

ATT FÖREBYGGA
HIV OCH STI
BLAND UNGDOMAR
OCH UNGA VUXNA

Kunskap och vägledning för
hälso- och sjukvården och andra
intresserade aktörer



ISBN: 978-91-86301-41-5
Artikelnummer: 2009-126-242
Form: AB Typoform
Tryck: Edita, 2009

FÖRORD

Socialstyrelsen ansvarar för att följa upp och samordna de nationella insatserna mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI). Myndigheten är också ansvarig för att se till att långsiktiga förebyggande insatser genomförs. Målet för insatserna är att begränsa spridning av hivinfektion, andra STI och blodburna infektioner samt att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för såväl samhället som den enskilde. I enlighet med smittskyddslagen ansvarar Socialstyrelsen även för att nationellt samordna smittskyddet och ta de initiativ som behövs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd.

Detta dokument är resultatet av det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen mottog 2007: ”att inom ramen för det pågående arbetet med en hälsofrämjande hälso- och sjukvård, ta fram ett kunskapsunderlag och en vägledning för riktade insatser till ungdomar och unga vuxna inom området sexuellt överförbara sjukdomar inklusive sex- och samlevnadsinformation, vid till exempel ungdomsmottagningar och liknande verksamheter”. I uppdraget ingår även att belysa förutsättningarna för samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården.

Vägledningen vänder sig i första hand till alla inom hälso- och sjukvård som arbetar med unga och unga vuxna, och som inom ramen för detta kan bedriva hiv- och STI-prevention, inklusive sex- och samlevnad. Den bör även vara av intresse för andra som sysslar med socialt arbete och undervisning av unga och unga vuxna, och arbetar med områden som berör sexualitet och samlevnad. Det förebyggande arbetet mot hiv och STI respektive smittspårning och behandling är arbetsuppgifter som kräver såväl medicinsk som beteendevetenskaplig och pedagogisk kunskap.

Projektledare och redaktör för arbetet har varit *Monica Idestrom*, Socialstyrelsen. I bilaga 1 namnges de som bidragit till texterna.

En styrgrupp har följt arbetet. Från Socialstyrelsen har *Viveca Urwitz*, enhetschef, *Henrik Moberg*, utredare, *Karin Nordin Jareno*, utredare, *Mari Forslund*, kanslichef och *Merike Hansson*, samordnare deltagit. Vidare har *Marianne Granath*, enhetschef, Folkhälsoenheten vid Sveriges Kommuner och Landsting och *Maria Nyman*, Ungdomsstyrelsen ingått i styrgruppen.

Dokumentet har skickats ut på informell remiss och granskats av ett flertal intressenter. Texterna har språkbearbetats och redigerats. Socialstyrelsen är ansvarig för de slutgiltiga texterna.

Socialstyrelsen tackar alla som på olika sätt bidragit.

Håkan Ceder

tf. generaldirektör

INNEHÅLL

Förord	3
Innehåll	4
Förkortningar och förklaringar	10
Bakgrund	11
Läsanvisning	13
Del I. Förutsättningar för främjande och förebyggande arbete	15
Aktörer inom hälso- och sjukvård	16
Andra aktörer och arenor	19
Hur hälso- och sjukvården möter målgruppen	20
Unga 10–13 år	20
Elevhälsa	20
Ungdomar 14–19 år	21
Elevhälsa	22
Ungdomsmottagningar	22
Unga vuxna 20–29 år	25
Utbildning av aktörer för förebyggande arbete inom sexualitet och samlevnad	30
Sexualitet och samlevnad	31
Utveckling av professionell kompetens inom sexualitet och samlevnad	32
Grunden till professionell kompetens är faktakunskap	32
Praktiska färdigheter i rådgivnings- och behandlingssituationer	32
Förhållningssätt till människor och till kunskap	33
Behov av pedagogisk utbildning	33
Exempel 1. En utbildning för kommunala förändringsprojekt	34
Exempel 2. Förslag på universitets-/högskoleutbildning, fristående kurs 15 poäng	35
Handledning för personal som arbetar med ungdomar	38
Att upprätta ett kontrakt	39
Handledning av arbetsgruppen	39
Ärendehandledning – enskilda ärenden med den unge i fokus	40
Kärnan i handledningsarbetet	41
Handledning som spegling	42
Samverkan mellan olika aktörer och olika arenor	44
Styrning	44
Struktur	45
Samsyn	45

Kompetensutveckling	46
Omvärldsanalys	46
Samverkan med socialtjänsten	46
Samarbete med skolan	47
Samarbete kring undervisningen i sexualitet och samlevnad	47
Skolverkets rapport	48
Samarbetet kring enskilda elever	48
Samverkan med andra aktörer	49
Kommunikation i det förebyggande arbetet	52
Olika nivåer och former för kommunikation	52
Den interpersonella dialogen	52
Information	52
Det offentliga samtalet	53
Utmaningar i kommunikation	53
Samordnad kommunikation	54
Fokus på informationsinsatser	55
Hivportalen – en samordnande webbportal	56
Egengranskning av arbetet	58
Del II. Metodik för främjande och förebyggande arbete	61
Hälsöfrämjande och förebyggande arbete	62
Hälsöfrämjande och förebyggande – två sidor av samma mynt	63
Risk- och friskfaktorer	63
Primär och sekundär prevention	65
Förebyggande och hälsöfrämjande arbete på olika nivåer	66
Normer och värderingar	67
Psykisk ohälsa	68
Livsstil	69
Kan mottagningar i ökad utsträckning arbeta främjande och förebyggande?	69
Metoder och handledning i utåtriktat arbete	72
Arbete i skolan	75
Arbete på universitet och högskolor	76
Arbete i sfi-undervisning	77
Arbete på fritidsgårdar	77
Arbete på musikfestivaler och liknande tillställningar utomhus	78
Arbete på träffställen	78
Handledning och stöd	79
Om metoder i socialt fältarbete i allmänhet	80
Om metoder att nå ungdomar i marginalen eller med missbruksproblem	81
Generellt om arbete bland marginaliserade grupper	81

Samtal om livsstilsfrågor	82
MI-andan och de grundläggande principerna	83
Att respektera autonomi	83
Att locka fram viljan till förändring	83
Att samarbeta	83
Förmedla empati	84
Utveckla diskrepans	84
Respektera motstånd	84
Stötta självtilliten	85
Hur gör man?	85
Förändringen som en process och förändringsyttranden	86
Utbildning och metodhandledning vid motiverande samtal	86
Att lära sig MI	87
Att fördjupa och vidmakthålla kunskaper och färdigheter i MI	87
Metodik för arbetet med ungdomsgrupper	90
Hur startar man? – Prioritering och planering	90
Gruppen	91
Välkommandet	91
Positiv placering	91
Kändisminglet	92
Magiska cirkeln	92
Hur fortsätter man? – Övning om sant eller falskt	93
Träna ställningstagande eller starta en diskussion?	93
Argumentbubblorna	95
Pekpinnebefriat preventionsprat	96
Dragkamp	96
Sex-storm	97
Hur avslutar man?	97
Del III. Kunskap och förhållningssätt i främjande och förebyggande arbete	99
På lika villkor – om jämställdhetsintegrering	100
Jämställdhet	100
Manligt och kvinnligt	101
Lagstiftning	101
Normmedvetet förhållningssätt	102
Jämställdhetsintegrering	103
Metodstöd	103
Kultur, etnicitet och stereotyper	105
Vad är etnicitet?	105
Hur ska stereotyper förstås?	106
Oreflekterade vardagshandlingar	107
Kön, sexualitet och ungdom i en mångkulturell kontext	108

Att möta unga hbt-personer	111
Heteronormativitet	111
Grundläggande kunskap	112
Att förstå och tala om sexualitet	112
Att förstå och tala om kön	114
Heteronormativa antaganden	115
Heteronormativa fällor och enkla knep för förbättring	116
Pedagogik och attitydförändrande arbete	116
Att möta ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning	119
Frigörelse och separation	119
Behov av kunskap om sexualiteten	120
Sociala arenor och mötesplatser	121
Erfarenheter och upplevelser av sexualitet och sexuella handlingar	121
Förmedlande av sexualkunskap	122
Specifikt om autism och adhd	124
Lättlästa böcker om kärlek och sexualitet	124
Film	125
Del IV. Områden att uppmärksamma i förebyggande arbete	127
Alkohol och sexualitet	128
Utforska alkoholen – upptäcka verkligheten	128
Fysisk och psykisk hälsa och alkohol	128
Samlag under alkoholpåverkan	129
Socioekonomiska faktorer, sex och alkohol	129
Unga män och önskad graviditet – mer risktagande	130
Alkoholmissbruk och sexuella övergrepp	130
Hälsa på lika villkor	130
Alkoholen ett av flera hinder för säkrare sex	131
Effektiva metoder	131
Samtal om alkohol	132
Sexuellt våld och tvång	135
Unga offer som utsatts för sexuellt våld	135
Ungdomar som säljer sex	136
Unga förövare som utsätter andra för sexuellt våld	136
Sexuella övergrepp av grupper	137
Förövare och offer känner oftast varandra	138
Att ställa frågor om sexuellt våld och tvång	138
Hur upptäcker man dem som utsatts och dem som utsätter?	138
Internet	139
Hedersrelaterat våld och könsstympning	140

Del V. Kliniskt främjande och förebyggande arbete	143
STI-prevention och venereologi	144
Olika begrundanden i det förebyggande arbetet	145
Meddelarplikten	146
Regelbundna kontroller	146
Undersökningen	148
Ungdomar och unga vuxna kvinnor	148
Den gynekologiska undersökningen ur flera olika perspektiv	149
Jag-stärkande	150
Normaliserande, bekräftande och kunskapshöjande	150
Social anamnes	150
Medicinsk anamnes	151
Förslag på sexuell anamnes	151
Gynekologisk undersökning	152
Undersökningssituationen	152
Förslag på hur man stegvis kan genomföra undersökningen	152
Snippa och slidkrans	154
Ungdomar och unga vuxna män	156
Bemötandet	157
Att ta anamnes	157
Sexualanamnes	158
Vad en sexualanamnes kan innehålla	159
Medicinsk anamnes	159
Vad en medicinsk anamnes kan innehålla	159
Social anamnes	160
Vad en social anamnes kan innehålla	160
Den andro-genitala undersökningen	160
Nödvändig utrustning för att genomföra en undersökning	161
Förslag på hur man stegvis kan genomföra undersökningen	161
Kort om manlig omskärelse	162
Att skydda sig mot STI och oönskade graviditeter	164
Kondom i teori och praktik	165
Kondomkunskap	165
Att använda kondom	166
Instruktioner för kondomanvändning	166
Sexualanamnes	167
Heteronormativa budskap	167
Stereotypa könsroller	167
Motivatorer och barriärer	168
Probleminventering	169

Att samtala om preventivmedel	172
Fyll på med kunskap om den unge är intresserad	174
Reflekterande frågor som kan användas i samtalet	174
Mer att samtala om	175
Sexualbrottslagen och mognadsbedömning av ungdomar under 15 år	176
Sexualbrottslagstiftning	177
Förskrivning av preventivmedel till kvinnor under 15 år	178
Bilaga 1. Experter och referensgrupper	181
Bilaga 2. Förslag på egengranskning	183
Bilaga 3. Genombrottsmetoden	190
Bilaga 4. På mottagningen	194

Förkortningar och förklaringar

FHI	Statens folkhälsoinstitut
FSUM	Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar
IVIK	Individuella programmets introduktionskurs för invandrare
hbt	homosexuella, bisexuella och transpersoner
KSK	Kvinnor som har sex med kvinnor
Lafa	Landstinget förebygger aids, Stockholms läns landsting
MI	Motiverande intervju/samtal
MSM	Män som har sex med män
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter
RFSL Ungdom	Ungdomsförbundet för hbt-personers rättigheter
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SRH	Sexuell och reproduktiv hälsa
SRHR	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
sfi	Svenska för invandrare
STI	Sexuellt överförd infektion
UM	Ungdomsmottagning
UMLV	Ungdomsmottagning och liknande verksamheter
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen)

I de kapitel där innehållet stödjer sig på referenser är dessa redovisade i enlighet med referenssystemet Vancouver. I övriga texter ligger källorna tillsammans med webbadresser och rekommenderad litteratur i slutet av varje kapitel.

I prop. 2005/06:60 (sid. 75) definieras gruppen unga som individer mellan 10 och 13 år, ungdomar mellan 14 och 19 år och unga vuxna mellan 20 och 29 år. Uppdraget i vägledning gäller ungdomar och unga vuxna. För att språket ska flyta benämns ungdomar och unga vuxna ibland samlat som unga människor. När kvinnor respektive män benämns enskilt kallas de unga kvinnor och unga män och avser då alla mellan 14 och 29 år. De som arbetar med ungdomar och unga vuxna beskrivs ibland utifrån sin profession men kallas vanligen för personal.

BAKGRUND

Vid FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 introducerades begreppet reproduktiv hälsa och deltagarna enades om en handlingsplan med ett brett hälsofrämjande och socialt perspektiv [1]. Vid kvinnokonferensen i Peking 1995 betonades jämställdhet och kvinnors och flickors sexuella och reproduktiva rättigheter som en del av mänskliga rättigheter [2]. Såväl FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, antagen 1949, som konventionen om barnets rättigheter, antagen 1989, betraktar att kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa som en grundläggande rättighet [3]. Både i Sverige och internationellt råder enighet om att förebygga smittspridning av hiv. Sverige har därför anslutit sig till den FN-överenskommelse om förebyggande arbete mot hiv och aids, som även inkluderar andra sexuellt överförda infektioner. Överenskommelsen, UNGASS (United Nations General Assembly Special Session on HIV and Aids), antogs 2001.

Abortlagen (1974:595) reglerar rätten till abort och kostnadsfri preventivmedelsrådgivning. Smittskyddslagen (2004:168) föreskriver regler om kostnadsfri testning och behandling för sexuellt överförda infektioner. När det gäller hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar finns en nationell strategi för det förebyggande arbetet men den inkluderar inte andra delar av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Ansvaret för hela området ligger på landsting och kommuner som ska utveckla och prioritera arbetet samt avsätta resurser. De flesta landsting har regionala handlingsprogram som utgår från ett bredare perspektiv än hiv och STI. Denna vägledning försöker därför ta sin utgångspunkt i arbetet med hiv och STI, men belyser sex- och samlevnadsinformation som berör allt förebyggande arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Den nationella strategin för arbetet med hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar beskrivs i prop. 2005/06:60. Det övergripande målet med det förebyggande arbetet är att begränsa spridning av hiv och STI och att begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och för enskilda människor [4]. I strategin beskrivs sju riskutsatta grupper varav ungdomar och unga vuxna är en. Strategin talar om unga i åldern 10–13 år, ungdomar 14–19 år och unga vuxna 20–29 år.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att genomföra intentionerna i strategin. Information om verksamhet finns på myndighetens webbplats [5].

Det förebyggande arbetet gentemot ungdomar och unga vuxna bör inkludera att

- förmedla kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa, sexualitet och samlevnad,
- förmedla kunskap om hiv och andra sexuellt överförda sjukdomar och hur man skyddar sig,
- utifrån kunskap påverka den unges attityd till att skydda sig själv och sin partner mot såväl oönskad graviditet som hiv och STI,
- utifrån den unges kunskap i samtal motivera till ett säkrare sexuellt beteende,
- genom hög tillgänglighet ge möjlighet till ungdomar och unga vuxna att testa sig för hiv och STI,
- smittspåra och i detta arbete arbeta utifrån ovanstående.

Vägledningen tar inte upp det direkta smittskyddsarbetet och de aspekter av förebyggande arbete som redan finns beskrivna i handboken *Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner* [6].

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har regeringens uppdrag att följa folkhälsan för att nå folkhälsomålen. Inom området hiv- och STI-prevention finns två mål: dels skydd mot smittspridning, dels sexualitet och reproduktiv hälsa. FHI har valt att följa utvecklingen med hjälp av bestämningsfaktorer för vilka man har mätbara indikatorer. Två av dem berör förebyggande arbete mot hiv och STI. Faktorerna är oskyddat sex som uppskattas genom indikatorerna kondomanvändning, klamydiautveckling och tonårsgraviditeter, samt sexuellt våld och tvång, det vill säga antalet anmälda brott [7].

Under 2008 anmäldes 448 fall av hiv till Smittskyddsinstitutet [8]. I Sverige utvecklas få fall av aids men hivinfektionen innebär ökad sjuklighet och en livslång medicinerig, ofta förenad med biverkningar. Infektionen får också ofta sociala konsekvenser för den enskilde. Till och med år 2008 har totalt 8 455 fall av hiv anmälts i Sverige, varav cirka 5 000 beräknas leva med hiv i Sverige i dag.

Klamydiainfektionen som inkluderades i den svenska smittskyddslagstiftningen 1988 har utvecklats till en epidemi bland ungdomar och unga vuxna med 42 001 fall anmälda under 2008.

Studier visar att ungdomar tar risker [9-12]. De har fler partner, parallella relationer och kondom används i liten utsträckning. Risken finns därför att hiv kan få fäste i ungdomsgruppen. För att hantera den pågående klamydiaepidemin har Socialstyrelsen utvecklat en nationell handlingsplan för klamydia-prevention [13]. Handlingsplanen ska fungera som en sammanhållande struk-

tur för det preventiva arbetet och som en ram för uppföljning, förändring och förbättring av insatserna. I handlingsplanen finns ett antal resultatmål som ska vara uppnådda år 2014. Med ”väsentligen” avses en signifikant ökning från de resultat som uppmäts 2009.

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

Denna vägledning bygger på den internationella kunskapssammanställning om förebyggande arbete vad gäller ungdomars sexuella hälsa som lämnades av Socialstyrelsen 2007. Den bygger också på en kartläggning enligt LFA-metoden som genomfördes vid ett tvärprofessionellt seminarium i mars 2008 [14], på en enkätundersökning som gjorts särskilt för vägledningen, annan sammanställd forskning men även på erfarenhet av arbete som visat sig effektivt.

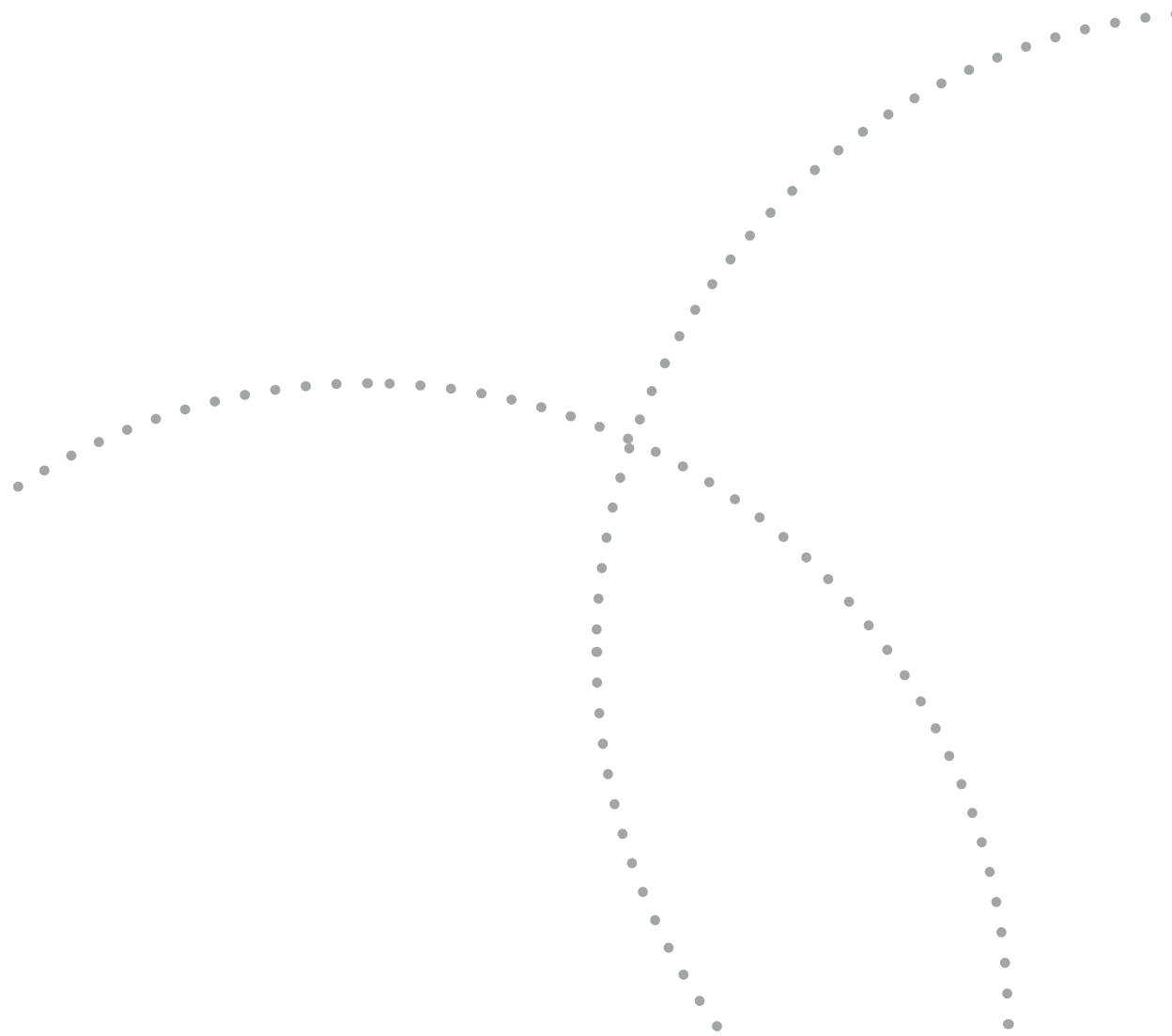
Läsanvisning

Vägledningen är tänkt att fungera som ett stöd för förebyggande arbete utifrån den kunskap som i dag finns inom området. Förebyggande arbete omfattar både uppsökande och utåtriktat arbete på såväl individ- som gruppnivå liksom mottagningsverksamhet. Vägledningen ska ses som ett stöd i arbetet med att nå målen för den nationella strategin och klamydiahandlingsplanen. Den beskriver förhållningssätt, kunskap och metodik som kan möjliggöra eller bevara ett beteende som främjar sexuell hälsa och ska kunna vara en utgångspunkt för reflektion, gruppdiskussioner och egenvärdering av den egna verksamheten. Den ger såväl teoretiska som praktiska förslag på arbetsformer och ska kunna användas som utgångspunkt för förändringsarbete. För beslutsfattare och huvudmän som ska formulera uppdrag kan vägledningen vara ett stöd i arbetet för förståelsen av de förutsättningar som behövs för förebyggande arbete.

Referenser, rekommenderad litteratur och webbadresser

1. United Nations. Programme of action of the International Conference on Population and Development, 1994, Cairo. New York: United Nations 1994.
2. United Nations. The Beijing Declaration and Platform for Action on Equality, Development and Peace, Fourth World Conference on Women, 1995, Beijing. New York: United Nations 1995.
3. Rättighetspraktika – om sexualitet och mänskliga rättigheter. RFSU, ISBN 978-91-85188-35-2, www.rfsu.se.
4. Prop. 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.
5. www.socialstyrelsen.se/hivsti.
6. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. 2007-101-2. Socialstyrelsen 2008. www.socialstyrelsen.se.
7. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsans målområden, www.fhi.se.
8. www.smittskyddsinstitutet.se.
9. Herlitz C. Hiv och aids i Sverige; Kunskaper, attityder och beteende hos allmänheten 1987–2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
10. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Statens folkhälsoinstitut Rapport 2006:18, www.fhi.se.
11. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen 2007.
12. Folkhälsorapport 2009, Artikelnummer: 2009-126-71. ISBN: 978-91-978065-8-9, www.socialstyrelsen.se.
13. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention. Med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. Socialstyrelsen: 2009 Artikelnummer: 2009-126-180. Publicerat på www.socialstyrelsen.se.
14. Logical Framework Approach (LFA). En sammanställning av LFA-teorin. Sida. Finns att hämta på www.sida.se.

DEL I. FÖRUTSÄTTNINGAR
FÖR FRÄMJANDE OCH
FÖREBYGGANDE ARBETE



För att bedriva ett hälsofrämjande och förebyggande arbete behövs grundläggande förutsättningar som att

- arenor och aktörer är de rätta, tillräckligt många och tillgängliga,
- det finns tillgång till kondomer och andra preventivmedel, testning, smittspårning och resurser för samtal i syfte att förmedla kunskap och minska riskbeteende,
- aktörer har adekvat utbildning,
- samverkan fungerar,
- rätt kanaler kommunicerar rätt budskap,
- uppföljning och utvärdering genomförs.

Ytterst beror tilldelade resurser på politiska beslut men hur resurserna används styrs också av dem som utför arbetet. Texterna i denna första del av vägledningen visar på en del av de faktorer som påverkar förutsättningarna. För enskilda mottagningar kan det finnas andra kontextberoende förutsättningar som behöver identifieras och lyftas upp till diskussion.

Aktörer inom hälso- och sjukvård

Ett antal verksamheter inom hälso- och sjukvården förmedlar kunskap om sex och samlevnad och erbjuder ungdomar och unga vuxna testning och rådgivning för hiv och STI samt kondomer och andra preventivmedel. Det förebyggande arbete mot hiv och STI är oftast helt integrerat i, och kan inte separeras från arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Arbetet är både hälsofrämjande, förebyggande och behandlande men det kan vara otydligt i vilken utsträckning och på vilket sätt det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska bedrivas. De som arbetar hälsofrämjande och primärpreventivt behöver rutiner och avtal för att kunna genomföra arbetet tillräckligt systematiskt och med god kvalitet. För att få utrymme för hälsofrämjande och förebyggande insatser behöver troligen deras uppdrag också avgränsas gentemot den mer specialiserade vården. Samverkan och avtal för att kunna lotsa vidare till specialiserad vård kan underlätta. Resultaten beror ytterst på den politiska viljan och hur man utnyttjar de resurser som finns. Till abortmottagningar kommer de som ska genomgå abort. Dessa mottagningar arbetar också indirekt med STI-prevention men framförallt direkt med förebyggande av upprejade oönskade graviditeter.

Utöver de verksamheter som direkt möter ungdomar och unga vuxna finns folkhälsoenheter respektive folkhälsostrateger centralt inom landsting och kommuner. De följer och utvecklar det främjande och förebyggande folk-

hälsoarbetet. Inom varje landsting finns landstingsamordnare som i samverkan med Socialstyrelsens utvecklar arbetet med hiv- och STI-prevention. I begreppet landsting inkluderas här också regioner och storstadsregioner, samt Gotlands kommun.

Det lokala arbetet är av central betydelse för det förebyggande arbetet med hiv och STI. Smittskyddsläkare är en regional befattning med befogenhet för myndighetsutövning utifrån smittskyddslagen (2004:168). Varje landsting ansvarar för att det finns en verksam smittskyddsläkare som har det operativa ansvaret för smittskyddet. Denne planerar, organiserar och leder smittskyddsarbetet och ser till att förebyggande arbete genomförs. Den lokala smittskyddsenheten handlägger anmälningar enligt smittskyddslagen samt fall av smittspårning som hälso- och sjukvården inte kunnat fullfölja. Smittskyddet ska vara av god kvalitet. Personal som smittspårar ska ha kompetens och erfarenhet som är lämplig för uppgiften och de behöver utbildning och regelbunden uppdatering.

Inom varje landsting och region finns i dag STI-grupper där man planerar, utvecklar och följer upp det förebyggande arbetet mot hiv, STI, och oftast också oönskade graviditeter.

Vården måste också ha kunskap och förståelse för att kunna möta de unga och ungdomar som i dag lever med hiv så att de får det bemötande, den information och det stöd de behöver. Sverige har skrivit under FN:s barnkonvention där det skrivs om barns rätt att få ett bra mottagande och bra vård. På Barndivisionen vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge finns lång erfarenhet och kompetens av arbete med barn och ungdomar med hiv [1].

Tabell 1. Beskrivning av aktörer och nivåer i det hiv- och STI-preventiva arbetet
 Figuren är modifierad utifrån fokusrapporten Prevention inom hälso- och sjukvården, Stockholms läns landsting 2006

	Förebyggande Hälsofrämjande	Prevention	Prevention	Prevention
Aktörer	<ul style="list-style-type: none"> – Elevhälsan. – Ungdomsmottagning. – Mödrahälsovård. – Ideella organisationer. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elevhälsan. – Ungdomsmottagning. – Mödrahälsovård. – Ideella organisationer. – Primärvård. – STI/Sesam-mottagning. 	<ul style="list-style-type: none"> – Elevhälsan. – Ungdomsmottagning. – Mödrahälsovård. – Primärvård. – STI/Sesam-mottagning. – Gynekologisk mottagning. – Abortmottagning. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ungdomsmottagning. – Mödrahälsovård. – Primärvård. – STI/Sesam-mottagning. – Gynekologisk mottagning. – Abortmottagning.
Innebörd	<ul style="list-style-type: none"> – Att skapa förutsättningar för och uppmuntra till goda val. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tidig upptäckt av riskabel livsstil som kan leda till STI respektive oönskad graviditet. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tidig upptäckt av smitta och oönskad graviditet. 	<ul style="list-style-type: none"> – Lindra och bota sjukdom. – Stödja beslut.
Målgrupp	<ul style="list-style-type: none"> – Ungdomar och unga vuxna i befolkningen. – Särskilda grupper. 	<ul style="list-style-type: none"> – Riskgrupper, t.ex. ungdomar och unga vuxna med riskbeteende eller riskabel livsstil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ungdomar och unga vuxna som har utsatt sig för risk och söker mottagning. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ungdomar och unga vuxna som är diagnostiserade eller sjuka med STI, eller oönskat gravida.
Mål	<ul style="list-style-type: none"> – Bidra till stödjande miljöer, t.ex. UMLV i varje kommun, STI-mottagning på alla högskoleorter. – Stimulera till och stödja goda val av t.ex. livsstil och preventivmedel. 	<ul style="list-style-type: none"> – Alltid använda kondom. – Kunna förhandla om skyddat sex. – Använda preventivmedel. – Säga nej till oskyddat sex. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tidig upptäckt och intervention för att förhindra oönskad graviditet respektive STI och upprepad oönskad graviditet eller infektion. 	<ul style="list-style-type: none"> – Lindra och bota ohälsa och sjukdom. – Förebygga återfall.
Verktyg	<ul style="list-style-type: none"> – Kunskapsförmedling, opinions- och normbildning. – Självinsikt, färdighetsträning för kondomanvändning. 	<ul style="list-style-type: none"> – Kunskapsförmedling. – Motiverande samtal. – Stödjande samtal. – Utåtriktad verksamhet. – Tillgänglig service. 	<ul style="list-style-type: none"> – Kunskapsförmedling. – Motiverande samtal. – Stödjande samtal. – Testning. – Smittspårning. 	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnostik. – Kunskapsförmedling. – Motiverande samtal. – Stödjande samtal. – Behandling. – Uppföljning.

Andra aktörer och arenor

Skolan är den centrala arenan för att nå alla unga och ungdomar att genom undervisning och samtal ge dem grundläggande kunskaper i sexualitet och samlevnad. I vägledningen är uppdraget att belysa hälso- och sjukvårdens arbete men betydelsen av skolans arbete beskrivs i kapitlet om samverkan. I den nationella handlingsplanen för klamydiaprevention beskrivs skolans arbete mer utförligt. Föräldrar är, tillsammans med kamrater, andra viktiga aktörer som påverkar ungas kunskap, attityder och beteende. Mediernas roll är också stor.

HUR HÄLSO- OCH SJKVÅRDEN MÖTER MÅLGRUPPEN

Unga 10–13 år

För unga mellan 10 och 13 år är det ett främjande och förebyggande perspektiv med förmedlande av kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa som är det primära uppdraget. En grundläggande positiv syn på sexualitet ska förmedlas och utifrån ett icke-heteronormativt, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv träna förmågan att kommunicera om kropp, identitet, vänskap, närhet, förälskelse och sexuella känslor. Unga behöver träna färdigheter som stärker självkänsla, identitet och den egna rätten till sin kropp och sexualitet. Utifrån mognad kan man förmedla kunskap om sexualitet och samlevnad samt träna ett normmedvetet perspektiv på hur kön och sexualitet framställs i samhället. Undervisning och kunskapsförmedling ska lägga vikt vid att göra barnen delaktiga och förbereda dem för kroppsliga och emotionella förändringar under puberteten. Utifrån gruppens mognad kan det bli aktuellt att förmedla kunskap om och främja en positiv attityd till att använda skydd mot såväl oönskad graviditet som hiv och STI. Färdigheter inom sexualitet och samlevnad måste förankras i varje individ på ett personligt plan då varje ung människa själv bestämmer hur de vill leva ut sin sexualitet. Som personal måste man ha kunskap om den biologiska och psykosociala utvecklingen så att man har kunskap att möta den unge på den nivå den befinner sig.

Första linjen inom hälso- och sjukvården för åldersgruppen är elevhälsan och till viss del ungdomsmottagningar (UM).¹ Flera studier pekar på gruppen 10–13 år som en kritisk ålder då unga tillägnar sig de kunskaper och attityder som främjar hälsan under hela ungdomsperioden [2].

