi er villig til det.

Ikke fall for forferdeliggjøringen av ungdom

Det er sterke aktører på banen med høyst ulike interesser i ungdoms sexliv. De kan ha stor makt over våre forestillinger. Kommersielle interesser, massemedia og ekstreme livsynsorganisasjoner spiller på vår historie og skaper overdrevne og negative forestillinger om ungdoms seksuelle liv. «Rystende undersøkelse om ungdoms seksualvaner» lød et nylig førstesideoppslag i en stor dagsavis. Oppslagsartikkelen, som refererte data fra undersøkelsen og hadde intervju med en ungdomsgruppe, avslørte imidlertid ingen rystende nyheter. En av de ting som ble forferdeliggjort var at ungdom mente at det var ok å ha sex med ungdom under seksuell lavalder. Her er det viktig ikke å gå i baret. Å lytte til hva ungdom faktisk sier og se hva de faktisk gjør. Hva er det ungdom mener med å ha sex og hva slags sex dreier det seg om? En innfallsport er tema som ungdom ofte bringer opp på SUSS telefonen. Undersøkelser herfra viser at ungdom er opptatt av forelskelse og seksuell kos, mens samleie er noe mange ønsker å utsette. Hjåsvaving – ikke penetrasjon er det de er opptatt av. Penetrasjon som seksuell uttrykksform er en voksen fiksering – ikke ungdoms.²³

Forferdeliggjøring av ungdom skjer på mange viktige helseområder. Når ungdom er opptatt av å være slanke og pene, slås de opp i dagspressen som ungdom med spiseforstyrrelser. Når de bruker trange klær for å fremheve en nydelig kropp, innbyr de til seksuelle overgrep og bruker de klær som henger om hasene, inviterer de til skjelett- og muskelsykdommer. Slike fremstillinger kan bidra til usikkerhet og forvirring. Antakelig har de mindre betydning så lenge de holder seg i dagspressen. Ingen undersøkelser har så langt vist at det er her ungdom henter bekreftelse på sin identitet. Langt mer skummelt er det når de kryper under huden på oss som helsearbeidere og betydningsfulle andre for ungdom.

Ungdomsundersøkelsene jeg tidligere har referert til viser nemlig med tydelig klarhet at helsearbeidere er de viktigste kilder til informasjon for unge mennesker, og at det er hos

oss de ønsker å få informasjon og veiledning.^{5,21} Vi er deres bolverk mot interesser som utnytter dem og tilskriver dem egenskaper og handlinger de ikke kjenner seg igjen i. De kommer til oss oftest for å få bekreftelse på at de er vanlige og normale – av og til fordi de trenger hjelp med alvorlige ting. Slik tillit krever at vi ikke faller for mytene, men heller gir dem av det beste vi har.

Referanser:

1. Stewart J (1995): Philosophical features of social approaches to interpersonal communication. I: Leeds-Hurwitz W red. Social approaches to communication. New York. The Guilford Press
2. Sosial og helsedepartementet (1991, 1995, 1999): Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Oslo.
3. Skjeldstad F.E (2000): 20 år med selvbestemt abort – hva viser aborttallene? Rapport, SINTEF Unimed.
4. Lappegård T (2000): Sex, men ikke barn. Samfunnsspeilet nr. 6, Statistisk sentralbyrå
5. Statens helsetilsyn (2001): UNG 2000. Rapport under publisering
6. Norsk Medisinal Depot (2001): Legemiddelforbruket i Norge 1995-1999. Oslo
7. Klinikk for seksuell opplysning (2000): Årsrapport for virksomheten ved KSO i 1999
8. Lande U. (2000): Årsrapport fra Sosialmedisinsk senter i Tromsø 1999
9. Sundet J.M., Magnus P., Kvalem I.L., Samulesen S.O., Bakketeig L (1992): Secular trends and sociodemographic correlates of sexual debut in the general population of Norway. Archives of Sexual Behavior, 21 (3): 241-252
10. Stigum H., Træen B., Magnus P (1999): Rapport fra seksualvanundersøkelsene i 1987, 1992 og 1997. Statens institutt for folkehelse
11. Statistisk sentralbyrå (2000): Aktuell befolkningsstatistikk nr. 7/2000
12. Smith T. (1993): Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. British Medical Journal, 40 (1): 77-90
13. Luker K. (1996): Dubious Conception. The politics of teenage pregnancy. Harvard University Press. Cambridge.
14. Sverdrup S, Lunde T.K (2000): Evaluering av handlingsplan 1995-1998 for forebygging av uønskede svangerskap og abort. Asplan analyse
15. International planned parenthood federation (1996): IPPF Charter on sexual and reproductive rights. London
16. Tschann J.M., Adler N.E (1997): Sexual self-acceptance, communication with partner, and contraceptive use among adolescent females: A longitudinal study. Journal of Research on Adolescence, 7 (4)
17. Helmius G (2000): Manus for mognad. Om kärlek, sexualitet og socialisation i ungdomsåren. Kunnskapsforlaget
18. Robinson R.B., Frank D.I (1994): The relation between self-esteem, sexual activity and pregnancy. Adolescence, 29 (113)
19. Lewis C (2000): Living for tomorrow. Norsk institutt for kvinne og kjønnsforskning, UiO
20. Svanemyr J (1998): Dum med kondom. Rapport fra en kvalitativ undersøkelse blant unge menn i Oslo. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo
21. Statens helsetilsyn (1999): UNG 1995-1998. Ungdoms perspektiver på seksualitet og prevensjon. Rapport, Helsetilsynet
22. Barne og familiedepartementet (2000): Retningslinjer for likestillingsarbeidet i skolen
23. Senter for ungdom, samliv og seksualitet (1998): Rapporter fra SUSSteletonen 1995-1998, Helsetilsynet
24. Norman C.D., Maley O., Skinner H (2000): CyberIsle: Using information technology to promote health in youth. e-cronicle, JAMIP
25. Kummervold P.E, Gammon D., Bergvik S., Johnsen J.K., Hasvold T., Rosenvinge H. (2000): Social support in a wired world - Use of online mental health forums in Norway el, Institutt for telemedisin, Universitetet i Tromsø