Elevhälsa

Elevhälsan har en programmatisk uppläggnings och skolsköterskan träffar alla elever i hälsosamtal. Samtalen innehåller information och förmedlar kunskap

¹ I förslag till en ny skollag U2005/5584/S fastställs begreppet elevhälsa som ska innefatta läkare, skolsköterska, kurator, psykolog samt specialpedagog.

om kroppens utveckling och puberteten. Andra livsstilsrelaterade områden som hygien, kost, motion och sexualitet tas också upp [3]. Studier visar att ungdomar som får kunskap om sex och samlevnad före sexuell debut i högre utsträckning praktiserar skyddat sex [2]. En svensk interventionsstudie visar att samverkan mellan UM och elevhälsan kan bidra till ökad självkänsla hos unga flickor [4]. På många skolor finns kuratorer och andra stödpersoner som tillsammans med skolsköterska deltar i sex- och samlevnadsundervisning samt ger pedagogiskt och psykosocialt stöd till elever med behov av samtal om livsstilsrelaterade frågor.

Metodstöd till föräldrar kan öka deras förmåga att samtala med sina barn. Föräldramöten är därför en utmärkt kanal för såväl elevhälsa som ungdomsmottagningar att påminna, uppmuntra och ge verktyg till föräldrar att samtala med sina barn inför sexuell debut utifrån att sexualitet är en naturlig utveckling mot vuxenlivet. Att medverka vid föräldramöten kan ses som ett led i den nationella strategin för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap [5]. Genom att förmedla att sexualitet är något positivt och lustfyllt som ska vara frivilligt och ömsesidigt, och skyddat mot oönskade graviditeter och STI, så kan föräldrar påverka ungdomars attityd och beteende vad gäller kondomanvändning och preventivmedel. Föräldrar kan också behöva mer kunskap om de preventivmedel som är aktuella. Vid alla sådana samtal behöver personalen vara uppmärksam så att informationen inte är heteronormativ, utan jämlik.

Föräldrar kan också uppmuntras att samtala om den lagstiftning som finns om ålder och samtycke vid samlag samt berätta om abortlagen. I dag är det osäkert om alla unga nås av denna information. Det vore önskvärt att alla unga får kunskap om både sexualbrottslagen och abortlagen. I Nederländerna, ett land med lågt antal aborter, arbetar man aktivt med påminnelser till föräldrar som har en tonåring [6] och i Finland skickar man informationen direkt till tonåringen [7].

Ungdomar 14–19 år

Ungdomar mellan 14 och 19 år behöver åldersanpassad kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och om hiv och andra sexuellt överförda infektioner samt hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter. Genom kunskap kan de förstå hur de ska skydda sin egen och andras fertilitet och deras attityd påverkas till att skydda sin nuvarande eller framtida partner mot såväl oönskad graviditet som hiv och STI. För att hbt-perspektivet inte ska glömmas bort behöver personalen tillägna sig ett normmedvetet förhållningssätt.

Utifrån ungdomarnas kunskap kan man föra reflektionsväckande samtal och öka motivationen till att praktisera skyddat sex. Genom en hög tillgänglighet vid de mottagningar som vänder sig till ungdomar ska de ha möjlighet att testa sig för hiv och STI. Ett sätt att öka tillgängligheten kan vara att en del av öppettiden är avsatt för obokade besök och att de som arbetar med smittspårning har utbildning, intresse och tid för uppgiften. Det förebyggande arbetet mot oönskade graviditeter ingår alltid i arbetet med denna åldersgrupp. Första linjen i hälso- och sjukvården för denna åldersgrupp är elevhälsan och ungdomsmottagningar. Andra arenor är STI-mottagningar och vårdcentraler samt mottagningar för mödrahälsovård (på orter där UM saknas). Allas kompetens och handläggning av sex- och samlevnadsfrågor ska vara anpassad till ungdomars behov.

Elevhälsa

Vid årsklassrelaterade hälsobesök hos elevhälsan i årskurs 7–8 och årskurs 1 på gymnasiet rekommenderas att man tar upp sexualitet, preventivmedel och hur sexuellt överförda infektioner kan förebyggas. Hälsosamtalen i skolan är en arbetsform med en stödjande och hälsofrämjande inriktning. Skolsköterskan och skolkuratoren deltar ofta i klassrumsundervisning inom området sex och samlevnad och det kan då leda till att ungdomar vågar tala om kroppen och sexualitet i de enskilda samtalen, då de förstår att det finns kunskap och beredskap för det. Både i försöks- och i ordinarie verksamhet finns det hos elevhälsan vid en del högstadie- och gymnasieskolor tillgång till kondomer, akut-p-piller och klamydiatest. Detta kan vara positivt för tillgängligheten i de områden där UM saknas eller har begränsad öppettid.

Social- och hälsoministeriet i Finland anser att eleven bör ha någon på skolan att vända sig till med frågor om sexualitet. I handboken för grundskolans hälsovård uppmanas skolhälsovården att i samtal ”aktivt sträva efter att rätta till felaktiga uppfattningar om andra personers sexuella erfarenheter, stävja pressen att inleda ett sexliv i tidig ålder och poängtera betydelsen av egna beslut” [7].

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar är en situationsorienterad lågtröskelverksamhet som arbetar utifrån lokala riktlinjer från sina huvudmän, själva har formulerat sitt uppdrag eller följer FSUM:s policyprogram [8].

Både myndigheter och ungdomar har förväntningar på verksamheten. Arbetet kräver långsiktighet, framförhållning och goda förutsättningar då

målgruppen ständigt fylls på med nya ungdomar som behöver kunskap, samtal och stöd. En verksamhet som UM behöver samverka med andra aktörer och vid behov behövs samverkansavtal.

I dag definierar intresseföreningen Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) en UM som att det ska finnas personal med såväl medicinsk som psykosocial kompetens. Den medicinska professionen är så gott som alltid barmorska med förskrivningsrätt och läkare. Den psykosociala kompetensen är oftast kurator eller socionom med terapeutisk utbildning och ibland psykolog. Kompetenserna kompletterar varandra. Läkaren kan vara specialist i allmänmedicin, gynekolog eller ibland barn- och ungdomsläkare. Oavsett specialitet kan kunskap i adolescensmedicin behövas för förståelsen av tonårens specifika utvecklingsfaser. Om läkaren som är medicinskt ansvarig också är aktivt involverad i verksamheten kan detta troligen påverka fortbildning och kompetensutveckling. De kompletterande professionerna är en bra utgångspunkt men andra kvaliteter som uppdragsgivaren kan vilja väga in kan till exempel vara graden av tillgänglighet, och kompetens och avsatt tid för uppsökande respektive utåtriktat arbete. För de mottagningar som inte uppfyller kriterierna kan benämningen ungdomsanpassad mottagningstid respektive preventivmedelsrådgivning för ungdomar och unga vuxna vara mer lämplig. En standardisering till exempel inom respektive landsting eller region kan förenkla för ungdomar att förstå vilken service som erbjuds under beteckningen UM.

Arbetet på UM är huvudsakligen uppbyggt på individuella besök och samtal. Besökarna är till största delen unga kvinnor. Andelen registrerade individuella besök av unga män är cirka 20 procent per år men andelen är troligen större då besök för att hämta kondom inte alltid registreras. Behovet av kunskap och samtal är sannolikt lika stort hos alla ungdomar men arbetet med unga män behöver utvecklas på UM och kompletterande arenor [9]. Unga män uppger i hög utsträckning (62 procent) skolan som sin främsta källa till information om preventivmedel och STI [10]. Det framgår inte om det är lärare eller elevhälsan som är källan. För att få mer kunskap om unga mäns behov och önskemål kan till exempel fokusgruppundersökningar generera idéer om vilka arenor och vilka aktörer unga män vill använda rörande frågor kring sexualitet, samlevnad och prevention. I dag nås unga män i grupp, ensamma eller tillsammans med unga kvinnor framför allt när elevhälsan och UM arbetar utåtriktat. Det visar på vikten av att både elevhälsans och UM:s uppdrag ska innehålla uppsökande och utåtriktat förebyggande arbete. Ett utökad antal tillfällen för unga män att göra studiebesök på UM kan vara positivt. Innehållet i det utåtriktade arbetet bör innehålla såväl kunskapsöverföring som interaktivt arbete med attityder och beteenden, inte bara en

beskrivning av vad UM har att erbjuda. Genom det interaktiva arbetet kan kanske det förtroende skapas som behövs för att fler unga män ska söka individuellt. För att nå ungdomar som saknar möjlighet att på egen hand söka UM bör det finnas kontinuerlig samverkan med andra verksamheter och ideella organisationer som möter olika grupper av ungdomar, till exempel särskola och gymnasieskolans IVIK-verksamhet² och unga vuxna i sfi-undervisning. I det utåtriktade arbetet kan samverkan med ideella organisationer vara en framgångsfaktor.

I dag ses en stor spridning av klamydia bland ungdomar och unga vuxna. Den största ökningen 2007 skedde i den yngsta åldersgruppen. I åldern 15–19 år var ökningen 60 procent bland kvinnor och 71 procent bland män.

I det förebyggande arbetet kan en ungdomsmottagning med hög tillgänglighet, till exempel öppet på kvällar och lördagar, och med fler kompetenser behövas centralt i varje landsting respektive region, detta som en resurs för mindre mottagningar och för ungdomar och unga vuxna som behöver annan kompetens än den som erbjuds lokalt. Exempel på detta kan vara manlig personal, personal med specialkunskap om ungdomar med fysiska funktionsnedsättningar eller venereologi. Ibland kan utbudet behöva vara större för att de unga också ska ha möjlighet att välja en personal som de känner sig trygga att relatera till. Brist på tillgänglighet kan också omedvetet skapa konkurrens mellan de yngre och äldre åldersgrupperna där de med mer sexuell erfarenhet och större verbal förmåga kan ha lättare att ta för sig.

De geografiska förutsättningarna och befolkningsunderlaget varierar stort mellan stad och landsbygd i Sverige så lokalisering av UM eller ungdomsvänlig mottagning ser av naturliga skäl olika ut. Har mottagningen öppet hela veckan kan det, för att nå många, vara en framgångsfaktor att ligga centralt i egna lokaler. I glesbygd och i mindre städer, där UM har begränsad öppettid, kan en samlokalisering med elevhälsan vara att föredra då skolsköterskan kan bli en aktör som ökar tillgängligheten. Det finns också indikatorer som tyder på att det är enklare för invandrarungdomar att besöka en UM som är samlokaliserad med elevhälsan [11]. I Skottland har man för att öka tillgängligheten beslutat att ungdomsanpassad verksamhet med drop in ska vara lokaliserad på skolan eller i dess närhet [12].

När det gäller psykosocialt arbete så ses kontinuitet med vårdgivare som helt självklar. Däremot saknas det kunskap om kontinuitetens betydelse för hiv- och STI-preventionen, det vill säga att få träffa samma vårdgivare som med ett motiverande förhållningssätt förmedlar kunskap, kan förändra attityd och stödja motivationen till beteendeförändringar.

2 Individuella programmets introduktionskurs för invandrare.

UMLV saknas på många orter eller har begränsad tillgänglighet. Tillgängligheten minskar också på sommaren då många stänger helt eller delvis. För att öka tillgängligheten beslutade regeringen 2007 att utveckla en virtuell ungdomsmottagning. Den finns i dag som en separat del av sjukvårdsrådgivningens verksamhet och nås via www.umo.se. Den möjlighet till anonymitet som internetbaserad rådgivning ger kan också bidra till att tjänsten når grupper som annars inte vänder sig till UMLV.

Unga vuxna 20–29 år

Unga vuxna kan liksom övriga åldrar söka många olika vårdgivare: primärvården vid vårdcentraler, ungdomsmottagningar eller mödravårdscentraler, sjukhusens mottagningar för gynekologiska, hud- och köns-, infektions-, urologiska eller venereologiska sjukdomar. Det finns också privata aktörer. Kvinnor har generellt fler valmöjligheter och lättare att komma till gynekolog medan utbudet och kunskapen är mindre för män. STI kan vara ett känsligt ämne så de sökande måste känna att det råder en hög grad av sekretess. Valfrihet när det gäller vårdgivare ska finnas. Väntetiden för dem som vill testa sig ska vara kort för att uppfylla kraven enligt smittskyddslagen (2004:168). Möjligheten till drop in på mottagningar som arbetar förebyggande kan vara ett sätt att uppfylla kraven. I *Nationella strategin* (prop. 2005/06:60) bedömer regeringen att preventionsstrategier när det gäller unga vuxna bör kopplas till arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

En STI-mottagning är en mottagning som tar emot för testning, rådgivning och behandling av sexuellt överförda infektioner (STI).³ Vanligen förekommer såväl bokad som öppen mottagning. Barnmorska, gynekolog och kurator är basen men på större mottagningar finns ofta fler specialister och mer kompetens i grundbemanningen. Hud- och venereologiska klinikers sammanfallande upptagningsområde kan vara en lämplig avgränsning för en mottagning av detta slag. I Stockholm finns sedan snart 20 år goda erfarenheter av samarbetsmottagningar kring STI. Vid dessa finns venereologer, gynekologer, barnmorskor, sjuksköterskor och kuratorer som var för sig eller i team kan möta patienterna och utifrån behov inte enbart verka STI-förebyggande utan också alltid ha fokus på arbetet med att förebygga oönskade graviditeter [13].

Kvinnor kan vända sig till mottagningar där det huvudsakliga arbetet är hälsovård och föräldrastöd under graviditet men som också har ett uppdrag

³ Andra namn på mottagningar med denna profil är hud- och könsmottagning, Centrum för sexuell hälsa och Sesam (sex och samlevnads) mottagning.

att arbeta förebyggande mot oönskade graviditeter och STI.⁴ I glesbygd och på mindre orter och städer är dessa mottagningar i hög utsträckning huvudsakliga svariga för detta arbete. Alla gravida ska erbjudas provtagning för hivinfektion, hepatit B och syfilis [14] och de kvinnor som kommer för preventivmedelsrådgivning ska alltid erbjudas klamydiaprov och annan provtagning om de så önskar.

Många UM har speciellt avsatt tid för unga män och i storstadsregionerna finns mottagningar som enbart riktar sig till män. Mottagningar som specifikt riktar sig till män som har sex med män (MSM) finns 2009 i Stockholm, Göteborg och Malmö. Där har man byggt upp en kompetens utifrån männens behov och det finns ofta tillgång till specialister på mottagningarna. Däremot är det mer ovanligt med riktade mottagningar för kvinnor som har sex med kvinnor (KSK). Bara i Stockholm och Eskilstuna finns år 2009 mottagningar som vänder sig till lesbiska. Det innebär att lesbiska kvinnor, även fortsatt, kommer att vända sig till i första hand UMLV. RFSL arbetar sedan en tid tillbaka med att efter utbildning av all personal hbt-certifiera mottagningar. All personal som arbetar inom UMLV behöver kunskap om till exempel könsidentitet och transfrågor för att kunna möta alla ungdomar och unga vuxna på ett professionellt sätt.

I åldersgruppen 15–24 år finns flest klamydiasmittade. I denna grupp fanns, år 2007, 73 procent av alla fall av klamydia. Medelåldern för smittade kvinnor var 21,5 år och för män 24 år. Flertalet i åldersgruppen har ett aktivt sexliv.

För att nå målen i *Nationell handlingsplan för klamydiaprevention* och *Nationella strategin* (prop. 2005/06:60) för hivprevention finns ett behov av en eller flera STI-mottagningar i städer med högskola eller universitet, som har en hög andel invånare i denna åldersgrupp. Studenter från EU och övriga världen kommer till Sverige och svenska ungdomar reser utomlands. För att öka tillgängligheten för alla ungdomar kan STI-mottagningar i studentstäder givetvis vända sig till hela populationen av unga vuxna och vuxna från 18–20 år och uppåt. En sådan mottagning ska vara lätt tillgänglig för testning av hiv och STI, arbeta med kunskap och motiverande samtal för att minska förekomsten av oskyddat sex och förebygga smittspridning. Värt att notera är att på Sesam City i Stockholm består besökarna till 60 procent av män vilket kan tyda på att det är en typ av mottagning som passar män. Sesam City är en drop in-mottagning för unga vuxna från 20 år, där man kan ta prover för att påvisa sexuellt överförda infektioner som lyder under smittskyddslagen.

4 Kallas vanligen mödravårdscentral, barmorskemottagningar och ibland kvinnohälsa.

På vård- respektive hälsocentraler och vid mindre läkarmottagningar bedrivs primärvård i offentlig eller privat regi. Där erbjuds testning, rådgivning och behandling av sexuellt överförda infektioner. På orter som saknar speciellt riktade mottagningar är detta en viktig aktör. Gynekologisk mottagning är oftast en specialistmottagning som kräver remiss eller akuta besvär. Den ligger vanligen nära eller är ansluten till en kvinnoklinik. Deras uppdrag är behandlande och därför är testning och behandling oftast en följd av akuta eller kroniska besvär och sällan spontan provtagning.

Enligt högskoleförordningen (1993:100) ska högskolor och universitet i Sverige ansvara för att studenter har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa [15]. En fjärdedel av studenthälsomottagningarna bedriver verksamhet med preventivmedelsrådgivning, STI-testning och utdelning av kondomer och har information om detta på sin webbplats. Tre fjärdedelar informerar om klamydia, smittspridning och testning samt hänvisar till UM och Sesam-mottagningar. Förebyggande arbete mot hiv och STI i studentgruppen kan sannolikt bli effektivare om det etableras en strukturerad samverkan mellan studenthälsan och en STI-mottagning.

Referenser

1. Barn, ungdomar och hiv. En konferensrapport om vård och psykosocialt omhändertagande i Sverige av barn och ungdomar som lever med hiv. Artikelnr 2009-126-6. Socialstyrelsen 2009. www.socialstyrelsen.se.
2. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskaps- sammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
3. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. ISBN 91-7201-881-X. Artikelnr 2004 130 2. Publicering www.socialstyrelsen.se augusti 2004.
4. Rembeck G I, Gunnarsson R K (2004) Improving pre- and postmenarcheal 12-year-old girls' attitudes toward menstruation. *Health Care Women Int.* Aug;27(7):680–98.
5. SOU 2008:131. Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Stockholm 2008.
6. Ketting E, Visser A P. Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained. *Patient Educ. Couns* 1994;23:161–71.
7. Promotion of sexual and reproductive health. Action programme 2007–2011. ISBN 978-952-00-2377-5. Social- och Hälsovårdsministeriet, Helsinki 2007, www.stm.fi/sv.
8. Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, www.fsum.org.
9. Mebius C. Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar. Socialstyrelsen. Stockholm; 2000.
10. Ungdomsbarometern 2008 presenterad på www.socialstyrelsen.se.
11. Att förebygga oönskade graviditeter. Kartläggning, beskrivning och analys av verksamhetens arbete med unga och unga vuxna. Artikelnummer 2008-131-26. Socialstyrelsen 2008.
12. Personlig kommunikation med Shirley Fraser, Programme Manager Sexual Health and Wellbeing. www.healthscotland.com/wish.
13. Sesam, Framväxten av sex- och samlevnadsmottagningar i Stockholms läns landsting. Lafa 3:99.
14. Infektionsscreening av gravida. SOSFS 2004:13
15. Studenthälsovården – en lägesrapport. SFS rapport 2001/02:2, Stockholm 2001.

Rekommenderad litteratur och webbadresser

- Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En nationell inventering i kommuner och landsting. Nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa. Artikelnummer 2008-126-50. Socialstyrelsen 2008, www.socialstyrelsen.se.

- Psykisk hälsa, barn och unga. Positionspapper, Sveriges Kommuner och Landsting februari 2009, www.skl.se.
- Rembeck G I. The winding road to womanhood. Adolescents' attitudes towards menstruation, womanhood and sexual health – observational and interventional studies. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet 2008. ISBN 978-91-628-7493-3
- En beskrivning av kuratorernas arbete på Stockholms stads ungdomsmottagningar, av kuratorerna på Stockholms stads ungdomsmottagningar. Rapport Stockholms läns landsting, Lafa.
- Ivarsdotter L, Näsström A-L, Ohls Edberg M, Olsson Tengvall E, Runefelt N, Wik Nordström I-M. Barnmorskans arbete på en ungdomsmottagning. Rapport Stockholms läns landsting, Lafa.
- Marions L, Parmhed S. Läkarens roll på ungdomsmottagning SFOG TONARG 2009.
- www.rfsu.se.
- Sex och samlevnad för 10–13 åringar. Metoder & idéer, www.lafa.nu.
- www.rfsl.se.
- www.rfslungdom.se.
- www.frågachans.nu, Lafa:s webbplats för unga mellan 10 och 13 år.
- www.umo.se, Ungdomsmottagningen på nätet.

UTBILDNING AV AKTÖRER FÖR FÖREBYGGANDE ARBETE INOM SEXUALITET OCH SAMLEVNAD

Personal som arbetar med hälsofrämjande och förebyggande arbete inom sexualitet och samlevnad har vanligen en medicinsk eller beteendevetenskaplig utbildning där fokus är individinriktat. De som har utbildning i socialt arbete har haft möjlighet att välja inriktning mot förebyggande arbete. Folkhälsostrategerna i kommuner och landsting har oftast, till skillnad från yrkesgrupper som arbetar direkt förebyggande med ungdomar och unga vuxna, högskoleutbildning inom folkhälsovetenskap. Oftast är det upp till den enskilde att skaffa sig kompetens inom folkhälsovetenskap, sexologi och sex och samlevnad.

Såväl folkhälsovetenskap som sexologi är tvärvetenskapliga ämnen. Folkhälsovetenskap innefattar kunskaper från flera vetenskapsområden som på olika sätt studerar människan, hälsan, miljön och samhället. Ämnet förmedlar kunskap om befolkningens hälsa, hälsans bestämningsfaktorer och folkhälsoarbete. Målen för folkhälsoarbetet i Sverige beskrivs i prop. 2007/08:110 [1]. Målen har sitt ursprung i WHO:s strategiarbete *Hälsa för alla*. FHI har ansvaret att följa upp målen.

Folkhälsoarbete innehåller alltid två delar, dels att förebygga sjukdom och dels att främja hälsa. Arbetet innebär att man gör systematiska, målinriktade, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. Att arbeta hälsofrämjande och förebygga sexuell ohälsa bland ungdomar och unga vuxna bidrar sannolikt till att minska skillnader i hälsa även inom andra områden.

I vägledningen beskrivs detta kunskapsområde och förhållningssätt ytterligare i texten om förebyggande och hälsofrämjande arbete. Mer kunskap kan hämtas på webbplatserna till de universitet och högskolor som ger kurser i folkhälsa. Ett exempel är Nordiska högskolan för folkhälsovetenskaps webbplats www.nhv.se.

Utbildning i sexologi ger grundläggande kunskaper om sexualitet som föreelse och kunskapsområde. Studier i ämnet ger en ökad förståelse för sexualitetens roll i samhället samt en ökad beredskap för att möta sexuella frågor och problem i verksamheter som behandlar människor. Utbildning i sexologi finns 2009 bland annat vid Malmö högskola och Göteborgs universitet. För mer information hänvisas till deras webbplatser. Nedan fokuseras på utbildning och fortbildning inom området sex och samlevnad.

Sexualitet och samlevnad

De flesta akademiska utbildningar inom beteendevetenskap, omvårdnad och medicin erbjuder inte alls eller endast korta kurser inom kunskapsområdet sex och samlevnad. Andra aktörer, till exempel RFSU och vissa landsting, har försökt fylla behovet genom att erbjuda korta kurser. Det innebär att kompetensen inte följer med profession utan den som är intresserad får själv söka fortbildning. Det har förekommit och förekommer universitetsutbildningar inom området sex och samlevnad men den utbildning som erbjudits har i huvudsak haft en biomedicinsk utgångspunkt, medan en pedagogisk eller samhällsvetenskaplig ansats varit mindre vanlig. Statens folkhälsoinstitut föreslår i sin lägesrapport om livsstilsfrågor att regeringen bör införa obligatoriska universitetskurser i sex och samlevnad vid utbildningar där studenterna kommer att arbeta med ungdomar [2]. Skolverkets regeringsuppdrag rörande skolpersonals fortbildning i sex- och samlevnadsundervisning innebär att elva lärosäten engagerats för att hösten 2009 till december 2010 genomföra högskolekurser om 7,5 poäng. Målgruppen är skolpersonal med högskoleutbildning som rektorer, lärare och personal från elevhälsan. Detta kan ses som en början till integrerad sex- och samlevnadsundervisning i lärarnas grundutbildning [3].

I Norge har man i samband med att barnmorskor och distriktssköterskor 2002 fick förskrivningsrätt av preventivmedel till unga kvinnor mellan 16–19 år genomfört en obligatorisk högskoleutbildning för förskrivarna. Utbildningen är på 40 timmar och innehåller teman som samliv, sexualitet och prevention. Sedan 2007 ingår kursen i utbildningarna men Social- och helsedirektoratet arrangerar fortsatt fortbildning till yrkesverksamma som önskar förskrivningsrätt.

Utveckling av professionell kompetens inom sexualitet och samlevnad

För hälso- och sjukvårdspersonal innehåller professionell yrkeskompetens inom området sex och samlevnad faktakunskap, kliniska eller andra metodiska färdigheter och förhållningssätt till människor och kunskap. Dessa tre måste integreras.

Grunden till professionell kompetens är faktakunskap

Kunskap är metodförståelse. Med det menas att kritiskt kunna värdera orsaksförhållanden, utredningsarbete, effekter av utredning eller behandling och samtal.

Kunskap är förståelse av kontext, det vill säga omvärld och sammanhang. Det innebär att kunna reflektera över kulturella, politiska och sociala ramar och att kritiskt förhålla sig till vem och vad som bestämmer vad som i en given tid räknas som giltig kunskap. Sexualiteten är en biologisk möjlighet men hur den gestaltar sig konstrueras av det sociala sammanhanget.

Kunskap är också ideologi och dess värde ligger i vad kunskapen kan eller ska användas till. Man kan till exempel behöva reflektera över hur kunskapen går att överföra till det lokala sammanhanget [4]

Praktiska färdigheter i rådgivnings- och behandlingssituationer

Den professionelle behöver ha både relationella färdigheter, det vill säga förmåga att skapa och behålla en relation, och behärska olika hjälpmedel i mötet med ungdomar. Användning av tester, frågescheman och liknande måste anpassas och värderas. Arbetet måste ta hänsyn till konsekvenser för den unges hela livssituation.

Social kompetens är grundläggande i arbetet med unga. Den unges perspektiv måste alltid inkluderas och det med en öppenhet för vad hon eller han kommunicerar. Men en terapeutisk allians innebär inte bara att bygga upp emotionella band utan den professionelle ska ha en klar uppgift och ett mål med relationen. Kliniska färdigheter handlar om att värdera i vilken grad bruket av en bestämd metod gagnar den unge och om redskapen är relevanta för den uppgift man som professionell är satt att lösa. Faktakunskap och praktiska färdigheter behövs även vid utåtriktat arbete och arbete med grupper. Då krävs förutom fakta speciella kunskaper i pedagogik och gruppmetodik.

Förhållningssätt till människor och till kunskap

En tredje komponent i kompetensbegreppet är förhållningssätt i en professionell relation. Det handlar om förmågan att sätta sig in i en annan människas situation, att man kan skilja ut egna och andras behov och att man kan reglera närhet och avstånd.

Var och ens grundläggande människosyn formar de erfarenheter man får i sitt arbete, samtidigt som erfarenheterna i arbetet påverkar den människosyn man har. Den personliga synen på kunskap påverkar synen på kunskapsbaserad praktik och praktikbaserad kunskap.Handledning är en typ av praktikbaserad evidens där man systematiskt beskriver sin nuvarande praktik för att göra den bättre genom dialog och reflektion.

Behov av pedagogisk utbildning

Att på ett bra sätt använda sig av både kommunikation och interaktion i sex- och samlevnadsinformation är en framgångsfaktor. Undervisaren måste skapa sammanhang mellan olika typer av information så att den blir användbar i praktiken. Hur människor lär sig kan inte reduceras till en teknik eller en metod. Att koppla en teoretisk kunskap till en konkret verklighet är en process och att lära sig detta är vad pedagogik handlar om. Syftet med undervisning är att det som uttrycks ska mottas på ett sätt som leder till förändring av kunskaper, värderingar och handlande. Mottagaren är inte passiv utan bestämmer själv, med utgångspunkt i tidigare erfarenheter, vad den aktuella informationen har för innebörd och betydelse i det sammanhang där just hon eller han möter den. De olika sätt vi lär på är beroende av vilka kulturella omständigheter vi lever under.

Tre pedagogiska aspekter som visat sig framgångsrika i kombination är

- en granskande syn på vad man tidigare visste (den definierande aspekten),
- stöd till studenterna att förhålla sig genuint kritiska till det de varit med om (den problematiserande aspekten),
- undervisningssituationer där studenternas handlingsberedskap utmanas (den konsekvensinriktade aspekten) [5].

I väntan på att utbildning inom området sex och samlevnad ska ingå i grundutbildningar för vårdande och behandlande yrken behöver de redan yrkesverksamma utbildning och fortbildning. Nedan ges två förslag till utbildning eller fortbildning för yrkesverksamma.

Exempel 1. En utbildning för kommunala förändringsprojekt

För att få en gemensam syn på arbetet med sex och samlevnad kan team från kommunen utbildas inom området ungdom och sexualitet. Teamdeltagarna bör komma från minst tre arenor, till exempel personal från ungdomsmottagningar, skolan, socialtjänsten men även fritidsledare och ideella organisationer bör finnas med. För att få kontinuitet och kostnadseffektivitet i utbildningen kan team från olika kommuner utbildas tillsammans. Varje team bör ha ett syfte och mål med sin utbildning och en idé om vad de ska göra tillsammans. Liksom i all utveckling och utbildning måste arbetsledare och uppdragsgivare vara involverade för att idéerna ska prioriteras och vara möjliga att genomföra.

En kurs med detta syfte kan med fördel genomföras vid ett universitet eller högskola för att deltagarna ska kunna få betyg på sin kompetens inom området. Kursen måste på grund av universitetens antagningsregler bedrivas som uppdragsutbildning med stöd från landsting respektive kommuner. På just detta sätt har norska Sosial- og helsedirektoratet arbetat, som en del av en hivförebyggande strategi. I Sverige finns regionala FoUU-enheter och kunskapsnätverk som kan vara aktörer och stöd för denna typ av utbildning.

Exempel på vad kursen kan omfatta:

1. Hur ser ungdomars hälsa ut generellt och när det gäller abort, STI, livsstil, identitet, könsuttryck, sexuell identitet, kulturmöte, genus, utanförskap, sex på nätet och hedersrelaterat våld? Vilka metoder finns när det gäller att arbeta med ungdomar och unga vuxna och sexualitet? Samtalsmetoder, interaktiva metoder, enkäter, intervju, gruppbaseade metoder och modeller för uppsökande arbete.
2. Att arbeta i samverkansprojekt, olika sätt att utveckla samverkan, om svårigheter, förankringsarbete och förhållningssätt. Samverkan med andra professionella, kunskap om olika professionella kulturer och olika samverkansmodeller. Samverkan med till exempel föräldrar, ungdomar.
3. Hur dokumenterar man samverkan och projektarbete? Olika utvärderingsmodeller och modeller för självvärdering.

Ett exempel på vad lyckad samverkan kan leda till beskrivs i Väst kuststudien med ungdomar från årskurs 7–9 [6]. I studien jämfördes tre kommuner och utfallet när det gällde hälsobeteende, vuxenlivets vanor, problembeteenden och hälsoaspekter. I en av kommunerna var de ungas hälsa avsevärt bättre. Den enda faktor som skiljde kommunerna åt var att i den ”hälsosammare” kommunen hade man systematiskt skaffat sig kunskaper om ungdomars

behov och försökt tillgodose dessa. Kommunen hade konsekvent erbjudit vuxenstöd, samordnat sina insatser och sett till att de olika förvaltningarnas aktiviteter kompletterade varandra. Ungdomarna möttes av samma budskap i livsstilsfrågor i skolan, av polis, socialtjänst, fritidsledare och kulturförvaltning. Det förebyggande arbetet och samverkan kring hälsofrågor i denna kommun hade effekter på de ungas välbefinnande och hälsa.

Exempel 2. Förslag på universitets- och högskoleutbildning, fristående kurs 15 poäng

Ytterligare en möjlighet att öka kompetensen i ämnet sex och samlevnad kan vara att universitet eller högskola erbjuder en akademisk utbildning inom området. Då sker antagning enligt de regler som gäller för universitet och högskolor och söks av enskilda personer som önskar utveckla och höja sin kunskapsnivå inom området. De generella mål och de krav på kurslitteratur som gäller för universitetsutbildning i allmänhet gäller då också denna typ av fristående kurs. Utformandet av kursen kan med fördel göras i samverkan med de uppdragsgivare inom kommun och landsting som arbetar förebyggande inom området sexualitet och samlevnad. Kursens mål kan till exempel vara att den studerande efter avslutad kurs ska ha

- grundläggande inblick i forskning om ungdomars livsvillkor och livsstil och i forskning om ungdomars hälsa, om kön och sexualitet, sexualitetsmönster och hbt-frågor,
- grundläggande kunskap om hur förebyggande arbete med ungdomar och unga vuxna inom området livskunskap och sexualitet kan bedrivas.

Den studerande ska efter avslutad kurs kunna

- använda olika kunskapsbaserade metoder och tillämpa dem inom ramen för sin verksamhet, som en del av det förebyggande arbetet med unga.

Den studerande ska efter avslutad kurs ha fått ökad förmåga att

- kvalitetsutveckla verksamheter där man möter ungdomar och unga vuxna och arbetar med livsvillkor och sexualitet,
- utveckla och tillämpa socialt arbete med ungdomar och unga vuxna med fokus på begrepp som mobilisering, delaktighet och empowerment.

Målsättningen för den kurs om 7,5 poäng som Skolverket initierat och som ges på distans i 25 procents studietakt har som målsättning att

- ge kunskaper om teorier och forskning inom kunskapsområdet sexualitet och samlevnad för att ge ökad trygghet i undervisningssituationen,
- öka kompetensen att använda och kritiskt reflektera över olika undervisningsmetoder,
- visa på möjligheter att integrera sexualitet och samlevnad i olika ämnen,
- ge perspektiv på hur hela skolan kan skapa en mer likvärdig sex- och samlevnadsundervisning med hög kvalitet,
- utveckla medvetenheten om egna föreställningar inom kunskapsområdet.

Referenser

1. Prop. 2007/08:110 - En förnyad folkhälsopolitik.
2. Lägesrapport om livsstilsfrågor. Livsstilsrapport 2008. R 2009:07. Statens folkhälsoinstitut, Östersund.
3. För mer information om sex- och samlevnadsutbildning för skolpersonal kontaktas Katarina Linnarsson på Skolverket: katarina.linnarsson@skolverket.se, tfn. 08-527 331 45.
4. Rosenvinge J, Larsen E, Skårderud F, Thune-Larsen, K B. Klinisk kompetense i psykisk helsevaern: Hva er det, og hvordan kan det laeres? Tidsskrift for norsk psykologforening 2004:41.
5. Kindeberg T. Pedagogien i förebyggande undervisning i Svederberg E, Svensson L och Kindeberg T. (2001) Pedagogik i hälsofrämjande arbete. Lund: Studentlitteratur.
6. Berg Kelly K, Alven B, Erdes L, Erneholt T, Johannisson I, Mattsson-Elofson E. Health habits and risk behavior among youth in three communities with different public health approach. Scand J Soc Med. 1997 Sep;25(3):149–55.

Rekommenderad litteratur

- Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Skolverkets rapport 180. Liber, Stockholm 2000.
- Hela livet, 50 år med sex- och samlevnadsundervisning. Myndigheten för skolutveckling, Stockholm 2005.
- Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
- Berg Kelly, K. Ungdomsmedicin. Liber, Stockholm 1998.

HANDEDNING FÖR PERSONAL SOM ARBETAR MED UNGDOMAR

Handledning som verktyg för utvecklande och vidmakthållande av en professionell roll har sina rötter inom människovårdande yrken som kräver en social och psykologisk förmåga. Självkänedom är en grundläggande förutsättning för att kunna hålla isär sina egna och andras problem – själva förutsättningen för att kunna uppleva och möta en annan människa. Kliniskt behandlingsarbete, speciellt när man ofta, utan förberedelse, ställs inför svåra situationer, kräver kontinuerlig handledning för att genom reflektion integrera teori och praktik och då arbetet ofta är känslomässigt laddat behövs en egen bearbetning. Handledarens roll är att skapa det rum där ett sådant arbete blir möjligt.

Handledningens betydelse som avlastning, bearbetning och utveckling av den egna yrkesrollen behöver uppmärksammas av såväl huvudmän som personal som arbetar inom ungdomsmottagningar, elevhälsa och liknande verksamhet.

Som handledare för personal som arbetar med ungdomar och unga vuxna i undersökande och stödjande samtal bör man vara en erfaren socionom med handledarutbildning. Om uppdraget omfattar terapeutisk verksamhet behöver handledaren vara legitimerad psykoterapeut. Beroende på handledarens teoretiska inriktning kan fokus vara psykodynamiskt eller kognitivt, vilket kan påverka handledningens inriktning. Handledaren kan ha ytterligare specialkunskaper som sexologi och genusteori.

Att möta ungdomar ställer krav på personalens lyhördhet och flexibilitet. Detta blir särskilt tydligt i det situationsorienterade arbete som bedrivs vid en första linjens mottagning, dit ungdomar kommer utan en specifik och i förväg annonserad orsak och där man också har öppen mottagning. Det kräver att man kan växla mellan att avgränsa och fördjupa. Samtidigt som man värnar om den unga människans eget val och självständighet måste man förhålla sig till att det är en ung människa man möter. Gränserna mellan förebyggande och behandlande insatser blir därmed flytande. Verksamhetens uppdrag styr men handledningen blir ett viktigt instrument för att lära sig i vilka fall man faktiskt bör gå in i en mer behandlande relation, men också när man bör remittera vidare.

Att upprätta ett kontrakt

Det är två kunskapsområden som möts i arbetet kring ungdomar: läkare, barnmorska och skolsköterska har en medicinsk utbildning och kurator och psykolog psykosociala utbildningar som de använder på ett kompletterande sätt i arbetet med ungdomars och unga vuxnas sexualitet och hälsa.

När arbetsgruppen träffar handledaren för att ta ställning till ett eventuellt samarbete är det, liksom vid all annan form av handledning, nödvändigt att man skapar en gemensam grund för ramar och innehåll i den tänkta handledningen. Arbetskontraktet som upprättas är den fasta struktur som båda parter sedan kan utgå från i det planerade samarbetet. Handledaren och personalansvarig chef bör tillsammans med personalen besluta om handledningsgruppens sammansättning, tid, plats och handledningens inriktning. Andra områden som kräver samsyn gäller hur man diskuterar frågor kring organisation, huvudmannaskap och konflikter i arbetsgruppen. Inte minst den sistnämnda frågan är viktigt att hantera på rätt sätt. Om det finns en låsning i gruppen går det inte att negligera problemet. Handledaren måste därför tillsammans med ansvarig chef bedöma när och hur frågor om konflikter kan och ska tas upp och också bestämma när var och en tar ansvar för en lösning.

Handledaren som ska vara fristående från mottagningen måste få en bild av förutsättningarna. Det geografiska upptagningsområdet, personalens sammansättning, ungdomarnas problem och önskemål, organisationsform och huvudmannaskap kan påverka arbetet och behöver synliggöras. Likaså behöver handledaren få kunskap om arbetsrutiner, samarbetsformer, uppdraget och målsättning för arbetet.

Ärendehandledning står självklart i centrum för denna typ av handledning. Här behövs bland annat handledning kring övergången från prevention till psykosocial behandling och förhållningssätt. Gruppen måste vara införstådd med betydelsen av sekretess och konfidentialitet.

Handledning av arbetsgruppen

En gemensam värdegrund för mottagningen underlättar samarbete i handledningsgruppen. En arbetsgrupp blir inte ett sammansvetsat arbetslag om den inte arbetar för det. Det krävs uttalade och tydliga mål och att man arbetar tillsammans för att nå de målen. I ett sådant arbete måste gruppen lära känna varandras svaga och starka yrkesmässiga sidor så att man kan stödja varandra. En av handledarens uppgifter blir att skapa den trygghet i gruppen som krävs för att alla ska våga visa sin osäkerhet, formulera problem och våga ta i konflikter.

Till exempel kan personalen i utvecklandet av en gemensam värdegrund behöva reflektera över och diskutera sina egna etiska värderingar och sin moraluppfattning, så att inte personliga värderingar överförs i kontakten med ungdomarna.

Goda erfarenheter av att arbeta sig igenom problem gör en grupp friare och mer kreativ. Utan denna trygghet blir det en stum kommunikation mellan individerna i gruppen och sämre fungerande samarbete på mottagningen. Hur samspelet mellan personalen fungerar speglas i bemötandet av ungdomarna och påverkar sannolikt ungdomarnas bedömning av mottagningen.

Ärendehandledning

– enskilda ärenden med den unge i fokus

Vikten av att gemensamt arbeta för att nå de ungdomar och unga vuxna som far illa kan inte nog betonas. En ung människa kan naturligtvis själv ringa och beställa samtalsstid hos en kurator. Men vägen till djupare samtalskontakt går oftast genom mötet med barnmorskan eller skolsköterskan, där de viktiga livsfrågorna inte sällan ”kamoufleras” bakom enkla frågor. Det kan krävas återkommande möten innan den unge känner att tilliten håller för att våga tala om de verkliga problemen.

Personalen måste lära sig att se när det är något som inte stämmer. Det kan räcka med en enkel fråga – ”hur mår du egentligen?” I det läget är det viktigt att skapa god kontakt och tillit innan man föreslår den unge att träffa en kurator eller socialtjänsten. Barnmorskan respektive skolsköterskan kan i handledningen få stöd att fortsätta samtalskontakten eller hjälp att slussa vidare. Samspelet mellan kurator och barnmorska eller skolsköterska kan ta sig många uttryck men det måste tydliggöras och utforskas i handledningen. De olika kompetenserna måste användas varandra. Då kan man få en djupare bild av den unges problem och som arbetsgrupp hitta gemensamma lösningar och förhållningssätt. Att känna in och motivera är nödvändigt innan den unge eventuellt lotsas vidare.

De flesta besök är ”enkla” besök. Men det gäller att vara uppmärksam på tecken och riskbeteenden så att man ser ungdomar som har det svårt. Förhållningssättet till arbetet är salutogent, det vill säga det förstärker det friska i individen och möjliggör därmed att hon eller han klarar sin livsuppgift själv. I handledningen finns samma synsätt på ungdomar och unga vuxna: de måste själva skapa början till ett vuxenliv, men kan få stöd av empatiska vuxna.

Dialog kring utvecklandet av ett professionellt förhållningssätt är ständigt närvarande i handledningen, ofta handlar det om att hitta balansen i sig själv. Som personal är man inte förälder, inte lärare, inte myndighetsperson, man är

professionell och vuxen. Handledaren har här en både synliggörande och bekräftande roll. Personalen måste få respons på det arbete de utför. Det reflekterande samtalet innehåller återberättande av erfarenheter, ofta med den underliggande frågan: gjorde jag rätt eller fel? Kunde jag ha handlat på ett annat sätt? Det gäller att orka se varje människa och relation som unik, det finns inget enkelt facit i relationen till ungdomarna. Den professionella ska vara stödjande, men inte ta över, visa aktivt intresse för den unges liv och samtidigt visa respekt för hans eller hennes vilja och integritet och inte bli för påträngande, aktivt försöka hålla kvar en kontakt när det behövs men också släppa taget när det krävs.

I vardagen ingår naturligt också en ständig bekräftelse av den unges värde och fungerande. Den mentala atmosfär som personalen gemensamt skapar måste vara fri från moralism som kan finnas kopplad till ämnet ungdomar och sexualitet. En sådan hållning är nödvändig gentemot de ungdomar som blivit smittade av en könssjukdom och kommer för behandling och smittspårning och kan se på sig själva med negativa känslor.

Kärnan i handledningsarbetet

Kärnan i handledningsarbetet är falldragningar, där personalen berättar om kontakten med en ungdom. Den omedelbara associationen till arbetet i en verksamhet som vänder sig till ungdomar och unga vuxna rör frågor som identitet, sexualitet, pubertet, sexuell läggning, graviditet och aborter, preventivmedelsanvändning, sexuella problem, könssjukdomar och smittspårning. Man tänker också på ungdomars upptagenhet av kompisar, problem i kärleksrelationer, problem i skolan. Kuratorerna möter och bemöter, men det är inte känt i vilken omfattning, också andra svårigheter som kan finnas i en ung människas liv och som handlar om de vuxnas värld. De nya familjebildningarna med ”mina, dina och våra barn” och nya relationer mellan de vuxna innebär inte sällan att föräldrarna abdikerar från sitt vuxenansvar. Tonåringen upplever sig ensam och får problem i de nya familjerna. Ungdomar och unga vuxna som lever i familjer där föräldrarna har en annan kulturell bakgrund än den svenska behöver stöd för att kunna hantera de ibland svåra konflikter som kan uppstå. Föräldrar kan vara svårt sjuka och ibland dö ifrån sina barn och ungdomar. För alla dessa krislägen i ”vanliga familjer” behöver ungdomar ett samtalsrum. Men personalen möter också ofta ungdomar som kommer från tungt socialt belastade familjer med liten omvårdnadsförmåga där det kan finnas alltifrån psykisk sjukdom, våld i familjen till drogmissbruk och kriminalitet.

Den unges problem kan visa sig på många sätt: i skolvägran, användande av droger, självskaðebeteende, destruktiv sexualitet, sociala fobier, ätstörningar, depressionstillstånd och självmordstankar. Hur problemet än uttrycks så finns det i ett sammanhang, det finns rötter till det psykiska illamåendet. Det är dessa rötter en samtalskontakt kan utforska, om personalen har den utbildning och kompetens som behövs. Om det ingår i uppdraget att bedriva psykoterapi så ska den kompetensen finnas.Handledning behövs som stöd för samtalen och för gränssättning när stödsamtal inte är tillräckligt.

Personalen måste aktivt avdramatisera kontakten så att den upplevs som befriande och inte hotfull. Ett aktivt och personligt relaterande är förutsättningen för att kunna skapa den levande process en samtalskontakt kan bli. Samtalet kan bli en väg till självmedvetenhet och ny styrka, och kan vända en negativ utveckling i en ung människas liv.

Handledning som spegling

Då ett ärende kommer upp i handledningen sker arbetet på flera nivåer samtidigt. I framställningen kan den som drar ärendet höra sig själv berätta. Att verbalisera innebär att begripliggöra för sig själv det man upplevt. Man ges möjlighet att tydliggöra de reaktioner som kontakten med den unge väckt. Den primära uppgiften för dem som lyssnar till berättelsen är att mentalt bära, de är helt fokuserade på den andres reaktioner och berättande. Handledaren delger sina tankar kring det som berättats och därmed nya infallsvinklar på det som återgetts. Gruppen som lyssnat kan ge sina reflektioner. Handledningen blir på så sätt en ständig pendling mellan lyssnande och talande för alla som sitter i rummet. Detta reflektionsarbete innebär samtidigt ett kontinuerligt lärande där alla som deltar utvecklar sitt kunnande.

Såväl i en falldragning som i diskussion om en specifik fråga gör man i gruppen bedömningar kring svåra frågeställningar. Det kan handla om när man ska hjälpa en ung person till BUP, alternativt psykiatri för ungdomar och unga vuxna eller annan specialisthjälp, när man anser att den egna mottagningens resurser inte räcker till. Det kan också handla om att göra en ansökan till socialtjänsten när en ung person far illa, då blir behovet av handledning extra synligt. Ofta måste man då få hjälp att värdera berättelser så att man varken agerar akutstyrt eller negligerar oro som kan bidra till den unges utsatthet. Handledningen ska i alla dessa situationer vara det mentala rum där sådana samtal kan föras. Därmed får man också en bas för ett kvalitativt bra arbete där personalen orkar med sina uppgifter.

Källor och rekommenderad litteratur

- Berg Kelly K. Adolescent-friendly services. *Acta Paediatr.* 2003 Nov; 92(11):1241–2.
- Gordan K. Psykoterapihandledning inom utbildning, i kliniskt arbete och på institution. Natur och Kultur, 1992.
- Hela livet, 50 år med sex- och samlevnadsundervisning. Myndigheten för skolutveckling, Stockholm 2005.
- Vart leder handledning? En lägesbeskrivning efter två decennier. Psykoterapihandledarnas Intresseförening PHI 2002.
- Fors Z. Ungdomsmottagningen – ungdomar och personal berättar. Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr A 2005:5.
- Wrangsjö B, Winberg Salomonsson M. Tonårstid: utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling. Natur och Kultur 2006.
- En beskrivning av kuratorernas arbete på Stockholms stads ungdomsmottagningar, av kuratorerna på Stockholms stads ungdomsmottagningar. Rapport Stockholms läns landsting, Lafa.
- Ivarsdotter L, Näsström A-L, Ohls Edberg M, Olsson Tengvall E, Runefelt N, Wik Nordström I-M. Barnmorskans arbete på en ungdomsmottagning. Rapport Stockholms läns landsting, Lafa.
- Marions L, Parmhed S. Läkarens roll på ungdomsmottagning SFOG TONARG 2009.

SAMVERKAN MELLAN OLIKA AKTÖRER OCH OLIKA ARENOR

I rapporten *Psykisk hälsa, barn och unga* skriver Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om samarbetsformer [1]. Rapporten framhåller betydelsen av tydliga överenskommelser kring den generella ansvarsfördelningen och av att det finns gemensamma prioriterade insatser mellan flera aktörer. Mycket talar för att de inom hälso- och sjukvården som arbetar med sex- och samlevnadsfrågor samt hiv- och STI-prevention bland ungdomar och unga vuxna också behöver samverka och samarbeta med andra aktörer inom kommun och landsting. Olika aktörer i samverkan kan skapa starkare förutsättningar för framgångsrika åtgärder. Det är också en fördel om de aktörer som samverkar har olika bakgrund i teori, forskning och utbildning om förebyggande arbete och sexualitet [2]. Ett exempel när det kan behövas avtalad samverkan är de kommuner och landsting som delar huvudmannaskap för UM.

Samverkan kan öka möjligheterna i det gemensamma uppdrag där var och ens ansvar är en del av helheten. Hur samverkan påverkas av strukturella olikheter när det gäller de professionellas synsätt och perspektiv, organisatoriska förhållanden och regelverk beskrivs i *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa* som Socialstyrelsen utvecklat tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen [3]. I strategin presenteras kunskap om hinder och framgångsfaktorer i samverkan och hur dessa kan hanteras. I slutet av strategin finns ett diskussionsunderlag att använda i det egna arbetet med att utveckla samverkan på lokal och regional nivå.

Styrning

Ledningens eller huvudmannens engagemang och stöd är nödvändigt för att legitimera samverkan på verksamhetsnivå, likaså att det efterfrågas uppföljning och utvärdering av samverkan. Det ska finnas gemensamma mål. Med ledningens stöd kan man göra de överenskommelser som behövs vid ansvars-

fördelning, uppföljning och utvärdering av effekter. Uppföljning och utvärdering har olika syften, en uppföljning beskriver vad som har hänt medan en utvärdering förklarar varför.

Struktur

Struktur innebär tydlighet när det gäller syfte och mål för samverkan, målgrupper, arbetsfördelning och rutiner. Det naturliga är att utgå från befintliga problem i kommunen och beskriva vilka behov hos målgruppen som samverkan kan bidra till att tillgodose. Folkhälsoplaneraren är en nyckelperson i detta arbete. Ett formellt samverkansavtal kan behövas som beskriver yrkesgruppers och samverkansparters roller. Avtalet kan vara grunden för ett gemensamt språk och begrepp. Riktlinjer och handlingsplaner kan beskriva både gemensamma rutiner och specifika insatser för varje individ i det förebyggande och behandlande arbetet. Personer med samordningsfunktion och med mandat på både verksamhets- och ledningsnivå behövs, liksom regelbundna gemensamma möten.

Samsyn

Samsyn innebär inte att skillnader mellan de professionellas olika uppdrag suddas ut. Olikheterna är ju grunden för och styrkan i samverkan. Samsyn handlar mer om tillit mellan de professionella, om att ha ett gemensamt mål, en gemensam bild av arbetet och gemensamma begrepp. Det är nödvändigt att ha en gemensam kunskapsbas vad gäller risk- och skyddsfaktorer och om vilka insatser som är kunskapsbaserade och verkningsfulla. Samsyn förutsätter kontaktytor och kommunikation.

Samverkan kan vara tillfällig eller kontinuerlig. Det är viktigt att både kunna avsluta och vid behov vidmakthålla samverkansgrupper. Att gemensamt följa upp arbetet och värdera det lägger grunden för ett gott avslut och för nya framtida kontakter. Därför bör uppföljning vara en del av samverkan. Vad som ytterligare kan stödja samverkan är kontinuerlig tvärprofessionell kompetens- och metodutveckling baserad på medvetenhet och respekt för skillnader i uppdrag, organisation, regelverk och kompetens. Inom vissa områden kan även fasta tvärprofessionella nätverk behövas.

Kompetensutveckling

Samsyn och gemensam kompetensutveckling behövs för mottagningar som har ett förebyggande sex- och samlevnadsuppdrag med hiv-, STI- och preventivmedelsrådgivning men även för sjuksköterskor, barnmorskor, kuratorer, läkare och andra professioner inom elevhälsa, studenthälsa och gynekologiska respektive STI- och Sesam-mottagningar. Med gemensamma utbildningsdagar ökar inte bara möjligheten att sprida kunskapsbaserade metoder utan också möjlighet till erfarenhetsutbyte och gemensamt förhållningssätt. Vid fortbildning och kunskapsutveckling är samverkan med regionala nätverk, FoUU-enheter, universitet och högskolor nödvändig för att bygga en långsiktig, hållbar struktur.

Omvärldsanalys

En framgångsfaktor i kommun och landsting kan vara att utveckla en formaliserad samverkan mellan de aktörer som har ansvar för ungdomar och unga vuxnas utveckling och utbildning inom området sex och samlevnad. En sådan samverkan ger möjlighet att få en bild av vad som sker i ungdomsgruppen i kommunen respektive regionen. Hur är det lokala bruket av alkohol och droger och vilken omfattning har ungdomskriminaliteten? Finns det starka subgrupper och lokala ”förebilder” som påverkar ungdomar och vad innebär det för spridning av sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter? Med en gemensam bild av vad som sker kan alla aktörer i ungdomars närhet samlas kring budskap och information. Samsyn och gemensam kunskapsutveckling för alla som arbetar med livsstilsfrågor ökar den möjligheten. Här kan samverkan med polis, socialtjänst, frivilligorganisationer, idrottsföreningar och fritidsgårdar bidra till ökad kunskap.

Samverkan med socialtjänsten

När personal möter ungdomar med komplexa och riskfyllda svårigheter måste ofta en kontakt tas med socialtjänsten, eventuellt görs även en anmälan.¹ Ungdomsmottagning och elevhälsa behöver grundläggande kunskap om hur socialtjänsten arbetar för att på ett korrekt sätt kunna beskriva för den unge vilken hjälp hon eller han kan få, hur en utredning går till och vad den leder till. Om ungdomsmottagningen eller elevhälsan och socialtjänsten dess-

1 Anmälan om missförhållanden görs i enlighet med 14 kap Socialtjänstlagen (2001:453)

utom för en kontinuerlig diskussion om allmänna frågor som rör förhållnings-sätt och samverkan, kan situationen vid en eventuell anmälan bli mindre laddad. Vid en anmälan kan aktörerna också träffa den unge gemensamt.

Samarbete där socialtjänsten vid anmälan kommer till UM för ett första samtal förekommer. Om olika aktörer också deltar i en gemensam omvärlds-analys kan kunskap om och bilder av ungdomars situation i kommunen komplettera varandra och höja kompetensen i båda verksamheterna. Det främjar samarbetet i konkreta ärenden. Ibland har socialtjänsten en särskild ungdoms-grupp och fältarbetare vilket kan förenkla samverkan.

Samarbete med skolan

Sedan nästan 30 år tillbaka finns i många kommuner ett samarbete mellan skola och ungdomsmottagning. Ett samarbete som har utvecklats relativt spontant och där några riktlinjer för samarbetet inte finns nedskrivna. Samarbetet mellan skola och ungdomsmottagning rör främst två områden: undervisning i sex och samlevnad respektive samarbete kring enskilda elever.

Samarbete kring undervisningen i sexualitet och samlevnad

Sex- och samlevnadsarbetet i skolan kan sägas vila på tre ben:

1. Ett vardagsarbete som innebär att svara på frågor, liksom att ta itu med olika situationer eller händelser som tangerar sex- och samlevnads-området.
2. Speciella lektioner eller samtalsstunder när man har en dialog, helst i halvklass och i antingen blandade eller könsspecifika elevgrupper, kring frågor som rör sexualitet, kärlek, jämställdhet med mera.
3. Att sexualitet, samlevnad och jämställdhet som ämnesövergripande kunskapsområde vävs in i olika ämnen som till exempel svenska, engelska, historia, religion, samhällskunskap, bild och musik. Denna tredje del är särskilt markerad i läroplanen.

Skolans arbete med sexualitet och samlevnad är därmed något som skolan självfallet måste ta ett stort ansvar för och inte kan lämna över till grupper utanför skolan. Perspektivet bör tas upp inom varje enskilt ämne och att fånga upp det som händer på rasten eller under helgen är också viktiga delar av lärarens arbete och läroplansuppdraget. Personal vid ungdomsmottagningar,

elevhälsa och ideella organisationer som RFSU, RFSL och RFSL Ungdom med flera är dock viktiga stödresurser för skolan genom att de tillför ytterligare perspektiv på frågor som rör sexualitet, samlevnad och jämställdhet. För UM är deltagande i undervisning också ett sätt att nå pojkar.

Skolverkets rapport

Skolverkets kvalitetsgranskning 1999 av sex- och samlevnadsundervisningen visade att samarbetet mellan skolan och ungdomsmottagningen var bristfälligt. Bristen beskrivs i granskningsrapporten som en tendens att de besök som UM gör i skolan och de som eleverna gör på UM hänger i luften och att lärare och elever tillsammans behöver följa upp och utvärdera dessa besök [4].

Elevernas synpunkter behöver efterfrågas och tas tillvara för att innehållet i besöken ska kunna vidareutvecklas och ge underlag för förbättringar. Rapporten uppmanar lärare och elevhälsan att tillsammans med personal vid ungdomsmottagningen diskutera skolans uppdrag, mål och perspektiv samt målsättningen med samverkan och vilka kompetenser man vill utveckla hos ungdomarna. Det behöver finnas ett informationsutbyte kring vad eleverna lärt sig tidigare i skolan så att det blir progression i sex- och samlevnadsundervisningen. Läraren behöver i sin tur veta vad personalen vid ungdomsmottagningen lyft för frågor med eleverna, för att inte upprepa dessa i undervisningen

Samarbetet kring enskilda elever

En annan del av skolans samarbete med ungdomsmottagningen rör elevers individuella problem med anknytning både till sexuell hälsa och, inte minst, den psykiska hälsan. Ungdomar i skolan bär på svårigheter som kan vara mer eller mindre akuta och elevhälsans personal tar därför ofta kontakt med ungdomsmottagningen för att ungdomar ska få samtalsstöd under en begränsad tidsperiod. Ungdomsmottagningen är liksom elevhälsan en mottagning dit ungdomar och unga vuxna kan komma frivilligt och på eget initiativ, till skillnad från BUP som ofta kräver föräldrars medverkan.

Ur elevens perspektiv är ungdomsmottagningen mycket viktig, speciellt de mottagningar som har en bred professionell kompetens och förutom barnmorska inkluderar kurator, psykolog, gynekolog och ibland också ungdomsläkare. När det gäller samarbete kring elevers sexuella och psykiska hälsa har ungdomsmottagningens personal en bred kompetens vad gäller ungdomars livsvillkor och erfarenheter av vuxensamhället, men kanske också om den

digitala värld som merparten av barn och ungdomar konfronteras med och som leder till en ny sexuell utsatthet. Sådan allmän kunskap skulle ungdomsmottagningens personal kunna överföra till rektor, lärare och elevhälsa så att dessa dels bättre kan möta ungdomars egna frågor, dels bättre förstår deras utsatthet i närsamhället.

Sammanfattningsvis är således ett samarbete med en utvecklad dialog mellan skola och ungdomsmottagning nödvändig både för att undvika parallella spår och för att få en ökad förståelse för elevers olika livssammanhang.

Samverkan med andra aktörer

Samverkan mellan ungdomsmottagning och elevhälsa med arenor som fritidsgårdar, särskolor och skolor som bedriver undervisning i svenska för invandrare eller erbjuder individuella gymnasieprogram kan vara ett sätt att nå marginaliserade och utsatta grupper som inte spontant gör egna besök inom hälsovården.

I allt arbete som berör sex- och samlevnadskommunikation till ungdomar och unga vuxna kan också ideella organisationer med kompetens inom området involveras. RFSL, RFSL Ungdom och RFSU finns som nationella resurser och på många håll finns också lokalföreningar. De får ibland genom landstingen del av det nationella statsbidraget för hiv- och STI-prevention och genom många landsting lokalt stöd för sitt arbete. På många håll i landet kan UMLV knyta kontakter med lokala RFSU- och RFSL-grupper för samverkan i utåtriktat uppsökande arbete. Alla organisationer har på sina webbplatser information om verksamhet, material och utbildningar som de erbjuder.

RFSL och RFSL Ungdom har en lång erfarenhet av att utbilda professionella inom kommun och landsting när det gäller normativt bemötande, hbt-kompetens, sexuell läggning, könsuttryck och könsidentitet, komma ut-process samt om öppenhet och diskriminering.

RFSU är också en partipolitiskt och religiöst obunden ideell organisation som arbetar med sexualupplysning och sexualpolitik. RFSU arbetar med uppsökande, utbildning och opinionsbildning genom att arrangera kurser och konferenser. Samtliga organisationer har en lång erfarenhet av folkbildning inom sitt område och kan vara såväl bollplank som en resurs för att förstärka de landstingskommunala verksamheterna. De ideella organisationernas uppsökande verksamhet i samband med festivaler genomförs ofta i samverkan med lokala UM vilket har visat sig ge bättre kvalitet i arbetet.

På de flesta studentorter i Sverige finns studentdrivna organisationer som aktivt arbetar med sex- och samlevnadsinformation, och även uppsökande

verksamhet på fester och träffställen. Studentkåren på orten kan ge mer information om dessa verksamheter.

Hiv-Sverige och Noaks Ark liksom ett flertal organisationer på såväl nationell som lokal nivå arbetar med hiv- och aidsfrågor riktat mot riskutsatta grupper och personer som är hivsmittade. Det finns också organisationer, bland andra Somaliska hälsoteamet och Kongo Riksförbund i Sverige, som riktar sig i huvudsak till olika invandrargrupper men som kan samverka i kompetenshöjande utbildning för professionella. Organisationer som periodvis engagerar sig inom detta område är till exempel Rädda barnen, Röda korset och elevorganisationer.

Internationellt arrangeras årligen återkommande dagar där det är naturligt att såväl undervisning som informationskampanjer genomförs i samverkan. Ett sådant tillfälle är till exempel World Aids Day 1 december. Sedan flera år genomförs en ”Klamydiamåndag” i september, i samverkan mellan Sesam-enheterna i Stockholms läns landsting och Lafa (Landstinget förebygger aids). Flertalet landsting i Sverige deltar numera i Klamydiamåndag.

Referenser

1. Psykisk hälsa, barn och unga. Positionspapper, Sveriges Kommuner och Landsting februari 2009, www.skl.se.
2. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapsammansättningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
3. Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa (artikelnr.2007-123-31). Kan laddas ner via Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se.
4. Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Om sex- och samlevnadsundervisningen. Rapport nr 180. Skolverket 2000.

Webbadresser

- RFSU, Riksförbundet för sexuell upplysning, www.rfsu.se.
- RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, www.rfsl.se.
- RFSL Ungdom, ungdomsförbundet för hbt-personers rättigheter, www.rflungdom.se.
- Hiv-Sverige, Riksförbundet för hivpositiva, www.hiv-sverige.se.
- Noaks Ark, www.noaksark.org.
- Somaliska hälsoteamet, www.sht.bz.
- Kongo Riksförbund i Sverige – Association des Congolais de Suède, kongoriks_acs@hotmail.com.

Exempel på samverkan

- SAMS – ett samarbetsprojekt mellan manlig skolsköterska på Märstas gymnasiet och kvinnlig barnmorska på UM i Sigtuna kommun. Kontakt: Marie Hägvall och Gert-Ove Segerström.
- Lafa 1:2002. Ringar på vattnet. Om sex- och samlevnadsarbetet i Aspudden i Stockholm. Kärleksveckan, ett samverkansprojekt mellan skola och UM.
- Klamydiatest på skolhälsovården. Ett samarbetsprojekt mellan Karlstad kommun och landstinget i Värmland. Kontakt: kathrin.mortel@karlstad.se.

KOMMUNIKATION I DET FÖREBYGGANDE ARBETET

Texten till detta kapitel är hämtad från den kommunikationsstrategi för åren 2008–2013 som Socialstyrelsen publicerat. Strategin bygger på studier och sammanställd forskning men också på undersökningar som genomförts särskilt för att utgöra underlag för strategin. I strategin beskrivs vilka kommunikationsvägar som är lämpliga för att åstadkomma eller bevara ett beteende som främjar en god sexuell hälsa.

Socialstyrelsen har sedan 2006 uppdraget att planera, samordna och följa upp det förebyggande arbetet mot hiv och STI. I *Nationella strategin* (prop. 2005/06:60) betonas att det behövs en nationell övergripande strategi för informations- och kommunikationsarbetet i Sverige.

Olika nivåer och former för kommunikation

Kommunikation är ett brett begrepp och strategin beskriver tre principiella former.

Den interpersonella dialogen

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

Information

Med information menas envägskommunikation som sker skriftligt eller via olika mediekkanaler. Den kan rikta sig antingen till allmänheten eller särskilt till ungdomar och syftet är att väcka uppmärksamhet eller att påminna. I det senare fallet handlar det till exempel om ungdomar som redan har kunskap om och en positiv attityd till säkrare sex. Informationen kan påminna dem om den handling de redan bestämt sig för. Detta kallas i kommunikationsstrategin för handlingsutlösande information.

Det offentliga samtalet

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

Utmaningar i kommunikation

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

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

Sedan de första informationsaktiviteterna mot hiv genomfördes på 1980-talet har forskningen inom hälsokommunikation utvecklats vad gäller hiv och sexuellt överförda infektioner. Forskning och beprövad erfarenhet visar att:

- Alla människor behöver grundläggande kunskap om hiv, STI och deras effekter samt om hur man kan skydda sig. Vissa grupper löper större risk att smittas och behöver dessutom fördjupad kunskap som är anpassad till deras speciella situation. Det finns också personer inom de riskutsatta grupperna som inte identifierar sig själva med just den gruppen. En man som ibland har sex med män behöver till exempel inte identifiera sig som homo- eller bisexuell. Därför behövs alltid en grundläggande kommunikation till den bredare gruppen ”allmänheten” även för att nå de riskutsatta grupperna.

- Kommunikationen behöver både förmedla kunskap och påverka attityder och beteenden. För att faktiskt kunna påverka måste kommunikationen anpassas till varje grupps kunskap, normer, attityder och beteenden. Därför kan inte alla grupper nås på samma sätt och via samma mediekkanaler. Människor som är nyanlända till Sverige använder ofta kanaler från hemlandet via satellitmottagare och Internet. Av den anledningen måste medieinsatser gå via olika kanaler för att nå arenor där de riskutsatta grupperna redan befinner sig.
- Människors beteende påverkas av normer och värderingar i de sociala grupper som har betydelse för dem. Ungdomar kanske uppfattar att normen är att ta risker för att platsa i en grupp. Då kommer de inte att använda kondom även om de vet att den skyddar. Normer förändras genom grupprocesser och därför måste en del av kommunikationen ske på gruppnivå till riskutsatta grupper på olika arenor.
- Den mest effektiva kommunikationen om prevention sker direkt mellan människor. För att vi ska ändra ett visst beteende krävs ofta flera samtal med personer som vi har förtroende för eller kan identifiera oss med. Att själv kunna resonera kring och sätta ord på sin sexualitet är betydelsefullt för människors förmåga att skydda sig. Den viktigaste rollen i kommunikationsarbetet har därför skolan, hälso- och sjukvården, olika ideella organisationer samt de verksamheter som möter och för dialog med riskutsatta, enskilt eller i grupp.
- Massmedieinsatser påverkar inte beteenden direkt men kan ha andra positiva effekter. Det viktigaste är att de sprider information som kan ge baskunskap. Dessutom är de en del av det offentliga samtal som sätter frågan på samhällets dagordning. Därför behöver alla individ- och gruppinriktade insatser stödjas av medieinsatser som både riktar sig direkt till en riskutsatt grupp och till berörda delar av allmänheten. Informationsinsatser av olika slag kan också fungera som påminnelser för personer i risk-situationer som redan vet hur de ska skydda sig. Det kan till exempel handla om affischering på mötesplatser.

Samordnad kommunikation

Det förebyggande arbetet mot hiv och STI består av många delar. Alla innehåller kommunikation som direkt eller indirekt når särskilda yrkesgrupper och riskutsatta grupper. Forskning visar att de olika aktörerna måste kommunicera i samma riktning för att det förebyggande arbetet ska bli framgångs-

rikt. Då blir förutsättningarna bättre för att människor ska lära sig att skydda sig själva och sina partner mot hiv och STI och mot dess konsekvenser. Det kan handla om kommunikation som ger tillgång till kunskap, samtal samt bearbetning av normer och värderingar.

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

Fokus på informationsinsatser

Här fokuseras de informationsinsatser som ska stödja dialogen. För att utforma insatserna behövs samma baskunskap om ungas behov och kommunikationsmönster som behövs för att genomföra dialogen på rätt sätt. Kommunikation ska leda till ökade kunskaper, förändrade attityder och ett önskat beteende.

Forskning visar att om 60 procent i en grupp ska använda kondom regelbundet krävs det att 85 procent har en positiv attityd till kondomer och att 100 procent har tillräcklig kunskap om dem.

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

- Vad-budskap ger kunskap.
- Varför-budskap ger förståelse.
- Om-budskap sätter i gång reflektion.
- Hur-budskap utlöser handling.

Forskning visar att budskapen bör vara enkla, men för den skull inte förenklande. Massmediala budskap om att man ska avstå från sexuella förbindelser utanför äktenskapet eller skjuta upp sin samlagsdebut har till exempel visat sig sakna effekt eller till och med ha negativa effekter. De beskriver nämligen en verklighet som många människor i praktiken inte kan eller vill leva upp till. I det förebyggande arbetet mot hiv och STI är det nödvändigt att

- utforma budskap för olika grupper och anknyta till delmålen i nationella handlingsplanen för klamydiaprevention,

- inte förmedla budskap som kan uppfattas som kränkande,
- betona det positiva med en beteendeförändring i stället för det negativa med det riskfyllda beteendet,
- genomföra pilottester av budskapen med och på de berörda grupperna.

I den nationella undersökning riktad mot ungdomar som Socialstyrelsen kommer att genomföra, kommer kunskap, attityd och beteende att följas över tid. Speciell uppmärksamhet och analys kommer att ägnas åt de områden där ungdomar visar påtagliga brister i förhållande till kommunikationsmålen, så kallade fokusområden. Dessa områden bör sedan, under en tidsperiod, bli föremål för kommunikationsinsatser som kan gå ut på att

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

Frågorna i den nationella undersökningen kan naturligtvis användas för lokala mätningar och uppföljningar. För att stärka det kommunikativa arbetet med att förebygga smittspridning av hiv och STI krävs

- ökad kunskap om ungdomars normer och värderingar – fokusgrupper,
- analys av vilka budskap som är relevanta för ungdomar,
- förmåga att formulera budskap som accepteras av ungdomar,
- en sammanhållen strategi för att nå ungdomar på olika arenor,
- kontinuerliga och långsiktiga informationsinsatser,
- ökad kunskap om ungdomar och unga vuxna med riskbeteende.

För att minska diskriminering och stigmatisering behövs också budskap som inkluderar dem som lever med hiv.

Hivportalen – en samordnande webbportal

Nationella Hivrådet i samverkan med Socialstyrelsen lanserade 2009 en nationell webbportal för aktörer inom området. Hivportalen ger bland annat möjligheter att förmedla kunskap och utbyta erfarenheter, erbjuda nyheter, kalendarium, information om utbildningar, material, verktyg och metoder samt ger en överblick över och kontaktuppgifter till samtliga aktörer som på olika sätt är involverade i arbetet med hiv och STI.

Eftersom aktörer från många olika sektorer deltar i det förebyggande och stödjande arbetet med hiv- och STI-prevention kan det vara svårt att överblicka vad som pågår och den kunskap, det material och de verktyg som redan finns. Socialstyrelsens kommunikationsstrategiska studier visar också att det är svårt att få tag på bra material och kvalitetssäkrade fakta eftersom avsändarna är många. Den samordnande Hivportalen kommer sannolikt att förbättra denna situation (www.hivportalen.se).

Källa

- Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Artikelnr 2008-126-78. Socialstyrelsen december 2008, www.socialstyrelsen.se.

EGENGRANSKNING AV ARBETET

Resultaten av en förebyggande verksamhet är i hög grad beroende av de förutsättningar som skapas av politiker och tjänstemän. Då målen ofta ligger långt fram i tiden kan det vara svårt att veta att man gör rätt saker och är på rätt väg i det dagliga arbetet. Målet är att minska antalet fall av hiv och andra sexuellt överförda infektioner samt att minska smittspridning bland redan infekterade. Målgruppen är ungdomar och unga vuxna mellan 14 och 29 år. Arbetet med att förebygga oönskade graviditeter går oftast hand i hand med STI-preventivt arbete.

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2005:12) beskrivs ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Det finns systematiska och strukturerade metoder som stöd för det arbetet. Det innebär att tid regelbundet måste avsättas på alla nivåer i organisationen för dokumentation, utvärdering och kvalitetsarbete. Arbetet med att upprätthålla kvalitet men också att utveckla verksamheten kan avspeglas i såväl upplevd hälsa hos personalen som i patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Fördelning av resurser sker ofta utifrån besöksstatistik men det räcker sällan för att ge den totala bilden av en verksamhet. Förutom rena nyckeltal är det därför nödvändigt att även dokumentera en mer beskrivande statistik i form av en strukturerad verksamhetsberättelse. I ett område där ungdomar och unga vuxna har ökade och särskilda behov behöver detta synliggöras. För att nå målen behöver också arbetet följas upp och utvärderas.

Allt arbete med kvalitet kräver att man har en samsyn i verksamheten och en gemensam värdering av vad som är god kvalitet. Grunden för kvalitetsarbetet är att det ska stärka och utveckla verksamheten. Det förutsätter att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik och tillgänglig. Kvalitetsarbetet bör vara en stående punkt vid verksamhetsmöten och fackligt samråd.

All dokumentation av verksamheten syftar dels till att möjliggöra jämförelser över tid, dels jämförelser internt men också med andra mottagningar med liknande verksamhet. Alla mottagningar ska ju i första hand följa upp sin verksamhet utifrån de beslut som tas av huvudman. I arbetet med att utveckla en vägledning så föreslås också variabler som kan göra det möjligt med

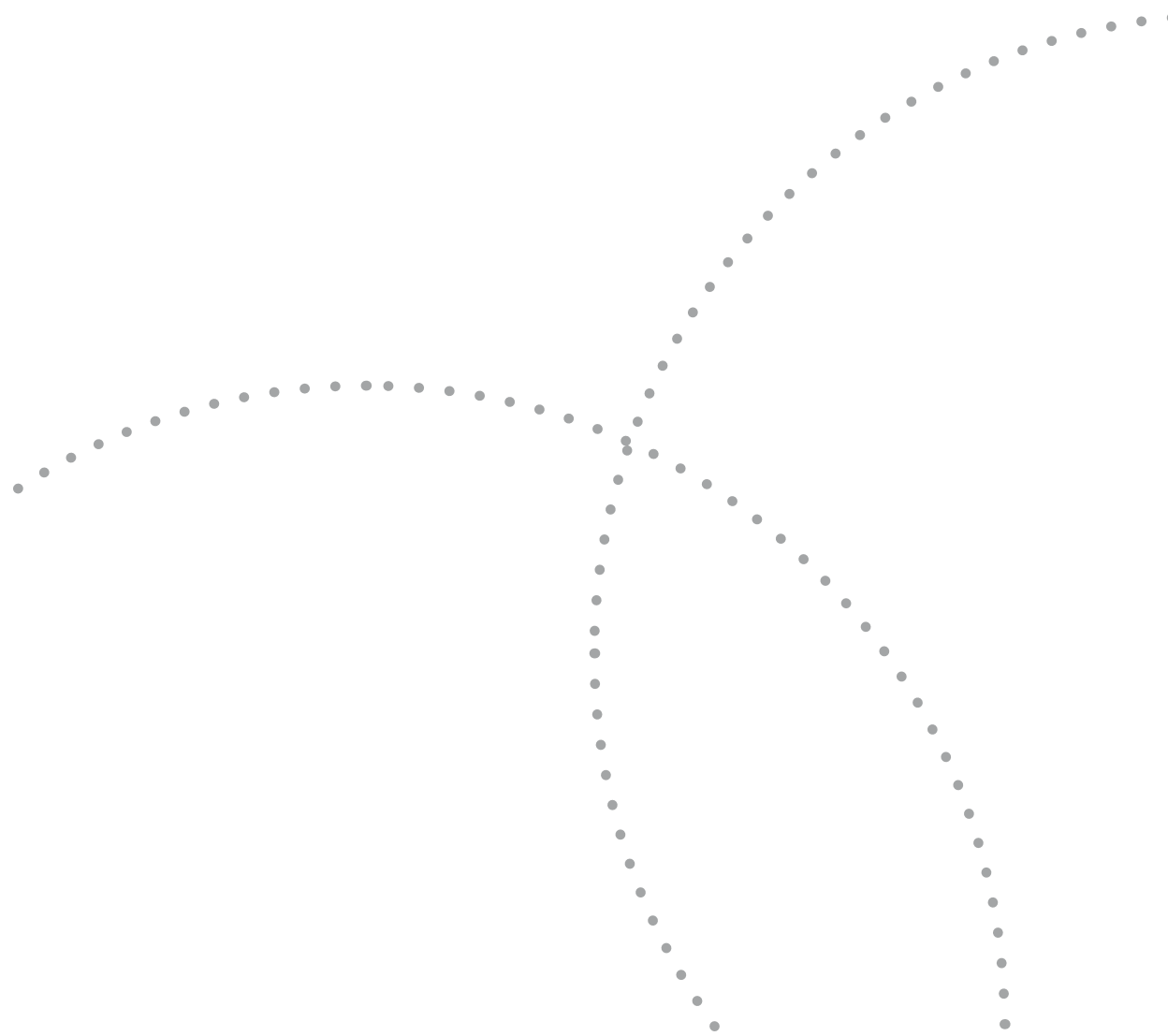
nationella uppföljningar över tid. En nationell mall kan även användas för extern revision.

I bilaga 2 ges förslag på frågor som kan användas vid egengranskning. Det finns ytterligare frågor som kan ställas och statistik som bör följas men bilagan ska ses just som ett förslag. För att få en fördjupad bild av om mottagningen uppfyller de behov som målgruppen har så kan man också samla intressenter till fokusgrupper med jämna mellanrum. Fokusgrupper bör ledas av en neutral och för uppgiften kunnig person. Att redovisa de tio vanligaste besöksorsakerna bidrar också till beskrivningen av ungdomsgruppens behov.

Källor och rekommenderad litteratur

- SOSFS 2005:12. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
- Ader M, Berensson K, Carlsson P, Granath M, Urwitz V. Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International* 2001 (16);2: 187–95.
- Kvalitetssäkring för ungdomsmottagningar – en inspirationsskrift, KVUM. Ett samverkansprojekt mellan Södra Stockholms sjukvårdsområde, Landstinget förebygger aids (Lafa) och Sösam 1998.
- Ungdomsmottagningar: Förslag till indikatorer för kvalitetssäkring och utveckling av verksamheten vid landets ungdomsmottagningar. Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen 2003, www.vgregion.se, se vidare under folkhälsa.
- Uppföljningsplan för ungdomsmottagning. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, HSN 0805-0656, ADA 7265.
- Ungdomsmottagning Väst, Verksamheten 2008. Verksamhetsberättelse från ungdomsmottagningen Tynnered Göteborg kan användas som modell. Kontaktperson: inger.berggren@tynnered.goteborg.se.
- You're Welcome quality criteria; Making health services young people friendly. Department of Health, DH, UK. www.dh.gov.uk/publications.
- Checklista för att planera – genomföra – följa upp – beskriva folkhälsoarbete. Stockholms läns landsting 2008:1, www.folkhalsoguiden.se.

DEL II. METODIK FÖR
FRÄMJANDE OCH
FÖREBYGGGANDE ARBETE



Struktur och metodik underlättar ett systematiskt arbete när man vill nå ett mål – i detta fall att minska förekomst av STI och oönskade graviditeter bland ungdomar och unga vuxna. Främjandet av sexuell hälsa och förebyggandet av sexuell ohälsa kan bara ske i dialog. Det är ytterst de unga själva som bestämmer hur de vill leva ut sin sexualitet. Professionella kan påverka. De kan starta processer som leder till reflektion, de kan i dialogform förmedla väsentlig kunskap och de kan genom att uppmärksamma de ungdomar och unga vuxna som lever riskfyllt använda sig av motiverande samtal om den unge själv är intresserad av förändring. Motiverande samtal har visat sig, om det används systematiskt och på rätt sätt, bidra till att människor genomför bestående förändringar.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

”Ur ett folkhälsoperspektiv är det särskilt angeläget att främja sexuell hälsa bland ungdomar, eftersom uppväxten lägger grunden för synen på och förutsättningarna för det fortsatta sexuallivet. Ett brett perspektiv i det förebyggande arbetet riktat till ungdomar och unga vuxna omfattar att beakta sexualitetens betydelse för unga kvinnors och mäns självkänsla, identitetsutveckling och välbefinnande och att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende. Det förebyggande arbetet måste kunna fokusera både på riskerna med oskyddad sex och betydelsen av ansvar för och hänsyn till andra människor.”

(citat ur prop. 2007/2008:110 - En förnyad folkhälsopolitik)

Raderna ovan illustrerar ungdomsmottagningars och liknande verksamheters (UMLV) både allmänt hälsofrämjande och förebyggande arbete riktat mot ungdomar och unga vuxna. Förutom detta allmänt formulerade uppdrag arbetar UMLV med att förebygga hiv och övriga STI samt minska spridningen av desamma. I WHO:s rapport om förhindrande av hiv/aids poängteras att de största genombrotten i förhindrande av smittspridning kan nås genom att samhället försöker nå ungdomar [1].

Hälsofrämjande och förebyggande

– två sidor av samma mynt

De flesta människor förknippar nog UMLV:s arbete med förebyggande insatser för att förhindra oönskade graviditeter och åtgärder för att förhindra spridningen av sexuellt överförda infektioner. Dessa grundläggande uppgifter utgör den ena delen av arbetet. Hit kan man räkna alla åtgärder som görs för att förebygga oönskade konsekvenser av sexualiteten. Några exempel är utprovning av preventivmedel och samtal angående kondomanvändning. Den andra delen av arbetet utgörs av hälsofrämjande åtgärder. Dessa åtgärder, vilka på engelska sammanfattas under begreppet *health promotion*, är sådana som stärker det som gör att vi håller oss friska och mår bra eller, annorlunda uttryckt, sådana åtgärder som främjar hälsa. För UMLV kan de hälsofrämjande insatserna bestå av att stärka ungdomar i deras naturliga nyfikenhet kring lusten och glädjen i sexualiteten. Lika viktigt är att stödja ungdomarnas självkänsla och integritet som gör att de till exempel vågar ställa krav på sin partner när det gäller relationer, sexualitet och skydd.

Både den förebyggande och hälsofrämjande delen av arbetet med ungdomar och unga vuxna omfattar insatser som riktar sig både mot enskilda ungdomar, och mot grupper av ungdomar. Ibland kan det också vara effektivt att rikta insatser mot grupper som i sin tur möter ungdomar. Det kan vara föräldrar och andra anhöriga eller professionella som i sitt dagliga arbete möter unga. Även ideella organisationer eller andra nätverk av vuxna kan räknas hit.

I detta avsnitt kommer att beskrivas hur UMLV kan tänka i termer av både förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Syftet med avsnittet är att ge övergripande teoretiska kunskaper, illustrerat med några exempel, så att reflektionen kring verksamheternas karaktär av både förebyggande och hälsofrämjande kan fördjupas. Förhoppningen är att denna övergripande introduktion och kapitlets övriga avsnitt med mer konkret innehåll kan underlätta utvecklingen av förebyggande insatser på de mottagningar som arbetar med ungdomar och unga vuxna.

Risk- och friskfaktorer

Vanliga begrepp i detta sammanhang är *riskfaktorer* och *friskfaktorer*. Om det finns tillräckligt med friskfaktorer blir det ofta inga eller färre negativa konsekvenser när man utsätter sig för risk. Om man till exempel har många sexpartner, vilket är en riskfaktor, så blir trygghet och kompetens att hantera sexualiteten och att kunna använda och kräva skydd friskfaktorer. Man kan säga

att preventionen sysselsätter sig med riskfaktorer och det hälsofrämjande arbetet med friskfaktorer [2].

För att arbeta målinriktat med olika former av folkhälsoarbete behövs konkret kunskap om hur hälsan påverkas av olika faktorer och vilka grupper i befolkningen som är mest riskutsatta. Till exempel räcker det inte med att veta att det kan vara riskfyllt med oskyddade samlag. De flesta sexuellt aktiva har redan denna kunskap. Vi behöver också förstå varför människor trots risken inte alltid skyddar sig, varför olika grupper i samhället tar olika risker, vad omgivningens normer och andra faktorer har för inverkan på om man utsätter sig för olika typer av riskfyllda vanor och beteenden. Denna förståelse kan sedan omsättas till preventivt arbete. Det sker genom att påverka dessa så kallade riskfaktorer.

Ofta talar man i folkhälsosammanhang om ett nät av olika faktorer som har betydelse för ungdomars men även vuxnas livsstil. Det preventiva arbetet måste därför grunda sig på kunskap om de olika faktorer som kan påverka ungdomars beteende i allmänhet och i synnerhet faktorer som påverkar sannolikheten att ha ett riskfyllt sexualliv. Samtalen med ungdomar och unga vuxna behöver omfatta det som är relevant i lokalmiljön. Utbildningsinsatser och uppsökande verksamhet behöver utformas i förhållande till detta. Eftersom orsakerna till olika typer av riskbeteende hos unga, liksom hos vuxna, är oerhört komplexa så bör åtgärderna riktas mot flera av dessa orsaker om insatserna ska bli effektiva. I kunskapssammanställningen Ungdomars sexuella hälsa [3] refereras ett antal viktiga teman som påverkar ungdomars sexuella beteende i hela världen [4]:

- Unga människor bedömer risk när det gäller sexpartner utifrån om personen uppfattas som fräsch eller ofräsch.
- Sexpartner har stort inflytande på sexuellt agerande i allmänhet.
- Kondomer kan vara stigmatiserande och associerade med brist på tillit.
- Könssstereotyper är avgörande för sociala förväntningar och beteende.
- Samhället i stort bestraffar eller belönar olika typer av sexuellt agerande.
- Rykten och socialt synliggörande av sexuell aktivitet eller inaktivitet är viktiga.
- Sociala förväntningar kan hämma kommunikation om sex.

På liknande sätt behövs kunskap om friskfaktorer som håller människor friska och stärker en god hälsa generellt. Framför allt har denna del av folkhälsovetenskapen av naturliga skäl utvecklats vad gäller psykisk hälsa. Psykisk hälsa kan sägas utgöra en grundförutsättning för god hälsa. Kunskapen om friskfaktorer är i dag inte lika utvecklad, varken teoretiskt eller

empiriskt, vad gäller sexuell hälsa. Tonvikten i forskningen har varit att reducera riskfaktorer för sexuellt överförda infektioner. Eftersom i synnerhet en av dessa, nämligen hiv, kan få en dödlig utgång har betydelsen av program som främjar sexuell hälsa blivit allt viktigare. Utvecklingen av sjukdomspanoramata innebär att design, genomförande och utvärdering av dessa program bör få högsta prioritet [5]. Generell forskning om riskfaktorer bland ungdomar och unga vuxna visar dock att den viktigaste hälsofrämjande faktorn är att ha en förtroendefull vuxen att prata med [6, 7].

På mottagningar kan man diskutera innehållet i sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete och på vilket sätt det kan bidra till att påverka sexuell ohälsa och oönskade graviditeter. Ska man arbeta individinriktat eller i grupp? Påverkas en faktor bäst på mottagningen eller på en annan arena?

Primär och sekundär prevention

Med *primär prevention* avses att man förebygger eller förhindrar risken för smitta, sjukdom eller i olika avseenden riskfyllt beteende. En typisk primärpreventiv insats sker på gruppnivå, till exempel sex- och samlevnadsundervisning eller verksamhet med sammanhållna grupper med unga, så kallade ”tjej- och killgrupper”. Men även i direkt individuell kontakt kan en viktig primärpreventiv insats göras. Primärprevention kan alltså vara både universell och selektiv. Genom att föra samtal med ungdomar och unga vuxna som är negativa i ett klamydiatest men som uppenbarligen utsatt sig för risk kan man påverka individens riskbeteende [8].

Från flera håll påpekas samstämmigt effekten av lättillgängliga mottagningar där ungdomar bland annat kan testa sig för olika sexuellt överförda infektioner. Genom att snabbt nå stora grupper av ungdomar som smittats kan smittorisken reduceras. Detta kan ses som exempel på vad man brukar kalla *sekundär prevention*, vilket innebär tidig upptäckt för att förhindra negativa konsekvenser, i detta fall i form av smittspridning. Mottagningar vilka är geografiskt lättillgängliga och med generösa öppettider och möjlighet att bara ”slinka in” är därför viktiga ur både primärpreventiv och sekundärpreventiv synpunkt.

Sekundär prevention kan även innebära att UMLV på individnivå uppmärksammar andra typer av riskfaktorer och riskbeteenden eller ogynnsam utveckling i annat avseende. Sekundär prevention är indikativ, det vill säga det finns identifierade behov hos individer och grupper.

Förebyggande och hälsofrämjande arbete på olika nivåer

Tidigare har merparten av förebyggande åtgärder riktats mot individen, eller vad som brukar kallas insatser på *individnivå*. Ett kompletterande sätt att arbeta förebyggande och hälsofrämjande är med insatser på *gruppnivå*.

Studier från USA har visat att det är effektivt att på gruppnivå påverka attityder till och utveckla normer som pläderar för kondomanvändning. Förebyggande insatser på individnivå i kontakter med den enskilde ungdomen anses effektiva på kort sikt, men effekten avtar ofta med tiden varför den behöver kompletteras med andra insatser. Till dessa räknas faktorer både i närmiljön och på längre avstånd som påverkar risken att drabbas av oönskade konsekvenser av sin livsstil. Detta innebär att inte bara personliga faktorer har betydelse för risken att drabbas av olika oönskade tillstånd eller att ha riskfyllda vanor. Även faktorer i den närmaste omgivningen som familj, vänner, andra relationer och segregation påverkar framför allt normer och värderingar vilket är av stor betydelse. Vi betar oss på det sätt som vi tror förväntas av oss av individer och grupper som är viktiga för oss. Vi ändrar inte beteendet om det inte har stöd i gruppens normer och värderingar. Våra tillhörighetsgrupper har betydelse och därför behöver arbete bedrivas i relation till sådana grupper.

Grupper eller konstellationer påverkas i sin tur av faktorer på *samhällsnivå*. Med detta avses bland annat ett lands politiska beslut och lagstiftning, sociala förhållanden, utbildningssystem och ekonomi. Men även mer abstrakta förhållanden som kan sammanfattas under begreppet kultur räknas hit, till exempel traditioner, trosförhållanden, normer och liknande. De abstrakta faktorerna på samhällsnivå är viktiga att beakta i samband med förebyggande och hälsofrämjande arbete. En kulturellt konstruerad faktor är olika förväntningar i samhället på kvinnors och mäns olika beteenden i samband med sex, alltså en genusfaktor. Med begreppet genus avses det sociala könet och vad det innebär att vara kvinna eller man i olika samhällen. Det är fortfarande en utbredd norm såväl i Sverige som i de flesta andra delar av världen att flickor ska vara mer passiva i sexuella sammanhang, samtidigt som de ofta förväntas ta ett stort ansvar för preventivmedelsanvändningen.

Denna kulturella påverkan på våra normer och vanor gör det svårt att direkt översätta metoder som utvecklats i andra länder, ofta i USA, till svenska förhållanden. Även inom landet kan förväntningarna på vad som anses vara ett lämpligt beteende för en flicka eller kvinna respektive för en pojke eller man skilja sig mellan olika grupper, till exempel mellan individer med olika etnisk och religiös bakgrund. Dessa förväntningar ändras ofta över tid. Detta gör att det är viktigt för UMLV:s personal att ha bred kontakt med

olika grupper av ungdomar och därigenom få god uppfattning om lokala strukturer, normer och förväntningar på kvinnor respektive män.

Ett inslag i hälsofrämjande och förebyggande arbete är att skaffa sig en uppfattning om de arenor där ungdomar befinner sig. UMLV bör därför vid behov kunna bedriva ett mer utåtriktat arbete i lokalmiljön. Genom samtalen med ungdomar och unga vuxna kan man skaffa sig en uppfattning om till exempel viktiga träffställen såsom vilken park, vilken strand och vilken krog som är aktuella och hur det går till när man träffas. UMLV kan ibland välja att förlägga förebyggande och rådgivande verksamhet till sådana platser. Exempel på sådan verksamhet är ett tält på en musikfestival eller att arbeta tillsammans med lokala ideella organisationer i en uppsökande verksamhet för att nå specifika grupper som inte själva kommer till mottagningen. På dessa ställen är det speciellt viktigt att det finns tillgång till kondomer och påminnande information.

Att planera sitt arbete på detta sätt med preventionsinsatser på olika nivåer kan i praktiken innebära att UMLV i sitt dagliga arbete inte bara tänker i termer av individerna som söker stöd och rådgivning utan i ökad utsträckning även inbegriper eventuella partner. Kontakten, som kan ske enskilt med paren eller i form av olika grupper, kan då stärka kommunikationen mellan ungdomarna. Den kan också innebära att man uppmuntrar ungdomarna till att i relation till sin partner agera för kondomanvändning liksom att inte ställa upp på det man inte vill. Att involvera partnern i kontakten kan även avlasta den part som befinner sig i underläge gentemot sin partner på grund av kön, känslor, ekonomi, alltså i förhållanden som är präglade av bristande jämlikhet. Fördelen med insatser som sträcker sig till båda parter i ett förhållande är också att kunskaperna vid en eventuell framtida separation sprids till fler nya partner än om bara den ena parten varit inblandad.

Normer och värderingar

Människor betar sig enligt de normer och värderingar som finns i grupper som är viktiga för dem: familjen, arbetsgemenskapen, vänskretsen, fotbollslaget och så vidare. Normer och värderingar formas och ändras genom att grupper får ny information och ändrar sitt synsätt.

En viktig faktor för ungdomars risk- alternativt hälsofrämjande beteende är hur ungdomen *uppfattar* sociala normer. Framför allt anses uppfattningen av kompisars normer ha stor betydelse för olika typer av beteenden. Uppfattningen behöver dock inte stå i överensstämmelse med rådande normer. Tror man att

kompisarna har riskfyllda sexualvanor påverkas man lättare till samma beteende än om man uppfattar att andra ungdomar inte har sådana riskfyllda vanor. Det är därför nödvändigt att i samtal med ungdomar undanröja vanliga ”majoritetsmissförstånd”, det vill säga den bristande överensstämmelsen mellan vad många ungdomar och unga vuxna uppfattar att ”alla andra” tycker och gör än vad som är fallet i verkligheten. Detta gäller både sexuellt riskbeteende och andra riskfyllda vanor som till exempel hög alkoholkonsumtion.

För att kunna bearbeta normer och värderingar blir möjligheten att möta ungdomar i grupp ett betydelsefullt sätt att arbeta. Det gäller inte bara möjligheten att delta i skolans sex- och samlevnadsundervisning eller ta emot grupper på mottagningen. Det finns goda exempel på UMLV som kontinuerligt definierar grupper man speciellt behöver nå och bjuder in dem till samtalsgrupper eller samverkar med ideella organisationer och teatergrupper som arbetar med gruppverksamhet.

Medierna förmedlar förebilder och schabloner om hur ungdomar och unga vuxna ska vara och se ut och påverkar därigenom ungdomars värderingar, kulturella normer och traditioner och därmed även levnadsvanor. Medierna kan därför ha stor inverkan på ungdomars vanor genom hälsofrämjande inslag. Med medier avses bland annat Internet, filmer, teve, musikvideor, veckotidningar och böcker.

Sammantaget kan man säga att faktorer på samhällsnivå som normer och kulturella traditioner, till exempel heteronormer och könsroller, förklarar en stor del av ungdomars normer och vanor vare sig det gäller riskfyllda eller hälsofrämjande sådana. Det är därför nödvändigt att beakta dessa faktorer när man arbetar hälsofrämjande med ungdomar och unga vuxna. Att hitta enkla frågeställningar och formuleringar som hjälper dem att reflektera över dessa frågor och hur de påverkar den egna vardagen bör vara en ständigt pågående metodutveckling för UMLV.

Psykisk ohälsa

Olika studier visar att ungdomar och unga vuxna mår sämre i dag än tidigare. Andelen som rapporterar nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat avsevärt sedan 1990-talet. Detsamma gäller antalet besök inom den psykiatriska öppenvården. Bristande psykiskt välbefinnande, som är någonting annat än psykisk sjukdom, kan ge sig till känna som nedstämdhet, relationsproblem och trötthet. Ofta medför psykisk ohälsa att man får nedsatt förmåga att fungera i vardagen. I synnerhet är det unga kvinnor som uttrycker ökande psykisk ohälsa. Psykisk hälsa är grunden för annan hälsa och för förmågan att göra hälsosamma val.

Därför är även psykologiska och psykosociala frågor, som till exempel identitetsutveckling, psykisk hälsa och ohälsa samt relationer och nätverk av största betydelse för allt arbete med ungdomar och unga vuxna [9,10].

Ungdomsmottagningarna har genom sitt goda renommé bland ungdomar mycket goda förutsättningar att både främja hälsa och förebygga ohälsa. Att ungdomar och unga vuxna blir väl bemötta inom hälso- och sjukvården kan bidra till att de känner förtroende och söker stöd och hjälp i tid när de mår psykiskt dåligt. Såväl ungdomsmottagningar som elevhälsan med tvärfacklig personalkompetens utgör en resurs, vars kompetens och förtroende bland ungdomar skulle kunna vara en mer effektiv hälsofrämjande och förebyggande aktör.

Livsstil

Frågor om livsstil bör på ett naturligt sätt ingå i verksamheter som ungdomsmottagningar, elevhälsan och liknande. Hit hör bland annat frågor om alkohol och narkotika, matvanor och motionsvanor samt kroppsideal, det vill säga frågor som på olika sätt hör samman såväl med sexualitetens hälsofrämjande som riskfyllda aspekter.

Bland de riskfyllda aspekterna kan nämnas: självdestruktivt beteende, våld, hot och övergrepp, hedersrelaterad problematik, riskfyllda alkoholvanor, drogmissbruk, tobaksbruk och skolk eller bristande omsorg i hemmet. Det är känt från både internationell forskning och svenska studier att vissa ungdomar är mer utsatta för olika typer av risker än andra [6,7]. Olika typer av livsstilsbeteenden för hälsan ansamlas hos dessa ungdomar som därigenom blir speciellt riskutsatta. Sådana beteenden kan ha stor betydelse för hälsan i sig, men även för risken att utsätta sig för ofrivilligt eller oskyddat sex. Undersökningar av alkohol- och drogvänor som regelbundet utförs i årskurs 9 och årskurs 2 på gymnasiet av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) visar att elever som är storkonsumenter av alkohol eller missbrukar narkotika utsätter sig för mycket högre risker över huvud taget än vad andra elever gör [11].

Kan mottagningar i ökad utsträckning arbeta främjande och förebyggande?

I rapporten *Psykisk hälsa, barn och unga* skriver SKL att staten måste ta sitt ansvar genom att utforma lagstiftning så att den möjliggör en sammanhållen första linjens vård, en barn- och ungdomshälsovård [12]. UMLV skulle kunna

utgöra en del av första linjen i en sådan verksamhet för ungdomar. Genom att främja psykisk hälsa hos ungdomar och unga vuxna kan dessa verksamheter samtidigt agera preventivt vad gäller sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Grunden för att göra kloka val är att man mår bra, har en för åldern adekvat självbild och tillräcklig självaktning. Ett exempel på hur tätt dessa områden hänger ihop är det utvecklingsarbete som gjorts inom ungdomsmottagningen i Stockolms läns landsting och Huddinge kommun avseende behandling av unga kvinnor med smärta vid samlag [13]. Det förekommer redan att ungdomsmottagningar har ett vidgat uppdrag att även vara första linjens hjälp vid krissituationer för att förebygga svårare psykiska problem och indirekt avlasta psykiatrin.

Referenser

1. Ross D, Dick B, Ferguson J (Eds). WHO. Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries. WHO Technical Report series 938. Geneva: World Health Organization:2006.
2. Stattin H, Rommelsjö A, Stenbacka M. Personal resources as modifiers of the risk of future criminality: An analysis of protective factors in relation to 18-year-old boys. *British Journal of Criminology*, 1997;37,198–223.
3. Forsberg, M. Ungdomars sexuella hälsa; internationella kunskaps-sammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
4. Marston, C, King, E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *The Lancet*. 2006;368:1581–6.
5. di Clemente R J, Salazar L F, Crosby R A. A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology* 2007;32(8):888–906.
6. Ferrer-Wreder L, Stattin H, Cass Lorente C, Tubman J G, Adamson L. Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete/IMS. Gothia, Socialstyrelsen 2005.
7. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete/IMS. Gothia, Socialstyrelsen 2008.
8. Christianson M, Lalos A, Johansson E E. Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):38–43.
9. Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Socialstyrelsen 2009-126-72. Publicerat på www.socialstyrelsen.se.
10. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen 2009-126-71 Publicerat på www.socialstyrelsen.se.
11. Skolelevers drogvanor 2007. CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning). Rapport 108. Stockholm 2008.
12. Psykisk hälsa, barn och unga. Positionspapper, Sveriges Kommuner och Landsting februari 2009, www.skl.se/publikationer.
13. Olsson I-L, Örjes Svensson B. Smärta vid samlag; en teambehandling. 2006. Kan beställas: fou.sodertorn@botkyrka.mail.telia.com.

METODER OCH HANDLEDNING I UTÅTRIKTAT ARBETE

Utåtriktat och uppsökande arbete kan ha olika former. Det kan bedrivas inom många olika typer av verksamheter. Allra vanligast är denna form av arbete inom socialt arbete och syftet brukar antingen vara att nå grupper i samhällets marginal, vilka annars inte får del av samhällets service, eller att tidigt nå människor som riskerar att hamna i missbruk eller kriminalitet. Ofta kallas detta *socialt fältarbete*. I många länder används också uppsökande arbete inom hälsosektorn. Ett vanligt syfte i dessa sammanhang är just att nå ut med kunskaper om preventivmedel och sexuell hälsa och även att distribuera kondomer och p-piller. Det kallas ofta *community based distribution*, ungefär distribution i lokalsamhället, och är vanligt i samhällen där det är långt mellan primärvårdsmottagningar och komplicerat att ta sig längre sträckor. De som gör dessa insatser är vanligen volontärer som fått viss utbildning. De uppsöker enskilda hem eller håller möten i samlingslokaler i små byar och i skolor. De brukar få hand- och arbetsledning av medicinsk och social personal från större mottagningar som ibland är just *Youth Friendly Services*. Dessa volontärer har likheter med de frivilligarbetare som finns inom ideella organisationer i Sverige. Ibland kommer de också från en sådan ideell organisation. I många andra länder har de som arbetar med uppsökande verksamhet ofta anknytning till eller ett direkt samarbete med hälso- och sjukvård och distribuerar inte bara kondomer utan även andra preventivmedel samt kan remittera till en mottagning.

UMLV har behov av ett utåtriktat arbete för att nå hela målgruppen – ungdomar och unga vuxna. Ett exempel på detta är att pojkar och unga män besöker UM i liten omfattning och därför får sämre tillgång till förebyggande insatser trots att många skulle behöva dem. Det finns utan tvekan även andra grupper som har sådana behov och som av olika skäl inte kommer till mottagningar, till exempel grupper av invandrarflickor, hbt-ungdomar och ungdomar med olika funktionshinder. Vissa grupper har speciella eller stora behov av förebyggande rådgivning eller information om UMLV:s arbete. Genom ett utåtriktat arbetssätt kan man nå dem på olika arenor. Hur mycket av UMLV:s tid och resurser som ska ägnas åt utåtriktat och uppsökande arbete är en fråga som bör besvaras i dialog med uppdragsgivaren. Grundläggande utgångspunkt är tillgång till preventiva insatser för alla ungdomar och unga vuxna i

samhället. Den fråga man behöver ställa sig är om de som kommer till mottagningen motsvarar det man kan anta om behoven i olika grupper i det lokalsamhälle som mottagningen ska ge service. Det första man behöver göra är att föra en enkel statistik kring vilka som besöker mottagningen och fundera över hur väl de representerar den unga befolkningen. Den andra utgångspunkten är om det finns grupper i lokalsamhället som behöver utökade speciella preventiva insatser och hur man i så fall kan uppnå detta. Ska man ha ett gruppriktat arbete på en annan arena eller någon annan form av utåtriktad eller speciell insats, eller kommer de redan i tillräcklig omfattning så att det är mötet med den enskilde som ska ges mer tid och behandla speciella frågor? Redan i dag finns goda exempel på hur UM arbetar mer utåtriktad förutom de besök som görs i skolan.

Studentmottagningar och STI-mottagningar eller en vårdcentral kan ha behov av att arbeta utåtriktad. Så har till exempel personer som var med om att starta Venhälsan, en mottagning i Stockholm för män som har sex med män, tidigt i hiv-epidemins skede bedrivit arbete på mötesplatser för MSM. STI-mottagningar med studentverksamhet har varit ute och informerat i samband med studentkarnevaler och även samarbetat med studentvolontärer. En viktig arena att nå både ungdomar och unga vuxna är genom och i samverkan med ideella organisationer på Stockholm Pride. Detta projekt har sammanfattats i en rapport (Lafa 2009:1). Tyvärr är många andra projekt inte dokumenterade och erfarenheterna har inte sammanfattats. Tills sådan dokumentation genomförs finns inspiration att hämta från socialt arbete och internationell verksamhet i detta kunskapsunderlag.

I detta avsnitt behandlas kort olika former av utåtriktad och uppsökande arbete på olika arenor där man kan nå grupper

- i skolan,
- på universitet och högskolor,
- i sfi-undervisning,
- på fritidsgården,
- på festivaler,
- på träffställen.

Skolan är en strukturerad arena för utåtriktad arbete, vilket ger förhållandevis tydliga ramar för insatser. Det minskar kravet på omfattande planering. Andra typer av planering behövs på grund av olika förutsättningar för insatser som genomförs inom mindre strukturerade verksamheter och på arenor där man har svårt att kontrollera de yttre omständigheterna. För att lyckas måste man därför kunna

- formulera ett adekvat och konkret mål för insatsen,
- bestämma vilken målgrupp man faktiskt vill nå,
- skaffa sig förhandskunskap om denna målgrupp och om platsen man valt,
- ha metodkunskap för de metoder man valt att använda,
- skapa, vidmakthålla och avsluta samarbets- eller projektgrupper för den specifika insatsen, om så behövs,
- dokumentera och följa upp sin insats.

Vad är det UMLV faktiskt vill uppnå med sin insats? Ska man bara sprida kunskap om något eller ska man försöka väcka förtroende och kontakt med en grupp ungdomar och unga vuxna som man vill ska komma till mottagningen? Eller vill man öka den faktiska kondom användningen i samband med en musikfestival? UMLV:s personal behöver skaffa sig kunskap i förväg om hur det fungerar på den plats man vill välja. Det är till exempel inte realistiskt att tro att ungdomar och unga vuxna ska stanna upp och prata om kondom användning när de är på väg till en konsert. Då vill de hitta en bra sittplats.

Det är alltid bra att inkludera den målgrupp man vill nå i planeringen. Detta brukar ge bra användbar kunskap kring hur olika metoder och material uppfattas och man kan få ovärderlig kunskap om vilka platser som faktiskt är lämpliga för intervention. Ett problem kan vara att man saknar kontakt med grupper och just därför gör den uppsökande verksamheten. Ett vanligt sätt är då att först göra en ”uppsökarpilot” det vill säga att testa den uppsökande verksamheten i mindre skala på någon plats. På så sätt kan man komma i kontakt med sin ungdomsgrupp och be dem ge synpunkter på upplägget samt fråga om någon vill vara med i den fortsatta planeringen av arbetet.

Det är också viktigt att i förväg diskutera sitt projekt med dem som är ansvariga för arenan eller på annat sätt berörs av att UMLV kommer. Vad anser studentkåren om att UM eller STI-mottagningen vill dela ut informationsmaterial vid deras arrangemang? Hur kan detta bäst göras? Arrangörer har ofta goda kunskaper om sin arena och kan bidra med den konkreta utformningen. Vilket stöd kan de ge för insatsen? Man bör närma sig samarbetspartner för både kontinuerlig samverkan och kortare projekt med en tydlig idé men som inte är helt färdig. Då finns möjligheten att utforma den slutliga insatsen eller projektet i samverkan. Annars skapas ofta onödiga motsättningar och konflikter som kan få mer omfattande konsekvenser än man kan ana.

De aktiviteter och metoder man valt kan vara mer gruppinriktade, av den typ som beskrivs i avsnittet Metodik för arbete med ungdomsgrupper. Flera landsting och likaså RFSU erbjuder utbildningar i sådan metodik. När det

gäller mer uppsökande metodik finns inte lika självklara utbildningar att tillgå för mottagningspersonal. Däremot finns kunskapen hos ideella organisationer och vid utbildningar i socialt arbete. Möjligheten att anordna sådan utbildning finns alltså.

Om det behövs mer omfattande samarbete mellan olika parter för att genomföra ett projekt behövs en tillfällig projektgrupp. Förutsättningen för att regelbundet kunna genomföra utåtriktade projekt är att ha färdigheter i att kunna skapa, vidmakthålla, utvärdera och avsluta en projektgrupp. Här kan man få vägledning i olika typer av kurser och modeller för projektarbete. Sådana kurser tillhandahålls av de flesta huvudmän. I vägledningen här finns ett avsnitt om mer långsiktig samverkan. Likaså beskrivs den mer projektinriktade ”genombrottsmetoden” i bilaga 3. När det är mindre projekt bör man förstås minska ambitionsnivån för själva projektadministrationen. Men lika fullt behövs en mindre projektplan med konkreta mål, aktiviteter och ansvarsfördelning som ansvariga för alla parter skriver under. Man kan behöva boka åtminstone någon tid för avstämning och framför allt behöver projektet få ett tydligt avslut där man tillsammans värderar arbetet. Ett väl genomfört projekt ger alltid en god grund för ny och kanske mer djupgående samverkan. Ett projekt som inte fungerade behöver i ännu högre grad få en gemensam avslutande genomgång för att få insikt om vad man borde ha gjort på ett annat sätt. Annars kan det bli svårt att samarbeta igen.

Uppföljning av det utåtriktade arbetet bör ske på ett seriöst sätt. Uppföljningen ska inte dränka själva insatsen men ändå ge möjlighet att se om man når resultat och ge underlag för att kunna lära och förbättra. Genombrottsmetoden har byggt in sådana mekanismer. Fler tips för uppföljningsmetoder finns i kunskapsunderlaget i detta avsnitt. Flera av dessa arbetsmoment kan vara främmande för personal på UMLV. Även om de inte är det ställer varje ny insats krav på reflektion över hur just denna insats ska utformas. Allt folkhälsoarbete, som ju detta är, är beroende av sin direkta omgivning och erfarenheter från andra insatser är bara delvis tillämpbara i en ny omgivning.

Arbete i skolan

En vanlig utåtriktad insats för framför allt UM är att göra besök i och ha undervisning eller ge information i skolan. Metodik för sådant arbete beskrivs i kapitlet *Metodik för arbete med ungdomsgrupper* (sid 90).

Inför besöket är det självklart att förbereda sig genom att samtala och samverka med den eller de personer som arrangerar besöket för att skaffa sig en god uppfattning om i vilket sammanhang man ska agera. Vad har skett innan,

vad ska ske efteråt och vad har skolan för specifikt syfte med UM:s besök? Som beskrivits i andra avsnitt av denna vägledning är skolan en viktig kontinuerlig samverkanspartner för UMLV. Det allra bästa är förstås om det är så och undervisningen är en del i ett helt samverkanspaket med ett tydligt samverkansavtal. I annat fall kan man behöva fundera över om det syfte skolan har med besöket stämmer med UM:s syfte. Kan besöket rymma bådas syften och behöver detta i sådant fall diskuteras?

Planering och flexibilitet är grunden för varje väl genomförd insats i skolan. Det behövs en väl planerad lektion med rimlig tid för de olika avsnitten, med möjlighet att anpassa de olika avsnitten till gruppen och även att kunna gör avsteg. Socialstyrelsens kunskapssammanställning visar att deltagande metodik har bäst effekt. Eftersom arbete i skolan oftast förekommer i UM:s uppdrag bör personal ha sådan kunskap och kompetens.

Ytterligare ett tillfälle för arbete i skolan kan vara att delta i föräldramöten, till exempel i årskurs 7 eller 8. Här kan UM informera om sin verksamhet samt även vilket stöd de kan ge föräldrar. Många missförstånd kan undanröjas och ett bättre samarbete med föräldrar kan på detta sätt skapas; inte minst med föräldrar som kommer från miljöer där det inte finns mottagningar för unga.

Fortbildning och handledning för arbetet tillsammans med och i skolan bör finnas med i den reguljära planeringen. Kollegor med erfarenhet av kunskapsbaserat arbete i skolan rekommenderas som handledare. Personal som går ut i skolorna bör ha god kunskap om lokala förhållanden och ungdomsgrupper som finns i upptagningsområdet för att kunna anpassa sina insatser.

Arbete på universitet och högskolor

En betydande del av unga vuxna passerar universitet och högskolor under den del av livet när de utsätter sin sexuella hälsa för de största riskerna. Ibland har studenthälsan en egen gynekologisk mottagning men oftast förlitar man sig på de gynekologiska och STI-mottagningar som finns på orten. För att kunna möta dessa unga vuxna behövs god kunskap om deras livsvillkor, förhållande attityder och beteenden samt kunskap om de arenor där de vistas.

Sesam-mottagningarna i Stockholm har anordnat speciella STI-mottagningar för studenter och har arbetat med utåtriktad information i samverkan med studentkårerna och studentmedier. På flera universitetsorter, men inte överallt, finns så kallade P-sex-grupper, vilka är studenter som organiserar kondomutdelning och information. I samverkan med sådana grupper kan ett mer aktivt förebyggande arbete utformas.

Arbete i sfi-undervisning

I sfi-undervisningen lär sig personer som invandrat till Sverige svenska. Det är en av de få arenor som finns att möta de personer som invandrat eller kommit som anhöriginvandrare till Sverige. Några är unga vuxna medan andra är föräldrar. I sfi-undervisning kan en UMLV ge information om sexuell hälsa och rättigheter i Sverige. Detta kan med fördel ingå i ett bredare paket med information om hälsa och sjukvård i Sverige. Här bör man samverka med folkhälsstrategen eller folkhälsoenheten i landstinget och även i kommunen för att skapa ett sammanhållet arbete. Även i detta sammanhang behöver man förstås förbereda sig genom att i förväg besöka sfi-undervisning och se vad som är viktigt att ta upp och hur detta kan göras på bästa sätt. Material finns i kunskapsunderlaget nedan. Samverkan med lokala invandrarorganisationer kan också ge möjlighet att sprida denna typ av information.

Arbete på fritidsgårdar

Fritidsverksamheten i kommunen och på fritidsgårdarna präglas ofta av en förebyggande strategi. Deras insatser ska förebygga sociala problem hos barn och ungdomar. Ungdomar med riskfylld livsstil besöker fritidsgårdar och det är inte heller ovanligt att fritidsgårdar gör extra ansträngningar att samla ungdomar som har ett riskbeteende när det gäller skolk, alkohol eller småbrott. Många studier pekar på hur sådant riskbeteende samvarierar med benägenhet att ta risker kring den sexuella hälsan. Fritidsgårdar försöker också ofta nå grupper som kan känna sig isolerade eller marginaliserade i samhället, till exempel ungdomar som är relativt nyanlända i Sverige. Många fritidsgårdar har riktad tjej- respektive killverksamhet. Därmed utgör fritidsgårdar en arena som kan skapa kontakt mellan UMLV och grupper som har speciella behov av förebyggande insatser. Den personal som arbetar på fritidsgårdar behöver en bred kompetens och kan ha behov av regelbunden handledning.

Exempel finns på att UMLV:s personal gör regelbundna besök på fritidsgården och har gruppträffar kring olika teman. De kan även regelbundet delta en eller flera gånger i tjej- och killgrupper. Dessa grupper kan även besöka mottagningen. Andra exempel är att personal helt enkelt gör ett besök då och då för att finnas tillgängliga för samtal. Detta är ett arbete som kräver långsiktighet och kontinuitet men så småningom kan ge goda effekter i förtroende för UMLV:s verksamhet.

Arbete på musikfestivaler och liknande tillställningar utomhus

Skolavslutningar, musikfestivaler och aktiviteter i samband med skolstart är tillfällen när ungdomar och unga vuxna träffar varandra och mycket sexuell aktivitet förekommer. Kommunikationsteori och forskning visar att det finns behov av påminnande information i samband med sådana tillfällen. Det kan påminna ungdomar och unga vuxna som tidigare fattat beslut att använda kondom eller att inte dricka så mycket alkohol. På en festival finns även perioder mellan aktiviteterna då ungdomar och unga vuxna gärna använder tiden till att samtala om livsfrågor eller andra frågor som intresserar dem. Likaså hamnar många i situationer som är psykiskt påfrestande eller som de har svårt att klara ut, och handlar därför inte i enlighet med sina intentioner. Detta väcker ångest och de kan i efterhand behöva någon att prata med eller råd om hur de ska göra, till exempel för att testa sig eller förhindra en oönskad graviditet. Den regionala STI-gruppen kan kartlägga behovet av insatser och föreslå en rimlig insats, vilken dock behöver planeras precis som allt utåtriktat arbete.

Många UMLV försöker vara på plats. Andra UMLV finns i bakgrunden och samarbetar med de ideella organisationer som bedriver den uppsökande verksamheten. Det är helt enkelt viktigt att UMLV har öppet under en festival. En utvärdering av Sommarkampanjen visar att resultatet blev bättre när organisationerna arbetade tillsammans med de lokala mottagningarna, som var öppna och dit de kunde hänvisa personer.¹ Under vissa tider fanns även professionella på plats i deras festivaltält.

Arbete på träffställen

Ibland finns vissa barer, pubar eller ställen där dans och fest ordnas året om och där människor träffas. I Kanada finns exempel på att smittspårare helt enkelt prickat in var folk träffats på en karta och på detta sätt identifierat ett eller två ställen där de flesta träffats. De har sedan sett till att det finns information och kondomer tillgängliga just på dessa ställen. Ibland behöver inte UMLV själva ordna aktiviteten. Men genom att vara uppmärksamma på denna typ av bakgrundsinformation kan de informera sin lokala STI-grupp om var insatser behövs.

¹ Sommarkampanjen är ett fältarbete med uppsökande verksamhet som bedrivs i samverkan mellan RFSL, RFSL Ungdom och RFSU.

Handledning och stöd

Varje landsting och region i Sverige har en folkhälsoplanerare eller folkhälsosstrateg och folkhälsoenhet. Vissa kommuner har det också. Inom alla landsting, regioner och storstadskommuner finns personer som har uppdraget att vara kontaktperson till Socialstyrelsen för ansökningar och uppföljning av insatser som genomförs med stöd av statsbidraget. Uppdraget från huvudmännen ser olika ut men många samordnar det förebyggande arbetet med hiv, STI och sexuell hälsa. Det finns STI-grupper i alla landsting med vilka man kan diskutera behov när det gäller utåtriktat och uppsökande arbete. UMLV bör kunna få hjälp med kontinuerlig eller tillfällig handledning från någon som arbetar med folkhälsa respektive samhällsmedicin i det egna landstinget. Dessa har ofta egen kompetens eller kan hänvisa till kompetent handledning. Det finns i dag ingen enhetlig struktur eller benämning på dessa personer utan man får leta sig fram. Dessa experter har ofta ett uppdrag att handleda lokala aktörer som vill utveckla sitt förebyggande arbete. Om man inte redan har samverkan med UMLV kan en tydlig överenskommelse och att be om hjälp i god tid vara viktigt eftersom resurserna är begränsade.

Regionala kunskapsnätverk finns numera i hela Sverige dit man kan föra frågor om fortbildning inom området uppsökande och utåtriktat arbete. Information finns på www.hivportalen.se.

Utöver de kortare fortlöpande utbildningskurser inom området sex och samlevnad och de hälsofrämjande insatser som finns inom vissa landsting och regioner finns flera utbildningsalternativ. Som exempel kan nämnas kurser i hälsofrämjande arbete inom ramen för folkhälsovetenskapliga utbildningar eller kurser i socialt utvecklingsarbete vid socialhögskolorna i landet. Sådana kurser brukar innehålla de viktigaste kunskaperna för att kunna genomföra insatser i lokalmiljön.

Källor och rekommenderad litteratur

- Stop HIV! Erfarenheter av kampanjsamverkan och on site-testning riktad till män som har sex med män. Lafa 2009:1. Landstinget förebygger aids, Stockholms läns landsting, Stockholm 2009.
- Colour of love 2007: utvärdering av sommarkampanjen. Nordisk Kommunikation. Rapport beställd av Socialstyrelsen. Stockholm 2007, www.nordisk-kommunikation.com.
- Tamm G et al. Evolving Strategies for Better Health and Development of Adolescents/Young People. A Twinning Institutional Collaboration Project in India by MAMTA and RFSU. Sida Evaluation 02/40. Stockholm 2002.
- Att lyckas med folkhälsoprojekt. Landstingsförbundet, Stockholm 1998.
- Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapsammansättningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen 2007.
- Minahan A, Pincus A. Social Work Practice: model and method. F.E. Peacock Publishers, INC. Itasca, Illinois 1973.
- Thomas, D N. Community Development at Work: A Case of Obscurity in Accomplishment. Community Development Foundation Publications, London 1995.
- Sundh K, Turunen P (red). Social mobilisering. Publica 1992.
- Svanström, L, Haglund, B. Att förebygga – samhällsmedicin i praktiken. Studentlitteratur, Lund 1987.
- Soydan H, Jergeby U, Olsson E, Harms-Ringdahl M. Socialt arbete med etniska minoriteter. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Liber, Stockholm 1999.
- Rönmark L, (red). ”Att möta det man möter”: erfarenheter från Stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg. Göteborg FoU i väst, FoU-rapport 4:2001.

Om metoder i socialt fältarbete i allmänhet

- Ander B m fl (red). Möten i mellanrummet. Gothia, Stockholm 2005.
- Erdal B (red). Ute/inne. Gyldendal, Oslo 2006.

Om metoder att nå ungdomar i marginalen eller med missbruksproblem

- Henningsen E, Gotaas N. Møter med ungdom i velferdsstatens frontlinje. NIBR-rapport 2008:2, www.nibr.no.
- Detached Youth Work – Guidelines. FDYW (The Federation for Detached Youth Work) 2007. www.detachedyouthwork.info.
- Tiffany, G A. Reconnecting Detached Youth Work. FDYW 2007.
- Svensson, N P m fl. Outreach Work with Young People: Young Drug Users and Young People at Risk. Council of Europe, Pampidou Group, Strasbourg 2003, www.coe.int/outreachwork.

Generellt om arbete bland marginaliserade grupper

- Outreach Work among marginalised populations in Europe. Correlation Outreach Group 2007, www.correlation-net.org. (Välj “products” i menyn till vänster. Titta även under “document centre”. Där kan man under “methods” välja “outreach” och få massor av träffar.).

SAMTAL OM LIVSSTILSFRÅGOR

De allra flesta som har valt att arbeta inom vården har en önskan att hjälpa andra, att göra skillnad. Att agera och åtgärda på olika sätt är både nödvändigt och önskvärt, och det finns många verktyg som personal förfogar över i detta arbete. Situationen blir en annan de gånger unga vuxnas hälsorisker och ohälsa framför allt orsakas av deras livsstil. Det går oftast att åtgärda de akuta konsekvenserna, men det som behöver förändras på längre sikt ligger utanför personalens kontroll trots att det oftast är tydligt vad som borde förändras.

I det professionella mötet med unga vuxna är samtalet kanske det mest centrala. Samtalet kan beröra relationer till familj och jämnåriga, anpassningen till vuxenlivet, eller andra farhågor och drömmar. Dessa samtal är ofta spännande och i allmänhet inte komplicerade.

Det finns dock ofta skäl att även beröra frågor som kan vara svårare att prata om på ett sätt som känns bekvämt och givande för båda parter. Det kan till exempel handla om skyddat sex, rökning, alkohol, droger. Det rör sig om områden där den unge gör ett eget val, men där också personalen har en klar uppfattning om vad som vore bäst. Situationen förenklas inte av att den unge vuxnes val kan påverka personalens arbete i form av till exempel önskade graviditeter och klamydiainfektioner. Risken finns att dessa ämnen berörs schablonartat eller inte alls för att undvika obehag för båda parter.

I många sorters professionella samtal kommer vi långt med att följa vår intuition, och sedan ytterligare förbättra tekniken med teori och övning i bemötanden för olika situationer, exempel på detta är krissamtal och svåra besked.

Samtal om förändring, där det är tydligt att förändringen är önskvärd ur hälsosynpunkt, skiljer sig på ett avgörande sätt från andra samtal. Vid samtal om en förändring som uppenbart skulle vara bra för den unge vuxne kommer det som inom motiverande samtal (MI) benämns rättningsreflexen in i bilden. Det är en önskan att tala om, påvisa, förklara, övertala och övertyga den unga vuxna om vad som är bäst. Detta brukar i allmänhet vara kontraproduktivt, effekten blir inte den vi önskar utan i stället den motsatta, och vi kan undra varför det blev så fel när vi ville så väl. Orsaken är att en människa själv vill bestämma över sitt liv. Detta är centralt och har stort överlevnadsvärde. När någon annan talar om vad som bör göras blir därför oftast den naturliga reflexen att försvara sitt beteende och hävda sin självbestämmanderätt.

En annan utmaning i samtal om förändring handlar om acceptans. Budskapet att något bör förändras har en baksida – att personen inte duger och är bra som den är. Det är angeläget att samtala om sådant som skulle vara klokt att förändra på ett sätt som samtidigt förmedlar acceptans. Ytterligare en utmaning kan vara bristande tilltro till den egna förmågan att göra en förändring hos den unge vuxne.

Motiverande samtal – MI (Motivational Interviewing) är ett svar på dessa utmaningar. Denna beskrivning av motiverande samtal är översiktlig och behöver fördjupas.

MI-andan och de grundläggande principerna

MI är en patientcentrerad, målinriktad samtalsmetod för att lösa ambivalens och stödja positiv förändring genom att framkalla och stärka personens egna skäl för förändring. Att den har evidensbaserad effekt när det gäller ovanstående gör den synnerligen lämplig att använda i STI -förebyggande arbete.

MI-andan är en beskrivning av det förhållningssätt som utmärker ett motiverande samtal, den anda som präglar relationen. Den innebär:

Att respektera autonomi

Den unge vuxne är den ende som kan bestämma över sitt eget liv och göra sina val. Ibland finns lagstiftning som inskränker individens valfrihet. Förutsättningarna för att föra ett motiverande samtal blir då annorlunda, samtidigt som metoden fortfarande kan användas.

Att locka fram viljan till förändring

Motivation till förändring finns inom individen. Den inre motivationen skapar förutsättning för en hållbar förändring. Att en förändring inte genomförs handlar i allmänhet inte om kunskapsbrist. Det utesluter inte att personal ibland kan ha kunskaper som kan öka möjligheterna att få en förändring till stånd.

Att samarbeta

Det kan tyckas som en självklarhet att samarbeta, men såväl rättningsreflexen som själva sammanhanget, med en som söker och en som ger hjälp, skapar ett annat klimat. Personalen har makten över tiden, hur långt ett besök blir, om återbesök bokas in och över vilka åtgärder som vidtas. Trots en strävan att tillmötesgå den unges behov och önskemål kvarstår faktum att maktbalansen

är ojämn. De professionellas ansvar blir då att söka upprätta ett samarbete med ett jämställt förhållande till den unge vuxne. Det finns många enkla strategier i MI som underlättar detta, som metodelarna

- be om lov,
- struktur för informationsutbyte,
- meny – agenda, läs vidare exempelvis på www.somra.se.

Det ger mycket att efter ett samtal om att ändra en vana ta en kort stund och fundera över hur samtalet blev ur dessa tre aspekter: Visade jag respekt för den unges autonomi? Försökte jag locka fram så mycket som möjligt av skäl till förändringen och hur den skulle kunna genomföras från den unge? Var samtalet ett samarbete mellan oss två? Vidare finns det vägledande principer i MI, att förhålla sig till i ett motiverande samtal.

Förmedla empati

Att anstränga sig att förstå vad en annan människa tänker, känner och menar och förmedla detta i samtalet. Detta är inte samma sak som värme eller deltagande. Empati är grundläggande i det goda samtalet oavsett om det är ett samtal om förändring eller ett samtal av annan karaktär.

Utveckla diskrepans

Att uppmärksamma skillnaden mellan nuläget och hur den unge vuxne vill vara och ha det. Diskrepanskänslan måste lockas fram, den kan inte påtalas. För svag diskrepanskänsla brukar innebära att ingen förändring kommer till stånd – varför ändra sig när allt är bra? För stark diskrepanskänsla kan vara förlamande. Att se framåt eller bakåt i tiden, på den jag vill bli eller den jag har varit och vill återerövra, kan locka fram en diskrepanskänsla. Att relatera ett beteende till grundläggande viktiga värderingar är ett annat sätt.

Respektera motstånd

Det som brukar kallas för motstånd är oftast ett samspelsfenomen, ett uttryck för att behandlaren inte samtalat i MI-anda, en signal om att byta strategi i samtalet. Motstånd kan också skapas av att behandlaren ligger före i förändringsprocessen, exempelvis försöker göra en plan för förändring, när den unge vuxne ännu inte har bestämt sig för att genomföra den. Tänk på att undvika argumentation, behärska rättningsreflexen och betona autonomi.

Stötta självtilliten

Om den unge vuxne tror att hon eller han klarar av att genomföra en förändring är sannolikheten större att hon ska våga försöka genomföra den.

Hur gör man?

Det viktigaste för att etablera MI-andan och följa principerna är den ständigt pågående kommunikationen, sättet vi samtalar på. Att samtala på ett sätt som ger den unge vuxne så goda förutsättningar som möjligt att utforska sina tankar och känslor inför en förändring, och stärker henne eller honom i ett genomförande om hon beslutar sig för detta. Följande kommunikationsfärdigheter är grundläggande.

Att ställa *öppna frågor* är väsentligt när vi vill utforska vad en annan människa tänker, känner och menar. En öppen fråga kan inte besvaras med ja eller nej, och börjar med frågeord som vad, hur, vilken, vilka.

- ”Hur kommer det sig att du funderar på att göra den här förändringen?”
- ”Vad skulle kunna vara ett första steg för dig?”
- ”På vilket sätt kan jag hjälpa dig med detta?”

Att göra *reflektioner* förmedlar att vi försöker förstå vad den unge vuxne känner, tänker och menar. Då vi kan reflektera selektivt ger det också en möjlighet att föra in samtalet på områden som ter sig angelägna.

- ”Jag vet att jag kan ta risker när jag druckit, men alla andra dricker ju lika mycket som jag.”
- ”Du är medveten om riskerna du tar.”
- ”Du undrar hur det skulle vara om du drack mindre än dina kompisar.”
- ”Så samtidigt som du tycker att du gör som alla andra så vet du att det kan innebära en risk för dig.”

Att lära sig att göra reflektioner brukar för de flesta ta lite tid, men är sedan ett mycket värdefullt kommunikationsverktyg även i samtal av annan karaktär. Läs mer exempelvis på www.somra.se, där du också kan läsa mer om olika typer av reflektioner.

Att använda sammanfattningar säkerställer att vi uppfattat det väsentliga och ger möjlighet till förtydliganden, och hjälper till att byta fokus och komma vidare i samtalet.

Att bekräfta den unge vuxne stöttar hans eller hennes tilltro till sig själv och understödjer samarbetet.

Förändringen som en process och förändringsyttranden

Genom att se förändringen som en process kan vi möta den unge vuxne där hon eller han är. Det är skillnad på att knappt ha tänkt tanken att förändra sig och att nästan ha bestämt sig. Det är också skillnad på att inte tycka att en förändring är viktig och att tvivla på sin förmåga att genomföra den. Vårt bemötande måste vägledas av detta. Skalfrågor som ”på en skala från 0 till 10, hur viktigt är det för dig att ändra på...?” är ett sätt att få en uppfattning om detta. Skalfrågor kan användas konstruktivt på många sätt i ett samtal om förändring.

Det finns flera strategier som genom sin struktur hjälper behandlaren att föra ett MI-samtal. Läs gärna mer om skalfrågor (kallas ofta VAS-frågor, efter VAS-skalorna), meny – agenda, ambivalenscors och informationsutbyte på www.somra.se eller www.fhi.se/MI, eller i böckerna i litteraturlistan.

Sist men verkligen inte minst är kompassnålen i samtalet den unge vuxnes förändringsyttranden, yttranden som på olika sätt talar för en förändring:

- ”Jag skulle vilja...”
- ”Jag tror jag skulle kunna...”
- ”Det vore nog bra...”
- ”Jag behöver göra något åt det här...”
- ”Jag måste verkligen...”

Dessa förändringsyttranden är av olika valör men pekar alla mot förändring. Det är vanligt att sådana yttranden passerar i ett samtal utan att få den uppmärksamhet de förtjänar. Att känna igen, locka fram och förstärka förändringsprat är väsentligt, hör vi sådana yttranden vet vi att vi är på rätt väg. Den franske filosofen Blaise Pascals (1623–1662) visdomsord ”*Människor blir i allmänhet mer övertygade av argument de själva kommit på än av sådana som kommer från andra*” är lika aktuella idag.

Utbildning och metodhandledning vid motiverande samtal

MI är en färdighetskunskap. Lika lite som vi kan lära oss att spela piano genom att läsa en bok i ämnet kan vi lära oss att föra ett motiverande samtal endast genom att läsa oss till det. Samtidigt är en förståelse av teorin en nödvändig kompass för praktiken. Det är en vanlig erfarenhet att en beskrivning av något i MI ser väldigt enkelt och självklart ut på pränt, men när det sedan ska tillämpas så är det inte lika lätt. I tillägnandet av MI-färdigheter är det spännande och roligt att lära sig nya sätt att förhålla sig på. Det finns dock

oftast också ett moment av att *lära sig av med* en del invanda beteenden, vilket kan vara arbetsamt. I arbetet med unga vuxna är strävan att de ska ha goda möjligheter att uppnå sina mål. Samma sak gäller för behandlarens egna förändringar, exempelvis att lära sig en delvis ny samtalsmetodik. Det är klokt att också i detta lärande sätta upp acceptabla och hjälpsamma mål.

Att lära sig MI

Halvdagslånga introduktionsföreläsningar om MI förekommer ganska ofta. Dessa kan ge en bild av vad metodiken innefattar, men räcker inte för att lära sig MI.

En grundkurs i MI bör vara minst tre dagar. Två plus en eller två plus två dagar är vanliga format. Att kursen är uppdelad ger möjlighet att smälta teorierna och praktisera nya färdigheter mellan kurstillfällena. Det finns längre grundkurser, och dessa ger oftast ännu bättre möjlighet att tillägna sig MI. Tränare i MI är i allmänhet medlemmar i MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), det internationella nätverket för utbildare i motiverande samtal. Det kan vara klokt att undersöka om utbildaren deltar i årliga möten och på annat sätt håller sig uppdaterad, då MI utvecklas kontinuerligt.

Forskning har dock visat att en grundkurs i regel inte räcker för att lära sig MI i praktiken. Kunskap och färdigheter måste vidmakthållas aktivt, annars sker en återgång till tidigare invanda beteenden.

Att fördjupa och vidmakthålla kunskaper och färdigheter i MI

Kamrathandledning är en form av handledningsgrupp. Gruppen bör utse en person som har ansvar för att tider hålls, att inte fokus flyttas från samtalsmetodiken till ärendehandledning, vilket är lätt hänt, och att återkoppling ges på ett hjälpsamt sätt. Denna funktion kan också rotera mellan deltagarna. Gruppen kan fördjupa sig i texter om MI, undervisningsfilmer, göra rollspel med situationer som uppkommit, utforska vad som hänt i ett bandat samtal med mera (se nedan). Människor lär sig på olika sätt, några behöver förstå *varför* innan de prövar praktiskt, andra vill pröva först och förstår teorin genom detta. Det är viktigt att i en handledningsgrupp tänka på att tillgodose alla deltagares behov och vara medveten om att alla sätt är bra bara man når målet att förstå och lära sig metoden.

Att delta i en handledningsgrupp som leds av en erfaren MI-tränare är också värdefullt, vissa landsting erbjuder denna möjlighet. Detta kan ibland också arrangeras inom verksamheten. Det allra bästa sättet att lära sig MI är dock att observera sin egen praktik. Detta går att göra på många sätt:

- Att i en kamrathandledningsgrupp göra sit-in hos varandra, och ge varandra hjälpsam återkoppling.
- Att spela in samtal på ljudfil. Detta är enkelt med modern teknik. Information om hur ljudfilen kommer att användas ska ges, exempelvis: ”inspelningen är för min egen fortbildning, jag kommer att lyssna på den tillsammans med min handledningsgrupp”. Den unge vuxne ska tillfrågas om hon eller han godkänner att samtalet spelas in, och informeras om att det inte påverkar samtalet negativt om hon svarar nej. Det är dock inte så ofta som svaret blir nej, tvärtom uppskattas i allmänhet detta initiativ.
- Att spela in videoband.
- Att från ljud eller videoband göra utskrift av 10–20 minuter långa samtal om livsstilsförändring och i en handledningsgrupp analysera dessa.

Samtalen kan analyseras ur många olika perspektiv till exempel som antal frågor och reflektioner från behandlaren, förändringsyttranden från den unga vuxna, respons på dessa från behandlaren och vägval i samtalet.

Till hjälp för att analysera samtalet kan också Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) kodningsmanual användas. På Karolinska Institutet i Solna (KI) finns ett kodningslaboratorium dit inspelade samtal kan skickas och kodas enligt MITI. Det är viktigt att tänka på att ett samtal som skickas in för kodning ska handla om en förändring. KI:s kodningslaboratorium kommer också att erbjuda feedback på kodningsresultat och samtal, via den webbplats om laboratoriet som kommer att öppnas runt årsskiftet 2009/2010. Det finns även en e-postadress för kontakt mic-lab@cns.ki.se

Det anordnas fördjupningskurser och workshops i motiverande samtal vilka ger möjlighet att fördjupa sin kunskap, praktisera och möta andra med intresse för MI.

Avslutningsvis finns det ofta många krav av olika karaktär på verksamheten som möter unga vuxna. Det är alltid bättre att göra någonting än ingenting alls, och möjligen är det så att ovanstående handledningsformer kan vara svåra att genomföra av olika skäl. Då kan man pröva att använda en del av de gemensamma, regelbundet återkommande mötestider som finns för MI-handledning.

Källor, rekommenderad litteratur och webbadresser

- www.somra.se.
- www.fhi.se/MI.
- www.motivationalinterview.org.
- www.motiverandesamtal.org.
- Barth T, Näsholm C. Motiverande samtal – MI; Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor. Studentlitteratur 2006.
- Miller W R, Rollnick S. Motivational Interviewing Preparing People for Change. Guilford Press 2002.
- Motiverande Samtal, svensk översättning av allmänna delen av ovanstående. Kriminalvårdens förlag 2003.
- Rollnick S, Miller W R, Butler C C. Motivational Interviewing in Health Care, Helping Patients Change Behavior. Guilford press 2008.
- Ingersoll K S, Ceperich S D, Nettleman M D, Karanda K, Brocksen S, Johnson B A. Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *J Subst Abuse Treat*. 2005 Oct;29(3):173–80.
- Floyd R L, Sobell M, Velasquez M M, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2007 Jan;32(1):1–10.
- Naar-King S, Wright K, Parsons J T, Frey M, Templin T, Lam P et al. Healthy choices: motivational enhancement therapy for health risk behaviors in HIV-positive youth. *AIDS Educ Prev*. 2006 Feb;18(1):1–11.

METODIK FÖR ARBETET MED UNGDOMSGRUPPER

I Socialstyrelsens kunskapssammanställning *Ungdomars sexuella hälsa*, 2007, understryks behovet av insatser på gruppnivå. En förutsättning för det arbetet är att skapa en trygg social miljö som gör det möjligt att arbeta med aktiv och involverande pedagogik. De exempel på övningar som föreslås här är inte teoretiskt förankrade, men kan användas som ett komplement till teoretiska pass eller som inspiration. Att möta ungdomar i grupp på mottagningen, i skolan eller på till exempel fritidsgården är ett tillfälle att träna samspel och kommunikation. Man bör alltid ställa sig frågan: varför använder jag just denna övning? Vad vill jag uppnå med övningen? Värderingsövningar och ”heta stolen” – påstående kan, om man inte ser upp, ofta bekräfta mytbildning och heteronormativitet mer än klargöra och medvetandegöra normer. Den personal som arbetar med ungdomar i grupp med övningar som ska skapa möjlighet till reflektion, insikt och ny kunskap måste därför ha ett normmedvetet förhållningssätt och kunskap om vad som händer i grupper.

Hur startar man? – Prioritering och planering

Redan innan man träffar ungdomarna startar arbetet med en bra planering för träffen. Under planeringsarbetet ska syftet för träffen eller träffarna fastställas och vara tydligt för alla inblandade. Bena ut och rangordna det som känns mest angeläget att nå ut med just till den grupp ni ska möta. Vill ni förmedla att sexualiteten ska vara en positiv kraft kanske klamydiastatistik och testmetoder får stå tillbaka. Vill ni däremot höja ungdomarnas beredskap och ansvarskännande kanske kondomen och strategier för hur den ska komma på stå i fokus. Ofta känner man att det är så mycket man vill få med att det ibland blir så att tiden rinner iväg och känslan i slutet av passet är mest frustration: ”Om vi hade haft mer tid skulle vi ha kunnat...” Bättre att försöka gå lite mer på djupet med en eller två saker och sedan ge utrymme för att svara på frågor som ungdomarna kanske tagit med sig. Involvera gruppen i planeringen genom att kontakta dem och be dem skicka in frågor i förväg så får ni veta något om på vilken nivå de befinner sig och vad som är mest angeläget för dem. Försök att planera tidsåtgången så att man slipper stress men ändå har tempo.

Gruppen

Bästa förutsättningen för en grupp skulle kunna vara ett maxantal på 12 personer, jämn fördelning mellan könen och att klimatet är öppet, tillåtande och tryggt. Den krassa verkligheten kanske erbjuder en klass med 30 elever, cementerade och hierarkiska strukturer med ett smalt och kontrollerande normsystem.

Oavsett förutsättningar behöver sammanhanget skyddas från kränkningar och fredas mot sänkningar. Det gör man bäst genom att vara tydlig i vilka förväntningar man har på gruppen som man möter. Att tala om att inga kränkningar eller påhopp tolereras, vare sig på enskilda individer eller mot grupper av människor, och att lektionen utgår från alla individers lika värde är ofta ett bra sätt att komma runt problematiken. Ungdomar är vana vid att få uttala sig negativt om normbrytare under värderingsövningar och liknande och det måste göras klart att detta inte är tillåtet under denna lektion. Påminn om att ungdomarnas förmåga att höja varandra, lyssna på varandra och dela med sig till varandra är en förutsättning för att klimatet i gruppen ska erbjuda det önskvärda – ett positivt möte.

Välkommandet

Ungdomarna märker att de är välkomna genom att de blir mötta i dörren med ett handslag och ett leende. Rummet är möblerat med stolar i en cirkel. Ha alltid fler stolar än deltagare. Det finns inget som är så destruktivt som att börja med att tränga in någon som inte fick plats. I större grupper kan det vara bra att luckra upp de vardagliga allianserna genom en styrd placering. Här följer några exempel.

Positiv placering

Förbered lappar i dubbel uppsättning med positiva egenskaper på, till exempel snäll, rolig, gullig, cool, charmig, smart med mera. Den ena uppsättningen egenskaper läggs ut på stolarna i ringen. Den andra uppsättningen delas ut när ungdomarna hälsas välkomna med instruktionen att sätta sig på den stol som har samma ord som på lappen. När alla har satt sig får ungdomarna parvis prata med varandra om hur mycket de tycker att lappen med egenskapen stämmer in på deras personlighet. Man kan använda sig av en skala 1–5 där ett står för ”inte alls” och fem står för ”stämmer helt”. Paret redovisar varandras poäng på skalan och personens namn. Här får man ett gyllene tillfälle att på ett naturligt sätt etablera logiska förutsättningar för att träffen ska bli lyckad: när någon pratar lyssnar vi andra tyst och empatiskt.

Kändisminglet

Ungdomarna sätter sig i ringen så som det faller sig. Ofta sätter man sig bredvid dem man brukar sitta med eller lika ensam som man brukar vara. Fråga ungdomarna om någon lekt fruktsallad någon gång. Förklara att det ska ni absolut inte göra – för det är ju en barnlek och superbarnsligt – men däremot ska ni ha kändisparty. Be ungdomarna om hjälp eller förbered själv i förväg fem kändisnamn och dela in ungdomarna på samma sätt som i fruktsallad, det vill säga så som de sitter får de ett kändisalias. Sen är det bara att leda minglet i stil med: ”alla Robyn och Håkan Hellström byter plats!”. Den här övningen kan vara bra att ta till flera gånger under passet om man vill motverka att ungdomarna faller tillbaka till sina vanliga platser och kanske då även i sina vanliga roller. Övningen är också bra att ha före en ”heta stolen”-övning som beskrivs längre fram.

Magiska cirkeln

Presentera för ungdomarna att de nu ska bli utsatta för ett magiskt test. Först måste de lova att under cirka en minut vara helt tysta. De ska utan att prata med varandra genom telepati sätta sig i månadsordning i ringen utifrån sin födelsedag. Visa var januari börjar och på stolen till höger om den att där slutar december. Berätta att det är en svår uppgift och kräver att alla i gruppen intensivt tänker på sin födelsedagsmånad. Självklart inleder man med en tydlig glimt i ögat men balanserar ändå med att vara sträng med att tystnadslöftet i övningen hålls. Detta kan vara en bra ingångsport till att berätta om ungdomsmottagningens policy när det gäller tystnadslöfte, eller vad det kan finnas för fördelar och nackdelar med att ge en kompis eller en partner ett tystnadslöfte. Övningen avslutas med att man kontrollerar att cirkeln har rätt ordning på månaderna. Skulle någon ha missat är det ju inte den enskilde personens ”fel” utan gruppen som tänkte för svagt för att telepatin skulle få genomslagskraft.

Naturligtvis går det även bra att låta ungdomarna själva få välja sittplats. Poängar kan finnas med att få sitta nära personer man är trygg med. Den ena varianten utesluter ju sällan den andra och kanske är en kombination – som så ofta – det mest effektiva. Börja med att styra sittplaceringen och släpp kontrollen efter hand. Eller tvärtom: börja med att ungdomarna väljer själva och styr placeringen allteftersom.

Hur fortsätter man? – Övning om sant eller falskt

När gruppen sitter i en ring kan det vara läge att berätta om er verksamhet. Passa på att informera genom en sant- eller falsktövning. Introducera övningen genom att tillsammans med ungdomarna definiera vad en åsikt är och vad en faktauppgift är. En åsikt eller en värdering kan inte vara sann eller falsk, men ett faktapåstående kan vara det.

Ungdomarna får parvis komma på ett par saker som de tror, har hört eller misstänker att man kan få hjälp med vid ungdomsmottagningen, eller saker som handlar om kroppen eller sex. Detta skriver de ner på lappar som samlas in. Samtidigt skriver ni ner kända missuppfattningar:

- ”Personalen på UM berättar för dina föräldrar om du har haft sex.”
- ”Att göra ett klamydiatest gör ont.”
- ”Alla tjejer blöder första gången något förs in i slidan.”
- ”Man märker direkt om man har fått kondylom.”
- ”Ungdomsmottagningen är bara till för tjejer.”

Lapparna samlas in och blandas, och nu börjar sant- eller falsktövningen. Alla ställer sig upp framför sin stol. Berätta att ni nu kommer att läsa upp påståendena och frågorna en i taget. Påståendet eller frågan riktas till en och en i cirkeln. Den tillfrågade kan diskutera svaret med närmaste grannar men inte alla på en gång. Övningen pågår tills påståendena tagit slut eller det utkristalliserat sig en vinnare.

Träna ställningstagande eller starta en diskussion?

Därifrån kan man övergå till en ”heta stolen”-övning. ”Heta stolen” är en känd värderingsövning som har använts länge. Övningen kan ledas på flera sätt utifrån vad man som ledare vill uppnå eller träna med sin grupp. Det viktigaste är att vara tydlig gentemot ungdomarna vad de förväntas göra. Ska de träna ställningstagande behöver de inte motivera sig. Ska ni starta en diskussion behöver ungdomarna få veta att det kan vara så att de kommer att erbjudas en möjlighet att berätta varför de tyckte så eller så.

Tydlighet och tempo är två ledstjärnor när det gäller värderingsövningar i allmänhet men i ”heta stolen” i synnerhet. Ungdomarna sitter i en ring med fler antal stolar är deltagare. Ledaren kommer att läsa upp påståenden som de ska ta ställning till genom att sätta sig på en tom stol om de håller med eller sitta kvar om de inte håller med. Exempel: ”choklad är gott” – de som gillar choklad sätter sig på en tom stol, de som ogillar choklad sitter kvar. Har ni gjort sant- eller falsktövningen innan är det enkelt att visa på skillnaden mellan fakta och åsikt. Berätta att den kommande övningen är en åsiktsövning

och betona att det inte finns något ”sant” eller ”falskt” utan bara olika uppfattningar.

Det kan vara bra att inte tillåta prat under övningen. Man visar ju för gruppen vad man tycker genom att antingen sitta kvar på sin stol eller flytta på sig. Vill man motivera är handuppräkningsregeln att föredra. En rekommendation är att använda ”heta stolen” som en inre tanke-igångsättare och spara diskussionen till efter övningen, längre fram i passet eller till ett annat tillfälle.

Det finns många varianter av värderingsövningar. En annan är ”tummen upp, tummen ner” där man kan be ungdomarna att vända på stolarna så att ryggarna kommer in mot cirkeln. Händerna placeras därefter bakom stolsryggen och man svarar på påståendena genom att ha tummarna upp mot taket om man håller med och tummarna ner mot golvet om man inte håller med. Fördelen med denna variant är att man är lite mer hemlig i sitt ställningstagande.

Här följer några exempel på påståenden där syftet är att få i gång ett preventionstänkande:

- ”Det är bra om man får kondomer i skolan.”
- ”Kondomer borde vara gratis hela livet.”
- ”Kondomer luktar gott.”
- ”P-piller verkar vara ett enklare sätt än kondom att skydda sig mot en oönskad graviditet.”
- ”Det är för mycket tjat om att man måste skydda sig hela tiden.”
- ”Kondomens uppfinnare borde få Nobelpris.”
- ”Att alltid ha kondomer med sig är smart.”
- ”Det är alltid uppskattat om den man ska ha sex med föreslår kondom.”
- ”Ungdomar borde få lära sig mer om hur man sätter på en kondom på rätt sätt.”
- ”Jag har förstått varför vi gör den här övningen.”

Sista påståendet är en bra ingång för ledarna att få berätta varför det är så viktigt att alltid använda kondom.

Argumentbubblorna

Hjälp ungdomarna att hitta argument till varför kondomen behöver komma på. Dela in klassen i tre smågrupper. Varje grupp får papper med tomma tanke-bubblor, pratbubblor och motargument.

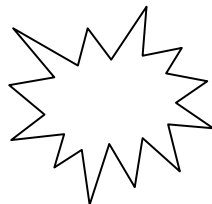
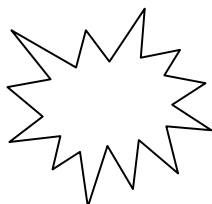
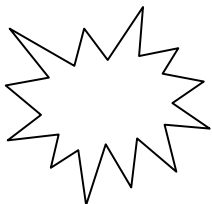
Steg 1



Steg 2



Steg 3



Grupperna ska skriva ner tre tänkta argument för varför kondomen ska vara på när man har sex.

I nästa steg byter grupperna papper. Nu ska pratbubblorna fyllas i. Vad kan man säga i situationen? I det tredje steget lämnas tanke- och pratbubblorna över igen och nu ska smågrupperna få fundera över vilka motargument eller hinder man kan stöta på.

Grupperna får själva bestämma hur de vill redovisa. De kan välja mellan att gestalta genom ett enkelt rollspel, berätta vad som står på pappret eller be någon av er vuxna läsa upp. Bubblorna kan sedan sammanställas som en praktisk handbok i förhandlingsteknik och skickas till klassen i efterhand, kanske tillsammans med en kondom?

För fram alla argument och prata om hur man kan ta kondomsnacket så att det känns bra och inte pinsamt. Hjälp ungdomarna att bredda sina perspektiv genom att tala på ett icke-heteronormativt sätt. Det görs med enkelhet i de exempel som tas upp. Om ungdomarna talar om Lisa och Kalle så påminn om

att det givetvis gäller samma sak för Kalle om han vill ha sex med Ali och att Lisa kan använda en slicklapp när hon vill ha skyddat sex med sin partner. Gör en liten checklista i syfte att kontrollera att budskapen från ungdomsmotagningen till ungdomarna

- inkluderat och synliggjort alla sexualiteter,
- i exempel under samtal och övningar använt sig av namn och platser som representerar flera etniciteter,
- i upplysning kring anatomi och prevention och i diskussioner utmanat normen för vad som traditionellt anses vara manligt och kvinnligt.

På så sätt bidrar mötet till att bredda och avdramatisera det som i många ungdomars och unga vuxnas liv är det mest centrala och prioriterade – att vara normal.

Pekpinnebefriat preventionsprat

Det kan vara en svår balanskonst att å ena sidan tala om lust och å andra sidan poängtera ansvar. När man har till uppgift att informera om skyddat sex kan den balansgången kännas övermäktig. Dyster statistik och skrämselfpropaganda vet vi är metoder som är verkningslösa på unga människors handlingar i praktiken. Men ändå måste kondomen få stort utrymme då vi sexualupplyser. Hur kan man då avdramatisera gummilukt och pappersprassel?

Dragkamp

Syftet med övningen är att få alla i gruppen att ta i, känna på och dra i en kondom. Övningen kan vara bra att använda som ett sätt att samtala om hur man på bästa sätt använder en kondom så att den inte går i sönder. Så som den kommer att göra här.

Dela gruppen i två lag. Lagen ställer sig på två linjer med näsorna mot varandra så att varje person har en motståndare. Förklara för lagen att nu ska ni ha dragkamp. Varje motståndarpar öppnar en kondom och håller i varsin ände av kondomen. På klara – färdiga – gå drar man i kondomen. När kondomen går sönder vinner den som fått störst del. Varje prestation räknas ihop i laget och det lag med flest största delar vinner.

Prata om vad som kan göra att kondomen går sönder i verkligheten. Berätta om vikten av glidmedel när man använder kondom och har analsex. Informera om att bodylotion som alternativ till glidmedel kan få kondomen att gå sönder under själva sexakten.

Sex-storm

Gör en brainstorm-övning om olika typer av sex, där allt är tillåtet att säga och där ledaren skriver upp på tavlan det som ungdomarna säger. Begränsa det som skrivs upp till just sexuella praktiker. Försök att få med åtminstone följande praktiker

- onani,
- vaginalsex,
- oralsex,
- analsex,
- telefonsex och webcam-sex.

Utifrån det som kommer upp så pratar man om skyddat och säkrare sex. Vad kan man skydda sig emot? Hur stora risker innebär olika typer av sex för att överföra hiv eller andra typer av STI? Den som leder övningen måste ha goda kunskaper om skyddat sex och hur hiv och olika STI smittar.

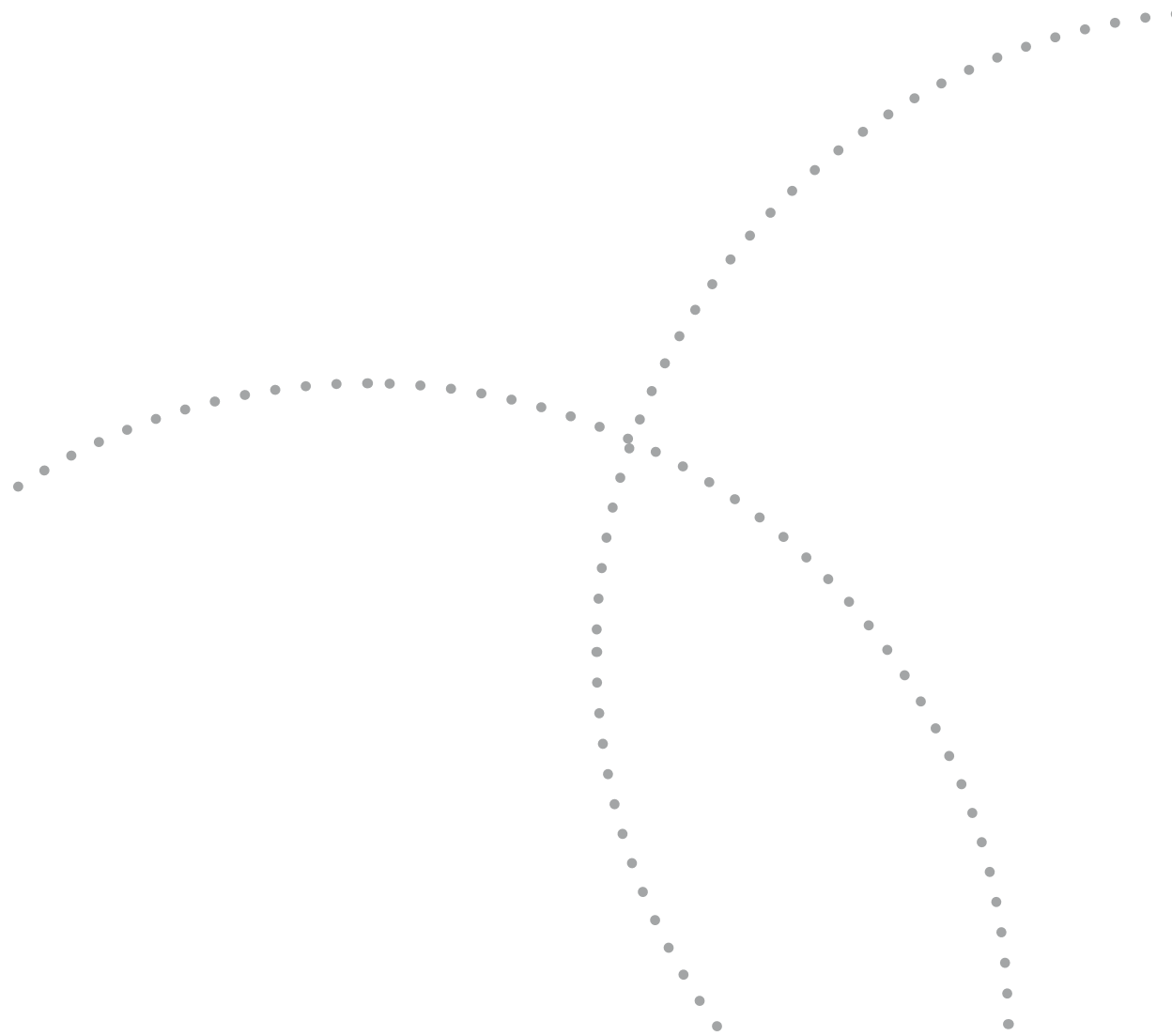
Hur avslutar man?

Samla ungdomarna i ring så som ni satt från början eller i ny konstellation. Gör en avslutande runda där alla säger något om hur de upplevt besöket av er eller på er UMLV. Kom ihåg att tacka ungdomarna för deras engagemang och mod! Se till att det finns tid kvar för frågor och svar. Ta gärna alla i hand med ett leende precis så som ni startade. Finns det möjlighet kan ett kort med ett tack för besöket skickas till de grupper som besökt er.

Källor, rekommenderad litteratur och webbadresser

- Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapssammansättningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
- Byréus K. Du har huvudrollen i ditt liv. Utbildningsförlaget, Stockholm 1990.
- Leveau L. Vi – en metodbok om samlevnad. Malmö stad, Malmö 2004.
- Röda tråden – Metodhandbok i sexualitet och samlevnad. Lafa, Stockholms läns landsting.
- Glöds webbplats, www.glod.se, under fliken ”Lärrarhandledning”.
- Zenit. Sidas globala forum för unga mellan 15 och 25 år, www.sida.se – på webbplatsen finns lärrarhandledning med värderingsövningar i många olika frågor, bland annat om hiv och jämställdhet.

DEL III. KUNSKAP OCH
FÖRHÅLLNINGSSÄTT
I FRÄMJANDE OCH
FÖREBYGGANDE ARBETE



Den vanligaste besökaren till UMLV är svenska heterosexuella unga kvinnor. Personal möter dem i enskilda samtal och ibland i grupp med andra unga kvinnor. Texterna i denna del är tänkta att användas för att reflektera över vilka målgrupper som finns i upptagningsområdet och vilka grupper som nås. Hur ser den egna kunskapen ut och hur arbetar verksamheten i dag.

På lika villkor – om jämställdhetsintegrering

På ungdomsmottagningar och liknande arenor som arbetar med sex och samlevnad är huvuddelen av besökarna unga kvinnor. Det är på många sätt naturligt då kvinnor gör enskilda besök för att få preventivmedel. Men om uppdraget är att vara en aktör i förebyggande arbete är det lika viktigt att nå alla unga. Man måste fundera över hur verksamheten är organiserad och vilken kunskap man har om unga mäns respektive unga kvinnors behov av kunskap och samtal om preventivmedel. Genomförs det så att effekten blir densamma, oavsett kön, eller skapas ojämställdhet och ojämlikhet i de dagliga handlingarna? En ny studie visar hur socialarbetare ofta sitter fast i traditionella köns-mönster och värderingar [1]. Någon liknande studie finns inte om UMLV men man kan anta att personal inom sjukvården precis som lärare har olika förväntningar på ungdomar beroende på könstillhörighet [2].

Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter inom livets alla områden och jämlikhet handlar om alla människors lika värde [3]. Alla nivåer i en organisation, både där det fattas beslut och där verksamhet utförs, måste beaktas ur det perspektivet. Det kräver ledningens aktiva stöd, och chefen måste utbilda sig och leda arbetet.

Jämställdhet

För att kunna arbeta med erfarenheter och iakttagelser från den egna verksamheten på ett professionellt sätt, behövs en förankring i teori och forskning. Jämställdhet är ett kunskapsområde och inte en attitydfråga. Att arbeta jämställt handlar om att erkänna maktstrukturer och ojämlika förhållanden och försöka bidra till förändring.

Genus är ett nyckelbegrepp för att förstå hur ojämställdhet skapas och återskapas. Ordet kommer från det engelska ordet gender och betecknar det sociala och kulturella könet [4]. Genus ger uttryck för de uppfattningar, värderingar, attityder och erfarenheter om kvinnor och män som finns i samhället. ”Bråkiga pojkar och tysta flickor”, flick- respektive pojkleksaker, blått och rosa är exempel på hur vi skapar genus. Genus påverkar hur vi tänker och

resonerar. Det är alltid närvarande och inverkar på vårt sätt att tolka tillvaron. Det förändras ständigt och ser olika ut i olika kulturer, tidsepoker och i olika delar av världen.

Manligt och kvinnligt

Utifrån ett heteronormativt synsätt tenderar det som räknas som manligt och det män gör att tillskrivas ett högre värde än det som räknas som kvinnligt. Det värderas till exempel oftast högre för en flicka att kallas pojkflicka än för en pojke att kallas flickaktig. Det innebär inte att alla män har högre status än alla kvinnor. Det finns kvinnor med hög status, likaväl som det finns män som saknar status. Man måste hålla isär individ- och gruppnivå.

Obalansen mellan manligt och kvinnligt är en process som sker samtidigt på olika nivåer. För det första i våra normer och föreställningar (symboliskt), för det andra i hur arbetet är organiserat och uppdelat (strukturellt) samt för det tredje i individens könsidentitet (individuellt.) De tre processerna samverkar, men det är fullt möjligt att en nivå kan förändras utan att de andra påverkas. Det är möjligt att arbeta med jämställdhet på flera nivåer. Som professionell i verksamheten behövs en ständigt pågående självkritisk analys då personalen påverkar ungdomars föreställningar om kvinnligt och manligt (symbolisk nivå). All personal måste bidra för att verksamheten ska vara jämställd (strukturell nivå). Kunskap kan också bidra till en ökad personlig jämställdhet (individuell nivå). Det professionella och det privata hänger inte alltid ihop men det privata får inte inkräkta på förmågan att vara professionell.

Lagstiftning

Diskrimineringslagen (2008:567) förbjuder diskriminering som har samband med kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person [5]. Transpersoner som har en könsöverskridande identitet och upplever att kroppen inte överensstämmer med könsidentiteten möts ofta av okunskap inom hälso- och sjukvården och söker därför vård i mindre utsträckning än andra [6]. Kommunallagen (1991:900) anger att kommuner och landsting ska behandla sina invånare lika om det inte finns särskilda skäl för något annat. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beskriver att målet för hälso- och sjukvården ska vara en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda männis-

kans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Normmedvetet förhållningsätt

Alla ungdomar ska ges likvärdiga möjligheter att utvecklas och all personal måste alltid synliggöra och motverka mekanismer som kan leda till trakasserier, mobbning och våld av olika slag. Att utmana stereotypa könsroller och könsnormer och medvetet bidra till respekt för variation i den egna könsgruppen är också nödvändigt. Dessutom kan ett normmedvetet förhållningsätt bidra till att skapa avspända relationer och stärka relationerna mellan könen för att undvika tudelning genom att till exempel säga att pojkar är si och flickor är så. Extra viktigt är det med normmedvetenhet och att det finns ett syfte när man delar upp pojkar och flickor i olika grupper vid sex- och samlevnadsinformation och -undervisning. Normer upprätthålls genom att man pekar ut det avvikande trots att variationerna oftast är större inom grupper än mellan grupper [7].

Utgår man från att alla ska behandlas lika så är utgångspunkten ändå ofta en norm. Är utgångspunkten då att behandla alla som flickor eller alla som pojkar [8]? Normen är osynlig och inte ifrågasatt. Normkritiskt arbete handlar om att synliggöra och ifrågasätta vad själva normen är. Att normen utsätts för granskning i stället för avvikelserna. En ökad medvetenhet om de normer som finns i verksamheten kan innebära en förändrad attityd och andra handlingar. Utseendet på webbplatsen och väntrummet speglar ofta normen i verksamheten. Ska mottagningstider anpassas till kvinnor respektive män, och i så fall varför?

Traditionell uppfostran innehåller både autonomi och intimitet. I allmänhet får flickor mer av samhörighet (intimitet) och pojkar mer av självständighet (autonomi) [9]. Det individuella besöket genomsyras av intimitet vilket passar många unga kvinnor. UMLV arbetar också ofta med unga kvinnor i grupp där syftet är att stärka självkänslan. Det är oklart hur utvärderad denna metod är men det är uppenbart en metod anpassad för flickor genom att intimitet skapas i gruppen [10]. I det förebyggande arbetet måste utåtriktad verksamhet finnas för att inkludera alla ungdomar och man måste alltid se pojkar och flickor som individer då skillnaden mellan individer oavsett kön ofta är större än mellan grupper. Det är därför bra att man inkluderar målgruppen i planeringen av utåtriktad verksamhet.

Jämställdhetsintegrering

En bra början på ett jämställdhetsarbete kan vara att utveckla mål och en verksamhetsplan där jämställdhetsarbetet integreras. I verksamhetsplanen kan man också beskriva vilken kunskap, interna utbildningar och eventuella behov av samarbetspartner respektive experter som behövs för arbetet. Att normmedvetet ställa frågor om verksamhetens olika delar kan leda fram till oväntad kunskap. Gör man dessutom en systematisk genomgång kan mönster av beslut, åtgärder och handlingsmönster träda fram som kan visa om unga män och kvinnor får olika service och bemötande.

Metodstöd

För att få kunskap och möjlighet att reflektera kring hur traditionella könsroller konstrueras och reproduceras i verksamhet kan arbetsgruppen behöva utbildning. I JämStöd [11] visas att om man på ett systematiskt och strukturerat sätt tar hänsyn till både mäns och kvinnors behov i verksamheten leder det till förändringar och nya arbetssätt, såväl när det gäller bemötande som i arbetet på mer strategisk nivå. JämStöd är en statlig utredning som under två år på regeringens uppdrag jobbat med att informera om och utveckla metoder och modeller för hur man i praktiken ska jämställdhetsintegrera statens verksamheter. Att använda sig av ett systematiskt och beprövat sätt att genomföra kunskapsbaserade förändringar som leder till förbättringar kan förenkla arbetet.

De flesta blir upprörda när de läser om orättvisor och ojämlikt bemötande. Ändå kan det vara svårt att se hur den egna verksamheten är berörd. Då arbete med utvecklings- och förändringsfrågor handlar om makt så går det inte friktionsfritt. Det gäller kanske ännu mer vid jämställdhets- och likabehandlingsarbete, eftersom det handlar om att ifrågasätta attityder och värderingar som människor upplever som ”normala” och accepterade. Ett sätt att arbeta kan vara att bilda studiecirkel på arbetsplatsen där man tar del av aktuell forskning, använder självreflektion och granskar verksamheten ur ett könsperspektiv. Arbetsmetoden finns beskriven i rapporten *Att göra skillnad – könsperspektiv i socialt arbete med barn och ungdomar* [1].

Utan dokumentation riskerar ett arbete att försvinna vid personalförändring. Ny personal kan inte sätta sig in i vad som har gjorts och arbetet blir heller inte synligt för alla. Det är därför nödvändigt att jämställdhets- och likabehandlingsarbetet redan från början dokumenteras väl. Då kan alla följa den process som pågår, det ger tyngd åt arbetet, förstärker kontinuiteten och ger möjlighet att kunna informera och engagera ny personal.

Referenser

1. Claezon I. Att göra skillnad – könsperspektiv i socialt arbete med barn och ungdomar. Stiftelsen Allmänna barnhuset 2008:3, www.allmannabarnhuset.se.
2. Öhrn, E. Könsmonster i förändring. Stockholm. Statens skolverk 2002, Liber distribution ISBN 91-89314-73-5.
3. Nordenmark L, Rosén M. Lika värde, lika villkor? Liber 2008.
4. Hirdman, Y. Genus. Liber 2003, ISBN 9147072946.
5. Diskrimineringslagen 2008:567.
6. Är du kille eller tjej? Rapport om unga transpersoners livsvillkor. RFSL Ungdom 2008.
7. Ambjörnsson F. I en klass för sig. Ordfront ISBN 91-7037-027-3, Stockholm 2004.
8. Molloy G. God morgon fröken: ett samtal om makt, kön och lärarprofessionalism. Almqvist & Wiksell, Stockholm 1992.
9. Kruse A-M. "Förskollärarens kön har ingen större betydelse", kapitel i Bertil Nordahls bok: Flickorna och pojkarna. Tiedelund 1998.
10. Sandström, B. "Stackars flickor" i en bristfällig skola. Utvärdering av projekt som åren 1995–2008 var avsedda att utveckla skolans arbete med sexualitet och samlevnad. Arvsfonden. Pedagogiska institutionen. Stockholms universitet 2009.
11. SOU 2007:15, Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering. Del 1: SOU 2007:15, JämStöds Praktika – metodbok för jämställdhetsintegrering. Del 2: SOU 2007:15, Jämställd medborgarservice – goda råd om jämställdhetsintegrering. www.regeringen.se.

Rekommenderad litteratur

- Guldbrandsson K. Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. Statens Folkhälsoinstitut rapport 2007:20, www.fhi.se.
- JämO:s handbok mot könsmobbing i skolan. Jämo 2000. Kan laddas ner från www.jamombud.se under rubriken "Skolan".
- Att våga hoppa jämfota – rapport från ett jämställdhetspedagogiskt projekt. Jämo 2004. Kan laddas ner från www.jamombud.se under rubriken "Skolan".
- Diskrimineringsombudsmannen (DO) är den statliga myndighet som arbetar mot diskriminering och för allas lika rättigheter och möjligheter. Det gör myndigheten främst genom att se till att diskrimineringslagen följs. DO bildades den 1 januari 2009 genom att de fyra dåvarande ombudsmännen mot diskriminering slogs ihop. JO (Justitieombudsmannen) och BO (Barnombudsmannen) är fortsatt egna verksamheter.

KULTUR, ETNICITET OCH STEREOTYPER

Vi har i dag en ekonomisk globalisering och en global migration där människor migrerar till en partner, en anhörig, till arbete, för att få bättre livsvillkor eller så måste människor fly av andra anledningar. I Sverige finns det människor från världens alla hörn och Sverige beskrivs ofta som ett mångkulturellt eller mångetniskt samhälle. Svensk hälso- och sjukvård liksom andra välfärdsinstitutioner har därför fått i uppdrag att förändra sin verksamhet för att nå människor med olika bakgrunder. Många människor med icke-svensk bakgrund upplever att de blir utsatta för etnisk diskriminering och kränkande behandling i mötet med vården. Det finns också studier som tyder på att människor med utländsk bakgrund generellt har sämre hälsa och därför utsätts för större hälsorelaterade risker än människor med svensk bakgrund [1, 2]. Det gäller också frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Till exempel genomgår utlandsfödda kvinnor i högre grad än svenskfödda kvinnor komplikerade förlossningar med ökad risk för både barnets och kvinnans hälsa [3]. Psykisk ohälsa och smärtproblematik är också vanligt förekommande bland utlandsfödda invånare. Migration är i sig en hälsorisk. Mot denna bakgrund är det därför viktigt att reflektera över hur frågor om etnicitet hanteras på ungdomsmottagningar och i liknande verksamhet.

Vad är etnicitet?

I ett välkänt citat påpekar socialantropologen Thomas Hylland Eriksen att ”eticitet är en aspekt av en relation, inte en kulturell egenskap hos en grupp” [4 sid. 47]. Detta innebär att även om etnicitet ofta likställs med att en grupp har en gemensam kultur, religion, språk, ursprung eller något annat gemensamt drag så är det först när denna kulturella särpräglning kommuniceras som etnicitet uppstår. Etnicitet är alltså inte detsamma som kultur. Vi kan inte enkelt beskriva eller kartlägga olika etniska gruppers kännetecknande drag, utan etniciteten får sin betydelse först när det finns något att jämföra med. Ett exempel på detta är när ungdomar med olika etniska bakgrunder intervjuades om genusrelationer och sexualitet. Nästan alla uttryckte sin etnicitet i relation till hur ”sträng” uppfostran de fick, särskilt unga kvinnor. Denna definition

var helt relaterad till att de upplevde att ”vi” har det ”friare” än ”de”. Vilka ”vi” och ”de” var varierade dock beroende på vem som intervjuades och hur deras nätverk såg ut, vilka de umgicks med, vilka som bodde i stadsdelen där de bodde och gick i skolan [5].

Etniciteten är också komplex på andra sätt. Många grupper delar till exempel religion, språk eller kultur men tillhör ändå olika etniska grupper. Ibland är det till och med så att etniciteten helt saknar egna karaktäristika; det enda som definierar den är att en grupp människor ser sig som icke-tillhörande en annan grupp. Vidare förändras ofta de gemensamma dragen över tid. Religionen kan till exempel spela stor roll under en viss tidsepok men överges helt i en annan. Etniska grupper kan alltså lyfta fram vissa särdrag som mer specifika i ett visst sammanhang, och som mindre betydelsefulla i ett annat. Här spelar både sociala och ekonomiska förhållanden stor roll, liksom politiska krafter. Som exempel kan man se på de i Sverige erkända fem nationella minoriteterna som är judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar. I de flesta fall uppfattar sig och uppfattas dessa personer som svenskar i allmänhet. Det finns dock sammanhang då det är viktigt för dem själva att lyfta fram sin etnicitet. I andra sammanhang kan den leda till diskriminering både strukturellt och individuellt.

Etnicitet är alltså, precis som genus och sexuell identitet, inte något som är för alltid bestämt och oföränderligt. Tvärtom formas samhällets etniska relationer av sitt sociala, politiska och historiska sammanhang. Detta formande sker både på strukturell och institutionell nivå, och sätter sina spår i vardagliga möten på individnivå. Ett normkritiskt förhållningssätt är användbart när man vill granska den egna verksamhetens bemötande på såväl strukturell som individuell nivå.

Hur ska stereotyper förstås?

Många etnicitetsforskare som granskat det svenska samhällets välfärdsinstitutioner har påpekat att etnicitet ofta likställs med kulturella skillnader mellan svenskar och invandrare. Kulturella skillnader mellan människor tillskrivs en etnisk tillhörighet. Detta tenderar dels att osynliggöra alla skillnader som finns både mellan och inom olika invandrargrupper och bland ”svenskar”. Problem förläggs i den etniska gruppen, hos invandrarna och deras kulturer och riskerar därmed att skapa diskriminerande praktiker som egentligen har sin orsak i att en verksamhet inte förmår se sina egna värderingar. Man synliggör inte heller de exkluderande mekanismer som kan finnas inbyggda i den vardagliga verksamheten som sådan. Till exempel har forskning visat på en

tendens hos vårdpersonal att överfokusera hälsorelaterade problem som kommit att förknippas med en stereotyp bild av den etniska gruppen. Det kan exempelvis röra sig om så kallad hedersproblematik eller kvinnlig könsstympning och andra liknande problem som i den allmänna debatten kopplas ihop med vissa grupper. I mötet med en kvinna från till exempel Somalia eller turkiska Kurdistan kan det vara svårt att inte automatiskt fokusera på dessa problemkomplex. På så sätt riskerar vårdpersonal att läsa in problem som inte finns, eller att inte uppmärksamma andra relevanta delar av kvinnans livssituation. Som personal bör man vara medveten om normer men inte förutsätta, ta för givet [2].

För att förstå det här är det viktigt att man är medveten om hur stereotyper fungerar. Stereotyper reducerar människor till några få, förenklade drag som framställs som sanna. Trots att vi kan vara medvetna om att det är en stereotyp bild att till exempel ”invandrarkillar” är stökiga och bråkiga så kan det vara svårt att frånga känslan av att det ändå skulle ligga någon sanning i det. Vid intervjuer med unga män i mångkulturella förorter framkommer det att de är väl medvetna om mediernas problembilder, vilka ofta påverkar hur de talar om andra killar, tjejer, sex och om sig själva. Killarna samtidigt både upprätthåller och utmanar bilden av hur det är att vara en ung man i det nya Sverige [6]. Stereotyper är förföriska, och de sprids genom att de ständigt upprepas och till slut skapas ett självbegränsande cirkelresonemang. Vi förstår något genom att vi kopplar ihop det med en stereotyp och på så sätt så fortsätter vi att bekräfta stereotypa föreställningar. När det gäller stereotyper som kopplas just till etnicitet kan man också kalla dem för en form av rasism.

Oreflekterade vardagshandlingar

Dagens rasism använder föreställningar om kulturella skillnader för att legitimera uppdelningen mellan vi och de. Här är det viktigt att komma ihåg två saker. För det första handlar den kulturella rasismen, precis som rasbiologin, om en ideologi, det vill säga en allmän uppfattning som vunnit sådant fotfäste att man tar den för givet. Rasism handlar då om invanda mönster, normer och värderingar, om sådant som man ofta inte är medveten om. För det andra är den kulturella rasismen svår att avfärda vetenskapligt. Rasbiologins antaganden kunde ju motbevisas, det finns helt enkelt inga biologiska raser. Där emot är det svårare att avfärda kulturens betydelse för hur vi tänker, handlar och beter oss. Kultur är ju normer, sedvanor och värderingar.

Här är det då viktigt att komma ihåg etnicitetens komplexitet, det vill säga att även om kultur kan vara en del av hur en grupp uttrycker sin etnicitet så

kan etnicitet aldrig reduceras till att bara handla om kulturella skillnader. Vad en etnisk grupp lyfter fram som ”sin” kultur varierar beroende på – som beskrevs ovan – tid, plats och rum [7].

Kön, sexualitet och ungdom i en mångkulturell kontext

Att göra ”kultur” av frågor som rör invandring och integration utgör alltså en återvändsgränd. Samtidigt kan man inte heller bortse från etnicitet. Etnicitetsforskaren Sabine Grubers studie av hur skolhälsovården hanterar våld, hot och kontroll som de uppfattade som hedersrelaterat är ett bra exempel på hur etnicitet kan påverka en verksamhet. Gruber visar att erfarenheter av våld och hot bland flickor med svensk bakgrund tolkades helt annorlunda än liknande erfarenheter hos flickor med invandrabakgrund. Det var alltså inte den enskilda flickans specifika situation som blev bestämmande för skolans tolkningar och insatser utan snarare stereotypa uppfattningar om ”svenska” tjejer respektive ”invandrantjejer”. Således kom flickornas gemensamma och likartade erfarenheter av hot och våld att behandlas på högst olika sätt [8].

Grubers studie visar på etnicitetens betydelse utan att falla i kulturaliseringens fällor. Andra forskare har visat att ungdomar ifrån ”mångetniska miljöer” är det levande beviset på att etnicitet inte kan reduceras till kulturella skillnader. Korsbefruktning och gränsöverskridande är snarare kännetecknande för hur ungdomarna lever: de lånar vilt av varandra och skapar ”nya etniciteter” [9]. De allra flesta av dessa studier problematiserar även hur kön och sexualitet kommer till uttryck bland dessa ungdomar [6, 10]. Hur unga kvinnor lever ut sin kvinnlighet formas alltså av såväl etnisk tillhörighet som sexuell identitet och klassbakgrund. Studierna om ungdom, etnicitet, kön och sexualitet visar till exempel att unga män definierar sin manlighet inte bara som en motpol mot kvinnlighet – till exempel ”tjejer bryr sig mer om känslor än killar” – utan även mot andra gruppers manlighet. På motsvarande sätt skapar unga tjejer sin kvinnliga identitet också i relation till föreställningar om andra grupper unga tjejer. I en studie där intervjuer genomfördes fungerade till exempel ”invandrantjejer med oskuldskrav” som en av de gruppidentiteter som ungdomarna identifierade sig med eller mot [5]. Det betyder dock inte att tjejer med oskuldskrav såg sig som mer ”förtryckta” i enlighet med en stereotyp bild, tvärtom upplevde många av dessa tjejer att det snarare gav dem en legitim rätt att säga nej, något som många av de andra tjejerna brottades med. Dessutom fungerade oskuldskravet många gånger symboliskt, i praktiken kunde det faktiskt fungera tillåtande på många sexuella praktiker,

till exempel vad gäller anal- och oralsex, något som kan vara viktigt att ha i åtanke i preventionssammanhang.

Hur kan man då omsätta dessa perspektiv i en vardaglig praktik? Att reflektera kritiskt över om och i så fall vilka olika stereotyper som finns hos oss själva är en bra början. Vad är det jag uppfattar och vad är det jag inte är tillräckligt uppmärksam på i mitt möte med någon med en annan etnisk bakgrund? Det är också viktigt att göra sig påmind om att socioekonomiska förhållanden, utbildning, språk och migrationsbakgrund sätter sin prägel på människors livssituation. Att uppehålla sig i ett land utan uppehållstillstånd eller oroa sig för vad som ska hända om man inte får uppehållstillstånd sätter också spår.

Vi behöver verktyg för att hantera såväl det generella som individuella. Att komma ihåg att det finns skillnader mellan alla människor. I mötet med en, eller ibland en grupp, ung människa är det viktigt att utforska hur dessa skillnader ser ut i just detta fall. Att ha i bakhuvudet att det kan vara specifika förutsättningar som präglar en ung människa som har sina rötter i en annan kultur, samtidigt som man måste möta var och en utan förutfattade meningar.

RFSU som arbetar både i Sverige och internationellt hävdar att ungdomars frågor om sexualitet är desamma i alla länder. De metoder som organisationen använder och lär ut inom sexualundervisning i Sverige fungerar även i utvecklingsländer. Det viktiga är att ungdomar får uttrycka sin kunskap, sina frågor och sina attityder [11].

För att förstå vilka frågor och utmaningar den enskilde individen lever med krävs ett öppet sinne, ett sätt att samtala och ställa frågor som är förutsättningslöst och att visa beredskap att ”möta det man möter” [12]. I detta finns inga skillnader mellan ungdomar med svensk eller utländsk bakgrund. Till exempel kan frågan om man lever med stark kontroll inom familjen ställas till alla.

Referenser

1. Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. SoS-rapport 2000:3. Socialstyrelsen, Stockholm 2000.
2. Groglopo A, Ahlberg B M (red.). Hälsa, vård och strukturell diskriminering. SOU 2006:78. Fritze, Stockholm 2006, www.regeringen.se.
3. Robertson E. Aspects of Foreign-Born Women's Health and Childbirth Related Outcomes: An Epidemiological Study of Women of Childbearing age in Sweden. Karolinska Institutet, Stockholm 2003.
4. Hylland Eriksen T. Etnicitet och nationalism. Nya Doxa, Nora 1993.
5. Bredström A. Rasism, kön och sexualitet: en intervjustudie. Statens folkhälsoinstitut Stockholm 2005, www.fhi.se.
6. Hammarén N. Förorten i huvudet: Unga män om kön och sexualitet i det nya Sverige. Atlas, Stockholm 2008.
7. Peterson A, Hjerm M (red.). Etnicitet: perspektiv på samhället. Gleerups, Malmö 2007.
8. Gruber, S. I skolans vilja att åtgärda "hedersrelaterat" våld: etnicitet, kön och våld. Rapport 2007:1. Linköpings universitet, Centrum för kommunstrategiska studier, Linköping 2007.
9. Ålund, A. Multikultiungdom: kön, etnicitet, identitet. Studentlitteratur, Lund 1997.
10. Forsberg, M. Brunetter och blondiner: sex, relationer och tjejer i det mångkulturella Sverige. Studentlitteratur 2007.
11. www.rfsu.se
12. Rönmark L (red.). "Att möta det man möter": erfarenheter från Stödcentrum efter brandkatastrofen i Göteborg. Göteborg FoU i väst, FoU-rapport 4:2001.

ATT MÖTA UNGA HBT-PERSONER

Heteronormativitet

Att ha ett bra hbt-perspektiv betyder i hög utsträckning att tänka kring och vara medveten om de normer som finns kring vår sexualitet och våra kön. Detta kan låta enkelt men är i själva verket en stor utmaning. Trots att de ständigt är under förvandling och förhandling har vi en tendens att betrakta normer som självklara och ”naturliga”. Många normer talar vi heller inte så ofta om, de bara finns där, osynliga tills någon påtalar dem eller bryter mot dem.

Vi lever i ett heteronormativt samhälle. Det betyder att vi antar att det finns två kön som är olika, att man måste vara antingen tjej eller kille och att man ska attraheras av och förälska sig i personer som har ett annat kön än man själv. Så länge man håller sig någorlunda till denna förväntan kommer man att leva på ett sätt som sällan eller aldrig kommer att ifrågasättas av andra. Som heterosexuell kommer man inte behöva sätta sig med sina föräldrar vid köksbordet och komma ut, och som icke-transperson kommer ingen att provoceras av att man som tjej bär klänning eller att man som kille bär skägg. Att leva enligt normen innebär alltså att man kommer att ha vissa privilegier jämfört med dem som på olika sätt bryter mot normen. Som normperson riskerar man till exempel inte att betraktas som onormal och behöver därför inte dölja vem man är av rädsla för att bli utstött. Som personal måste man därför förstå de utmaningar och svårigheter, till exempel homofobi och rasism, som hbt-ungdomar möter på vägen till en god självbild, och inse att dessa står i direkt relation till det heteronormativa samhälle vi alla växer upp i. Faktum är att vi lever i ett samhälle som är ojämlikt och påverkar människors möjlighet att skapa en god självbild, ta hand om sig själva och tillgodogöra sig preventiva budskap. Därför kan man behöva tala med hbt-ungdomar om hur just deras livsvillkor ser ut. Man bör också försöka skapa en förståelse för vilka strategier just den unika individ man träffar har valt för att handskas med heteronormativa situationer.

Att alla ungdomar ska känna sig välkomna inom verksamheter som vänder sig till ungdomar och unga vuxna är självklart. Samtidigt berättar ofta personal att man tycker sig träffa hbt-ungdomar i mindre utsträckning än man skulle kunna vänta sig. Oavsett om vi talar om fritidsgårdar, ungdomsmottagningar eller skolan tycks bilden ofta vara att hbt-ungdomar inte upplever att

de har möjlighet att vara öppna med vilka de är. Samhällets ökade öppenhet tycks ännu inte ha satt avtryck i ungdomsåren, utan alltför många tillbringar denna tid med att låtsas vara något de inte är. Många vuxna talar också om svårigheterna som kan uppstå när man vill belysa hbt-frågor i mötet med ungdomar. Osäkerheten inför hur man ska lyfta frågan på ett bra sätt är ofta stor och många förskräcks över den homofobi som kan bli uppenbar när man försöker arbeta attitydförändrande. Det finns dock många skäl att arbeta med fokus just på hbt-ungdomar. Förutom att det är belagt att såväl den psykiska som fysiska ohälsan är större i denna grupp, vet vi också att det är en grupp med större sexuellt risktagande. Det finns alltså tunga preventiva skäl att uppmärksamma gruppen oavsett inom vilken sorts verksamhet man arbetar.

Grundläggande kunskap

För att kunna arbeta på ett bra sätt med hbt-ungdomar måste man ha en viss grundläggande kunskap om hbt-frågor och kunna skilja homo-, bi- och transfrågorna åt för att kunna möta alla på ett professionellt sätt och veta vilka generella skillnader i hälsa och livsvillkor som finns. De flesta akademiska yrkesutbildningar innehåller inga eller bara enstaka kurser där hbt-frågor blir belysta. För de yrkesgrupper som arbetar med ungdomar handlar det alltså oftast om att tillägna sig den kunskapen på annat sätt. Det handlar också om att förstå på vilket sätt de ordinarie arbetsmetoderna kan behöva utvecklas för att hbt-frågor ska kunna integreras i det dagliga arbetet med ungdomar.

Om man på arbetsplatsen känner att man behöver fördjupa sin kunskap kring hbt-frågor kan man vända sig till exempelvis RFSL Ungdom, RFSL, DO eller enskilda forskare och föreläsare som fördjupat sig i ämnet. Det får aldrig bli hbt-ungdomars uppgift att undervisa vuxna de möter som professionella.

Att förstå och tala om sexualitet

Sexualitet kan förstås på många olika sätt och det finns egentligen inte en samstämmig bild av vad vi verkligen menar när vi talar om homo-, bi- och heterosexuallitet. Därför kan det vara viktigt att inför sig själv, men också i mötet med ungdomar, problematisera de begrepp vi vanligen använder för att beskriva vår egen och andras sexualitet. För att över huvud taget kunna tala om sexualitet på ett fruktbart sätt måste vi veta vad vi menar.

Sexualitet kan till exempel beskrivas som en attraktion till andra personer och där könet på den som man attraheras av avgör hur ens egen sexualitet ska definieras. ”En böj är en kille som blir kär i andra killar” är en vanlig beskriv-

ning av vad det egentligen betyder för en ung man att vara homosexuell. Fokus i detta sätt att betrakta sexualitet hamnar på känslor såsom förälskelse, kärlek eller dragning till andra – det viktigaste är känslan, vad man känner.

Många lägger i stället ett beteendeperspektiv på sexualitet, vilket enkelt skulle kunna beskrivas som att man är det man gör. ”En homosexuell/lesbisk tjej är en tjej som har sex med tjejer.” I detta sätt att se på sexualitet har individens attraktion till andra en sekundär betydelse eller tillmäts ingen betydelse alls. I stället ligger fokus på individens sexuella praktik. Detta perspektiv är inte bara vanligt bland ungdomar utan finns också i hög grad i olika typer av forskning med fokus på sexualitet. Oavsett vilket kön ens partner har kan den sexuella praktiken innefatta såväl icke-penetrerande sex som oralt, analt och vaginalt samlag.

Ytterligare ett sätt att betrakta sexualitet är identitetsperspektivet, där man helt enkelt låter individen själv kategorisera sin sexualitet, eller låta bli, utifrån det som känns relevant för just den personen. Detta lämnar förstås öppet för en person att definiera sig på ett sätt som kanske är totalt motstridigt mot dennes sexuella praktik. Ett vanligt exempel på detta är personer som definierar sig som homosexuella män, på grund av rädsla, lever heterosexuellt. Ett annat exempel som ofta talas om i hivpreventiva sammanhang är gruppen män som har sex med män (MSM). I denna grupp finns män som definierar sig själva som uteslutande heterosexuella, men som regelbundet har sexuella kontakter med andra män. Här gäller det förstås att respektera individens egen identitetsuppfattning samtidigt som man också måste skifta fokus och även tala om sexuell praktik för att nå fram med sitt preventiva budskap. Att använda ett identitetsperspektiv på sexualitet lämnar också öppet för människor att sätta ord på sin sexualitet alldeles oavsett faktisk egen erfarenhet av upplevd attraktion eller sexuell praktik. Många ungdomar har inte debuterat sexuellt än och har kanske inte heller alla gånger upplevt en stormande förälskelse, men kan ändå reflektera kring sin sexualitet då de innerst inne vet hur de tänker sig sitt framtida liv.

Sammanfattningsvis kan man säga en persons sexuella identitet har ingen självständig existens. Det vi uppfattar som våra jag är en serie handlingar och utsagor som tillsammans gör oss till det vi själva och vår omgivning uppfattar som en person med vissa egenskaper. Det är viktigt att ha reflekterat över vilket perspektiv på sexualitet man som vuxen använder i sitt arbete och med vilket syfte. När personal ska ta STI-prover behövs till exempel ett beteendefokus i det avseendet att man måste förhålla sig till individens praktik för att kunna ta relevanta prover. Men man kan också i samma situation behöva utforska individens identitetsuppfattning för att kunna spegla ungdomen på

ett sätt som blir bekräftande. Det blir också nödvändigt att utforska vilket perspektiv på sexualitet de ungdomar som man träffar har. Risken blir annars att man talar förbi varandra, vilket kan skapa frustration. Viktigt att komma ihåg är att såväl homo-, bi- som heterosexualitet kan förstås och problematiseras på samma sätt. Detta måste också förmedlas till ungdomar man möter för att undvika att man reproducerar föreställningen om att det endast är icke-heterosexualitet som ska begripliggöras.

Att förstå och tala om kön

Lika komplex som sexualitet är när vi börjar titta närmare på den, lika mångfasetterat är kön. När vi talar om transfrågor är ju kön, könsidentitet och könsuttryck det som är centralt även om transpersoner naturligtvis också har en sexualitet som kan behöva talas om på ovan beskrivna sätt. Transfrågan i sig handlar alltså om personens upplevelse och gestaltning av sitt eget kön samt hur man önskar att andra uppfattar ens kön. Man kan tala om personers biologiska kön (hur den faktiska kroppen ser ut), om könsidentitet (hur jag uppfattar mitt eget kön – är jag man, kvinna, både och eller kanske något helt annat), könsuttryck (hur vill jag gestalta kön med kläder, attribut, mimik, gester med mera) samt juridiskt kön (vilket kön finns registrerat i mitt pass, hur ser mitt personnummer ut).

När man talar om eller arbetar med transpersoner är det nödvändigt att komma ihåg att själva begreppet alltså är ett samlingsbegrepp som i sig rymmer flera grupper med sinsemellan skilda frågeställningar. En ungdom som är transvestit kan behöva tala om rädslan kring att klä om och om den eventuella rädslan för att bli upptäckt, medan en transsexuell ungdom kan behöva tala om frustrationen över den egna kroppen och om önskan att få hjälp att korrigera den. Olika aspekter av kön och gestaltning av kön kan alltså vara centrala beroende på vad just den ungdom man träffar bär med sig. Därför blir det också viktigt att man som personal är medveten om hur heteronormen påverkar den egna synen på kön. Ju mer rigida föreställningar man har kring vad kön är och hur kön kan manifesteras sig, desto svårare blir det att möta ungdomar och unga vuxna transpersoner på ett bra sätt. Det är även avgörande att man som vuxen förstår att kön och könsidentitet är något ständigt föränderligt, långt ifrån de statiska kategorier vi ofta inbillar oss att kön utgör. Precis som sexualiteten kan förändras genom livets gång kan personers upplevelse och relation till sitt kön göra detsamma. Detta behöver på intet sätt vara ett problem för individen men kan innebära att omgivningen reagerar med transfobi, förvirring eller frustration, vilket i sig kan påverka den unge negativt.

Sammanfattningsvis är det alltså viktigt att man som personal som arbetar med ungdomar har kunskap i det komplexa bygge våra kön utgör, och att man reflekterat kring detta på ett självkritiskt och normmedvetet sätt. Man måste ha kunskap för de många komponenter som är med och skapar våra kön och vara öppen för att dessa inte är statiska utan hela tiden kan förändras. Alla har vi en könsidentitet och ett könsuttryck vilket också måste tas med i diskussionen för att undvika att transpersoner kategoriseras som de som ”avviker” från det som är norm.

Heteronormativa antaganden

Ett problem som heteronormativitet medför är att vi ständigt gör heteronormativa antaganden om personer vi möter. Eftersom vi är så starkt präglade av heteronormen antar vi att andra människor lever eller vill leva enligt den, trots att vi intellektuellt förstår att så inte är fallet. Detta gäller oavsett om vi talar om nya patienter, vår nyfödda bebis, den nya eleven i klassen eller andra individer som korsar vår väg i livet. Våra antaganden visar sig ofta i vårt språk – hur vi frågar människor om deras relationer och hur vi tolkar människors utsagor.

Hbt-ungdomar kan ofta uppleva svårigheter i att vara den som ska punktera andras heteronormativa antaganden. För den lesbiska unga kvinnan som får frågan om hon har en pojkvän kan det vara lättare att bara svara ”nej” än att berätta att hon visserligen är singel men lesbisk. De heteronormativa antagandena samspelar med hbt-personers rädsla för avvisande och tillsammans bidrar de till ett omfattande osynliggörande. Som personal som arbetar med ungdomar handlar alltså en stor del av utmaningen om att arbeta med just sina egna antaganden och att hitta nya sätt att arbeta och tala på ett sätt som är mer inkluderande. Det kan handla om att alltid fråga ”är det en kille eller tjej du är tillsammans med”, eller att undvika att tala om ungdomarnas framtida partner som om deras kön vore givna. Här finns ingen konkret manual att ta till, utan var och en måste på egen hand utforma ett sätt att tala som känns bekvämt och är precis så inkluderande som krävs för att hbt-ungdomar ska våga öppna sig.

När man påbörjat jakten på sina egna dolda heteronormativa föreställningar blir nästa steg att hitta sätt att integrera ett normkritiskt perspektiv i det dagliga arbetet. Strävan bör förstås vara att hitta sätt att just inkludera hbt-frågor i det löpande arbetet, snarare än att hitta specifika tillfällen då man belyser frågan som en särfråga. Att berätta att man på till exempel ungdomsmottagningen ”även jobbar med hbt-personer” är mindre lyckat än att konsekvent tala om olika typer av sexualitet när man beskriver sitt arbete. På samma

sätt är det bättre att konsekvent tala om såväl olikkönad som samkönad sexualitet i sex- och samlevnadsundervisningen än att ha ett speciellt hbt-pass.

Heteronormativa fällor och enkla knep för förbättring

Det är viktigt att förhålla sig vaksam till situationer i arbetet med ungdomar som lätt kantrår åt det heteronormativa hållet. Att dela upp grupper i tjej- och killgrupper när man ska tala om sex och samlevnad är ett sådant tillfälle. Ibland kan det ha både praktiska och pedagogiska poänger att dela upp efter kön, men många gånger sker det slentrianmässigt eller på en heteronormativ grund. Man bör se upp så att inte andemeningen med uppdelningen blir att ”nu ska ni tjejer få prata om killarna” och vice versa. När och varför kan det vara relevant med tjej- och killgrupper? Hur tänker man kring hbt-personer vid dessa tillfällen?

Ett aktivt arbete för att vända sig till hbt-ungdomar innefattar också att se till att den fysiska miljön i en verksamhet signalerar att man förstått att människor kan leva på många olika sätt. Det kräver eftertanke och ibland kan det handla om att justera de mest basala saker. I vårt samhälle delar vi till exempel ofta upp våra toaletter efter kön. Många transungdomar talar om detta som ett av många vardagsproblem. Vilken toalett ska man gå på om man till exempel har en tjejkropp men känner sig som kille? Ett enkelt sätt att göra verksamheter mer tillgängliga för transungdomar handlar alltså delvis om att undvika könsuppdelningar när det inte är absolut nödvändigt.

Man ska inte underskatta betydelsen av valet av tidningar i väntrummet eller på fritidsgården, bilderna man har på väggarna i skolan och texterna på till exempel en webbplats. Att ha en regnbågsflagga synlig i väntrummet kommer att signalera att man inom verksamheten vet att hbt-personer finns bland besökarna. Heterosexuella ungdomar är vana vid att mötas av bilder och berättelser som de kan identifiera sig med. För hbt-ungdomar, liksom bland andra marginaliserade grupper, hör det till ovanligheterna att i offentliga rum mötas av bilder som speglar deras liv. Därför kan just en liten sak som en affisch eller tidning i ett väntrum spela stor roll i huruvida man ska våga vara öppen med vem man är när man så småningom träffar personalen.

Pedagogik och attitydförändrande arbete

Vårt heteronormativa sätt att tänka präglar oss förstås lika mycket i vårt möte med en enskild ungdom i behandlingsrummet som i mötet med en skolklass eller ungdomsgrupp. Det är alltså lika viktigt att fundera över vilka pedago-

giska metoder vi använder som vilka behandlingsteorier vi lutar oss mot.

Många av de metoder som i dag används för att tala om sexualitet och kön med ungdomar i Sverige är starkt heteronormativt präglade. En gammal pedagogisk käpphäst är till exempel värderingsövningar som ju är ett enkelt sätt att snabbt få i gång en diskussion, och förhoppningsvis reflektion, i mötet med en grupp. Faran med värderingsövningar är dock att de har en tendens att reproducera normer snarare än utmana dem. Anledningen till det är att övningarna nästan uteslutande innehåller påståenden om dem som ”avviker” från normen, i det här fallet hbt-personer, medan påståenden om normen saknas helt. Man får helt enkelt aldrig tycka till om till exempel heterosexualitet. Ofta görs också övningarna med den outtalade föreställningen att alla som deltar är heterosexuella, och att de som övningarna handlar om finns någon annanstans. Om man som pedagog visste att det satt ett antal hbt-ungdomar i rummet skulle det antagligen kännas olustigt att ställa gruppen inför påståendet ”Jag tycker att det skulle kännas okej om min bästa kompis var homosexuell”. Eftersom hbt-identiteten hos ungdomar inte går att se med blotta ögat faller man ofta in i att heterosexualisera den grupp man har framför sig. Det i sin tur leder till att man därför kanske inte funderar på hur det känns för den som sitter där och får bevittna hur ens kamrater kanske väljer att tycka att det skulle vara helt otänkbart att vara vän med en hbt-person.

Eftersom vi är så heteronormativt präglade är vi också ofta dåligt rustade att upptäcka homofoba eller transfoba uttryck i pedagogiska situationer. Vi är helt enkelt alltför vana att man får tycka lite som man vill i hbt-frågor, även om vi förstås alltid eftersträvar att skapa öppna attityder hos ungdomar. Vi kan då ibland behöva ta hjälp av vår kanske lite mer uppövade färdighet att känna igen rasistiska uttryck.

De flesta vuxna skulle känna obehag inför att ställa sig framför en genomsnittlig skolklass och ta upp påståenden som ”Jag tycker att svarta ska få gifta sig med vita”, ”Jag tycker att det skulle vara helt okej om min bästa kompis var jude” eller ”Jag tycker att romer ska få adoptera barn”. Samtidigt är det sådana påståenden som ofta används men med skillnaden att det är homosexuella som är temat. Man måste alltså vara på sin vakt när man använder även de mest beprövade pedagogiska metoder. De allra flesta metoder har fötts inom en normativ pedagogisk tradition och kan därför behöva modifieras för att inte vara kränkande för någon i rummet.

Ett bra sätt att arbeta pedagogiskt med attitydförändrande ambitioner är att använda metoder som i sig är normmedvetna. Dessa metoder syftar till att skapa reflektion kring normer och vårt eviga sorterande av människor, snarare än att belysa vissa grupper av människor.

Källor och rekommenderad litteratur

- Det syns inte utanpå men känns inuti. Om heteronormer i sjukvården. HomO, 2006.
- Tikkanen R. Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män. Socialstyrelsen 2007.
- Är du tjej eller kille? Rapport om unga transpersoners livsvillkor. RFSL Ungdom, 2008.
- Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm 2006.
- Larsson S et al. Vem får man vara i vårt samhälle? Om transpersoners psykosociala situation och psykiska hälsa. Statens folkhälsoinstitut 2008:25.
- Röndahl G. Heteronormativity in a Nursing Context: Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men. Doktorsavhandling. Uppsala universitet 2005.
- Röndahl G, Innala S, Carlsson M. Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2004): no. 4, 386–392.
- Röndahl G, Innala S, Carlsson M. Verbal and non-verbal heterosexual assumptions in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56 (2006): no: 4, 373–381.

Metodmaterial

- Bryt! Om normer i allmänhet och heteronormen i synnerhet. RFSL Ungdom, 2008.
- I normens öga. Friends, 2008.
- Nordenmark L, Rosén M. Lika värde lika villkor. Liber 2008.
- www.ytan.se. Projektet "Under ytan" pågick mellan 1 november 2004 och 31 maj 2007. Det går fortfarande att beställa material. Projektet handlar om normer och värderingar kring sexuell läggning i skolan. Projektet utgår från heteronormen, alltså den norm som förutsätter att alla är heterosexuella. Under ytan ger lärare praktisk kunskap om frågor kring sexuell läggning, heteronormativitet och homofobi. Målet med projektet var att åstadkomma stadigvarande attitydförändringar.

ATT MÖTA UNGDOMAR MED INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Människor med intellektuella funktionsnedsättningar tillhör en heterogen grupp med stora variationer. Den intellektuella funktionsnedsättningen innebär allt från lindriga inlärnings- och kommunikationssvårigheter till mer omfattande intellektuella funktionsnedsättningar och därtill ibland även fysiska funktionsnedsättningar. Förutom själva funktionsnedsättningen är faktorer såsom kön, ålder, social klass och personlighet av betydelse för den enskildes livssituation. Hur mycket stöd och hjälp som behövs i det dagliga livet ser därför olika ut, och kan handla om assistans i de flesta situationer under dygnet till enstaka insatser då och då. Själva funktionsnedsättningen innebär också att den psykosexuella utvecklingen försenas i olika grad. Funktionsnedsättningen påverkar framför allt förmågan till abstraktion och uppfattningen av tid och rum. Det innebär att förståelsen av egna och andras känslor och erfarenheter och förutsättningarna att uppfatta samhällsliga och kulturella normer och koder kan vara begränsade i olika grad.

Frigörelse och separation

Sexualiteten är ett område som ofta uttrycks i antydningar, symboler, koder och det som "sägs mellan raderna", vilket kan göra det särskilt svårt om man har en intellektuell funktionsnedsättning. Förutsättningarna för kärlek och sexualitet handlar också om samspelet med omgivningen och den bild som präglar omgivningens syn på sexualitet och unga med intellektuella funktionshinder. Den bilden är oftast fylld av ambivalens och dilemman. Å ena sidan vill personal och föräldrar den unge väl, å andra sidan finns det mycket oro förknippad med sexualiteten.

Det kan vara komplicerat för ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar att utveckla en positiv syn på den egna sexualiteten, när den samhällsliga synen till stor del består av negativa och problematiska aspekter. En restriktiv hållning bland personal och anhöriga handlar ofta om en ansvarskänsla inför de ungas sexualitet, man agerar förebyggande och

kontrollerande så att ”inget ont ska hända”. Det kan handla om oro för att någon ska råka ut för sexuella övergrepp eller själv begå sexuella kränkningar gentemot andra, ibland kanske utan att själv förstå vad man gjort. Oro för oönskade graviditeter är också vanligt då möjligheterna för personer med intellektuella funktionsnedsättningar att fungera som fullgoda föräldrar är begränsade.

De känslomässiga banden mellan föräldrar och barn med funktionsnedsättningar är ofta täta och nära vilket kan försvåra frigörelse- och separationsfasen under tonåren. Som förälder kan det vara komplicerat att veta hur mycket man kan och ska släppa, tillåta och även vad den unge själv klarar och förstår. Även om många av dagens föräldrar önskar sina barn med intellektuella funktionsnedsättningar en kärleksfull relation med en partner så är det oftast alltför svårt för dem att själva fungera som föräldrar.

Många gånger blir ett heteronormativt bemötande vägledande för den unge, vilket gör det särskilt svårt att finna sin sexualitet om preferenserna eller uttrycken skiljer sig åt från de gängse heterosexuella. Personal som arbetar inom särskole-, habiliterings- och ungdomsverksamheter behöver därför ha ett normmedvetet förhållningssätt och även utbildning och handledning i sexologi.

Behov av kunskap om sexualiteten

Den ökade exponering av sexualitet i ord och bild i olika medier i samhället kan leda till missförstånd, oklarheter och osäkerhet i en mängd olika situationer som har anknytning till kärlek och sexualitet bland dagens unga. Som exempel: Vilka sexuella normer gäller? Hur ska man bete sig mot andra som ung man respektive kvinna? Hur ska man klä sig? Hur flirtar man?

Även om behovet av kunskap och reflektioner kring sexualiteten är minst lika stort som bland andra barn och ungdomar visar det sig ofta att elever i särskolan inte får lika mycket sexualkunskap som andra. Det finns idag enbart ett begränsat material och metoder som är riktade till särskolans elever. Konsekvensen blir att ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar inte får samma möjligheter som andra unga att utifrån sin livssituation och sina förutsättningar kommunicera om sexualitet och samlevnad, lära sig hur kroppen fungerar, samt reflektera kring olika sexuella riktningar, variationer och livsstilar. Detta trots att funktionsnedsättningen många gånger innebär ett större behov av kontinuerlig och upprepad information utifrån den egna unika situationen. Sällan finns förutsättningar att på egen hand läsa sig till kunskap eller diskutera med andra jämnråiga.

Sociala arenor och mötesplatser

Många ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar lever mer isolerat och ensamma än andra och umgås oftast inom en begränsad social grupp. Fritiden är ofta organiserad, systematiserad, tillrättalagd och arrangerad av vuxna och inte av ungdomarna själva. För att öka förutsättningarna för att få nya vänner och partner är det viktigt att få tillgång till olika slags sociala arenor och mötesplatser såsom danser, mötesplatser på Internet etc. Samtidigt är det angeläget att få kunskap om ”nätikettregler”, det vill säga vad som gäller när man mejlar, chattar eller går ut på vissa internetsajter, och att få träna sig på olika sociala situationer och i bemötandet och det sociala samspelet med olika slags människor.

Erfarenheter och upplevelser av sexualitet och sexuella handlingar

Sexualiteten består av en mängd olika handlingar och uttryck såsom ögonkontakt, kroppskänsla, beröring, smekningar, pussar, kyssar, onani och samlag. Mycket tyder på att det är vanligare med erfarenheter av kramar och kyssar och olika ansatser eller försök till kroppskontakt än av samlag. En förklaring handlar om graden av intellektuell funktionsnedsättning och vilken nivå av den psykosexuella utvecklingen man befinner sig på. Även om en viss erfarenhetsackumulation sker, precis som bland andra unga, behöver ”slutmålet” inte vara samlag.

Att det är ovanligt med erfarenheter av samlag handlar också om svårigheter att hitta en partner. Förmågan att flirta, som är ett komplicerat beteende bestående av oskrivna lagar, koder och signaler, är av avgörande betydelse liksom förmågan att rikta sitt intresse mot potentiellt möjliga partner. Det är vanligt att ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar blir kära i dem som det är ”omöjligt att få”, exempelvis en personlig assistent eller känd skådespelare. Dessutom handlar det om att ha en plats där man kan utföra sexuella handlingar, det vill säga att ha möjligheter till privatliv och sexuella ”frizoner”. Den intellektuella funktionsnedsättningen leder ofta till begränsade möjligheter att få vara i fred på grund av den beroendesituation som man befinner sig i.

Många ungdomar och unga vuxna önskar leva tillsammans med en partner som vuxna, även om möjligheterna att klara ett föräldraskap är begränsade. För vissa kan detta bli en stor sorg, och för andra något som man accepterar utan större svårigheter. Ju lindrigare funktionsnedsättningar desto större är

ofta längtan efter att leva som ”alla andra” och därmed besvikelsen om förväntningarna inte kan uppnås. Flera uttrycker dessutom svårigheter med att ses som vuxna om man inte lever som andra, det vill säga i egen lägenhet, i par- eller i en familjerelation.

Förmedlande av sexualkunskap

I förmedlandet av kunskapen om sexualiteten är det viktigt att se bredden av olika uttryckssätt och att inte fokusera på preventivmedel och sexuellt överförda infektioner i alltför stor utsträckning. Troligen är det enbart en mindre grupp av alla personer med intellektuella funktionsnedsättningar som har eller kommer att ha erfarenheter av samlag.

Utifrån de variationer som beskrivits måste arbetet med sex- och samlevnadsfrågor som riktas till ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar vara flexibelt. Metodiken vid kunskapsförmedling och bemötandet kan sammanfattas genom ASS, det vill säga anpassad sex- och samlevnadskunskap:

- Anpassad form av undervisning – en helhetssyn på sexualiteten gör ämnet mer förståeligt för både ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar och omgivningen. Sexualkunskap bör integreras i olika ämnen på särskolan och det är bra om olika personer informerar då egna värderingar ofta genomsyrar undervisningen. Ömsesidig tillit, förtroende och respekt är avgörande. Ibland kan det passa bäst att förmedla information och rådgivning individuellt, andra gånger i grupp.
- Anpassning till olika mognadsnivåer – det är ofta mer givande att ha ungdomar och unga vuxna som är på liknande mognadsnivå i samma grupp för att innehållet ska bli så intressant och givande som möjligt. Det är även viktigt att lyssna efter vad de frågar efter för att inte ”överinformera”. Utgå alltid från personens situation och mognad och definiera och avgränsa på så sätt innehållet i informationen utifrån deras perspektiv.
- Anpassade metoder och material – värderingsövningar och rollspel är användbara för att träna de ungas självkänsla och öka insikter och kunskaper i olika frågor. Konkreta material, såsom filmer, lättlästa böcker, tidningar, fotografier, är bra för att åskådliggöra information eller som underlag till diskussion. Att skapa nytt material tillsammans, exempelvis rita egna bilder, självporträtt, skriva dikter, komponera sånger eller göra skulpturer eller dockor, är ofta givande. Metoderna kan även handla om att öka kroppskänslan och därmed få kroppskänedom, exempelvis genom sköna bad, massage, lyssna på stämningsfull musik, gymnastiska kroppsövningar etc.

- Verklighetsanpassad kunskap – det är av värde att skapa situationer där ungdomarna kan samtala kring och träna olika realistiska situationer, förhållningssätt, konfliktlösning, självkänedom, handikappmedvetande, empati, relationssvårigheter etc. Här kan också besök på ungdomsmottagningar passa bra med visningar av gynekologstol och preventivmedel med mera.
- Individuellt anpassad information, undervisning eller rådgivning – utgångspunkten bör alltid vara den enskilda personens unika situation, personlig mognad och utveckling samt uppväxtmiljö. I så stor utsträckning som möjligt är det den enskilde personen själv som ska välja av vem och på vilket sätt informationen ska ges.

Sammanfattningsvis handlar ASS om att på ett konkret vis förmedla kunskaper och att lyhört och respektfullt möta personen där han eller hon befinner sig. En ödmjuk vilja att finnas till hands med icke-normativt rådgivande, upplysande eller stödjande resurser utifrån den personens unika behov är förutsättningar för en lyckad kontakt kring sex- och samlevnadsfrågor.

I denna text har fokus legat på ungdomar med intellektuella funktionshinder. I inledningen beskrivs ungdomar med detta hinder som en heterogen grupp med stora variationer. Det förhållningssätt som beskrivs kan därför också med fördel användas när man möter ungdomar och unga vuxna som har en diagnos inom autistspektrumgruppen eller andra neuropsykiatriska störningar. Även i dessa grupper varierar begåvningsnivå och symtomyttringar. Kunskap inom området ökar möjligheten att möta ungdomar och unga vuxna med särskilda behov på ett professionellt sätt.

Källor och rekommenderad litteratur

- Linder Å, Åhlund I. Sex och samlevnad för personer med utvecklingsstörning. En informations- och vägledningsguide. Riksförbundet FUB, Solna 2007.
- Löfgren-Mårtenson L. Hur gör man? Om sex- och samlevnadskunskap i särskolan. Argument förlag, Varberg 2009.
- Löfgren-Mårtenson L. Kärlek.nu; Om Internet och unga med utvecklingsstörning. Studentlitteratur, Lund 2005.
- Löfgren-Mårtenson L. Får jag lov? Om kärlek och sexualitet i den nya generationen unga med utvecklingsstörning. Studentlitteratur, Lund 2005.
- Rajala P. På tu man hand. En lättläst bok om kärlek och sex. Specialpedagogiska institutet 2002.
- Thelin C. Var sitter känslorna? Sex och samlevnad för gymnasiesärskolan. Folkhälsoenheten, Malmö stad 2008. Beställs via www.malmo.se.
- Olsson A, Karlsson M. Samtalsgrupper om kärlek, känslor och sexualitet för kvinnor och män med intellektuella och fysiska funktionshinder. Arbetsrapport FoU 6:2003. FoU-Centrum för vård och omsorg, Linköpings kommun 2003. Kontakt via 013-20 62 82.

Specifikt om autism och adhd

- Gerland G. Autism: relationer och sexualitet. CURA Förlag och Utbildning 2004.
- ADHD hos barn och vuxna. En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen 2002. Artikelnr: 2002-110-16.

Lättlästa böcker om kärlek och sexualitet

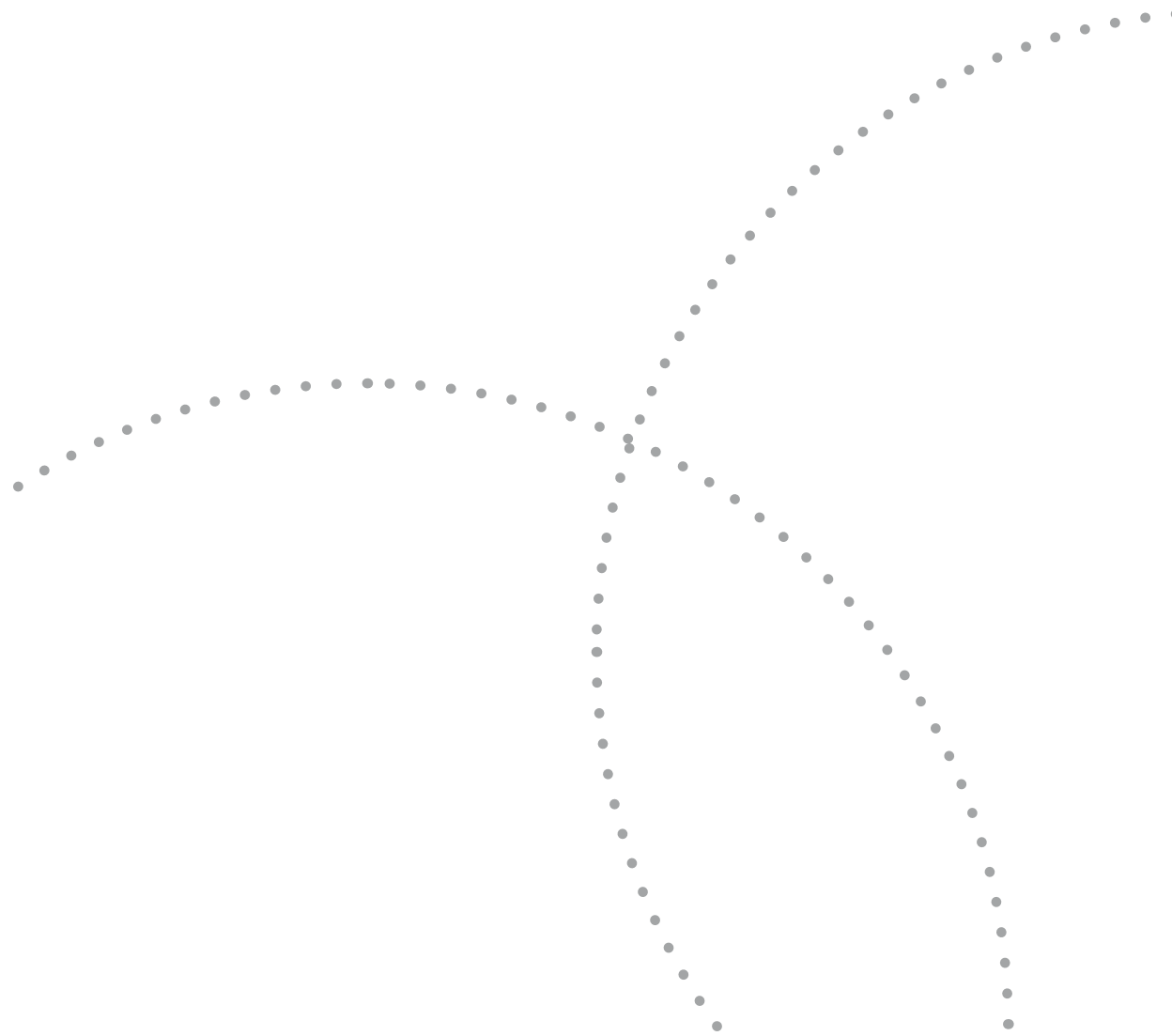
- Bylund A. Kompisar, kärlek, känslor. Du och andra tillsammans. LL-förlaget, Kristianstad 2005.
- Bylund A. Vad säger kroppen? LL-förlaget, Kristianstad 2008.
- Dömstedt T, Wadman E. Kärlek på dagcenter. LL-förlaget, Kristianstad 2001.
- Dömstedt T. Ett barn ska jag ha... LL-Förlaget, Kristianstad 2008.
- Löfgren-Mårtenson L. Snyggast på nätet. Argument förlag, Varberg 2009.
- Löfgren-Mårtenson L. Spegel, spegel på väggen där. Argument förlag, Varberg 2008.

- Löfgren-Mårtenson L. Typ jättekär, liksom. Argument förlag, Varberg 2007.
- Löfgren-Mårtenson L. Älskar, älskar inte. Argument förlag, Varberg 2007.
- Löfgren-Mårtenson L. Drömmen om Danskungen. LL-förlaget, Kristianstad 2007.
- Persson, A R. Är klänningar farliga? Om homosexuella, bisexuella och transpersoner. LL-förlaget, Kristianstad 2006.
- Sjöström B. Peter älskar Christer. LL-förlaget, Kristianstad 1998.

Film

- Andersson K. I gränslandet. 1999.
- Andersson K. De fyras gäng. 2003.
- Andersson K. En gåtfull verklighet. 2003.
- Andersson K, Sundberg C. "Får jag lov?" 2004.
Beställs via www.filmo.se.
- Myrstrand J. KLICK – med eller utan strumpor. En film av och med och om människor med intellektuella funktionshinder. 2004.
- Myrstrand J. KLICKERS – jag spelar ingen roll. 2005.
- Myrstrand J. TV-soffprogrammet KLICKSOFTA. 2006.
Beställs via www.studiojox.se.

DEL IV. OMRÅDEN ATT
UPPMÄRKSAMMA
I FÖREBYGGANDE ARBETE



I arbetet med främjande av sexuell hälsa och förebyggande av ohälsa bör man förmedla att sex ska vara nyktert, lustfyllt, frivilligt och ömsesidigt. Samtidigt ska man vara beredd att i samtal beröra frågor där den unge har möjlighet att avslöja destruktivt beteende och utsatthet för våld, kontroll och kränkningar. De enheter, mottagningar och verksamheter som möter ungdomar och unga vuxna har en chans att upptäcka, stödja och motverka. Ett metodiskt arbets-sätt och utarbetade rutiner för att upptäcka och hur man handlar vid upptäckt kan underlätta.

Alkohol och sexualitet

Alkoholen har ett symboliskt värde som steg på vägen mot vuxenliv. Alko-holen kan också stärka självförtroendet för att inleda nya kontakter och rela-tioner. Ungdomar vill uppnå de positiva effekterna av alkoholen som i lagom mängd har en avslappnande effekt. Men de positiva egenskaperna går ofta hand i hand med många negativa effekter. Flera studier visar att intag av alko-hol försämrar ungdomars förmåga att avstå från oönskat sex och att risken för oskyddat sex ökar. Resonemang förs även kring att alkohol kan fungera som ansvarsbefriande, något att skylla på för att undvika skam och ånger efter sex.

Utforska alkoholen – upptäcka verkligheten

Ungdomstiden är generellt en period då det är naturligt att experimentera och utforska sin identitet. Det hör till utvecklingen och det är ett sätt att upptäcka verkligheten, där alkoholen ofta ingår som en faktor bland andra. Ett riskbete-ende uppstår först när beteendet upprepas och skapar mönster. Därför är det alltid nödvändigt att belysa sociala aspekter i resonemang om utsatta grupper och hur preventiva insatser tar hänsyn till dem. I en studie som gjordes på UM i Västerbotten visade det sig att två av tre ungdomar bedömdes ha en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion men man konstaterade samtidigt att besökarna inte kan ses som representativa för ungdomar i allmänhet [1].

Fysisk och psykisk hälsa och alkohol

Det finns hos ungdomar ett samband mellan att må såväl psykiskt som fysiskt dåligt och att dricka mycket alkohol. Särskilt starkt är sambandet för pojkar. Hög alkoholkonsumtion ökar risken för depressiva besvär, självskadebete-ende och utagerande psykiska problem. Det finns också ett omvänt samband

då depressiva besvär ökar risken för hög alkoholkonsumtion [2]. Att hög alkoholkonsumtion påverkar självvärderad fysisk och psykisk hälsa visar också ovan nämnda studie från Västerbotten [1].

Alkohol påverkar också immunförsvaret och celler som tillförts alkohol löper tre gånger så stor risk att smittas av hiv [3].

Samlag under alkoholpåverkan

Nästan hälften av eleverna i gymnasiets andra år uppgav i en rikstäckande undersökning att de druckit alkohol de senaste sju dagarna. Var fjärde elev svarade att de någon gång haft oskyddat sex till följd av den egna alkoholkonsumtionen. Bland pojkarna var det cirka 30 procent och bland flickorna cirka 20 procent som uppgav att de bråkat eller slagits på grund av att de druckit alkohol. Det var dubbelt så många bland storkonsumenterna av alkohol som uppgav att de haft oönskat eller oskyddat sex jämfört med genomsnittet. Eleverna med hög alkoholkonsumtion hade också i betydligt större utsträckning prövat narkotika och skolkade avsevärt mer än övriga ungdomar [4]. Bland de ungdomar som besökt UM i Västerbotten uppgav 8 av 10 att de druckit alkohol i samband med samlag [1]. Även andra studier styrker detta resultat och att många ungdomar och unga vuxna har ånkrat samlag de haft under påverkan av alkohol [5].

Tidig sexuell debut är associerad till riskfaktorer som rökning, alkoholkonsumtion och droganvändning i högre grad än hos dem som har en senare sexuell debut [6-8].

Socioekonomiska faktorer, sex och alkohol

Studier av sexuellt beteende och attityder till sexualitet bland gymnasieelever i årskurs 1 visade att elever som studerade på yrkesförberedande program var i större hälsorisk än de studieförberedande eleverna. I den gruppen var det vanligare med rökning, tidigare sexuell debut, låg preventivmedelsanvändning, sexuella övergrepp och att de hade fler sexuella partner jämfört med elever på studieförberedande program [9–12]. Ungdomar som hoppat av skolan är en grupp med ett ofta mycket riskfyllt beteende som påverkar deras hälsa negativt. De är också svåra att nå med olika insatser då det saknas en naturlig arena att möta dem.

Unga män och oönskad graviditet – mer risktagande

Artonåriga killar som har varit med om en oönskad graviditet har mer hälso-risk än jämnåriga som inte varit involverade i en graviditet. Dessa killar är mer benägna att inte använda skydd och smittades i större utsträckning av en STI, de drack mer alkohol, de kom från sämre hemförhållanden samt använde i högre grad anabola steroider. De rapporterade också i högre grad att de varit utsatta för sexuella övergrepp av vuxna samt att de i högre grad hade självmordstankar, i jämförelse med dem som aldrig varit involverade i en oönskad graviditet [11]. Därför är det viktigt att utveckla strategier för att nå just den gruppen unga män i samband med att unga kvinnor söker rådgivning, stöd och hjälp vid oönskad graviditet. Forskarnas resultat visar även att unga män har, liksom ibland kvinnor, behov av stöd och råd i dessa situationer.

Alkoholmissbruk och sexuella övergrepp

Sexualbrotten ökar i Sverige. Bland annat attityder, Internet och ökad alkoholkonsumtion beskrivs som möjliga orsaker till ökningen av sexualbrotten. Våld i alla former kan ofta kopplas till alkohol- eller droganvändning. En svensk studie visar att kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp före 13 års ålder och dessutom använt narkotika innan de var 18 år hade en hög risk för senare alkoholmissbruk. Det visar vikten av att tidigt uppmärksamma barns och ungdomars psykiska ohälsa [13]. Att tillfråga samtliga ungdomar om de varit utsatta för övergrepp och våld kan vara ett sätt att upptäcka.

Hälsa på lika villkor

Bland homo- och bisexuella personer finns det en större andel som inte konsumerar alkohol alls, samtidigt som det finns en större andel som är riskkonsumerare av alkohol än i den övriga befolkningen, i synnerhet bland kvinnliga homo- och bisexuella ungdomar och unga vuxna. Att använda cannabis är dessutom betydligt vanligare bland unga homo- och bisexuella personer än i den övriga befolkningen [14].

Begreppet MSM inkluderar de män som själva har identifierat sig som homo- eller bisexuella män samt även de män som inte betraktar sig som homo- eller bisexuella men som har sex med andra män. En svensk studie konstaterar att MSM som redan har eller har haft en STI har ett ökat riskbeteende än de som aldrig haft en STI. Av de 2 600 deltagarna var 4 procent hiv-positiva. När den enbart tittade på homosexuella män över 36 år som bor i

något av storstadsområdena, var 10 procent hivpositiva. Mer än dubbelt så många av de hivpositiva i studien hade haft en STI tidigare. Över hälften (59 procent) upplevde att alkoholrus hade inverkan på risktagandet [15].

Alkoholen ett av flera hinder för säkrare sex

Förutom alkoholens negativa påverkan är även kostnaden för kondomer ett av de vanligast förekommande hindren som anges vid utebliven kondom-användning. Attityder, etiska och religiösa värderingar, avsaknad av dialog om användning av kondom – vilket ofta förstärks av ojämställdhet mellan könen – är ytterligare hinder. Hos en och samma individ kan flera olika hinder förekomma och därför måste insatser riktas specifikt mot varje hinder. Alkoholen är troligen bara en bland många faktorer som bidrar till att individer avstår från att använda kondom.

Effektiva metoder

Viktiga skyddsfaktorer för ungdomars hälsa är en god relation till de egna föräldrarna och trivsel och närvaro i skolan. Exempel på generella kunskapsbaserade metoder som stärker skyddsfaktorerna och förhindrar att problem-beteenden uppkommer är social och emotionell träning samt föräldrastöd. Exempel på insatser som minskar befintliga psykiska problem och hög alkoholkonsumtion är kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal (MI).

Forskning visar att alla aktörer måste kommunicera i samma riktning för att förebyggande arbete ska bli framgångsrikt. Det räcker inte med att man ger allmän information om sunda levnadsvanor. Viktig är också den interpersonella dialogen, i den samtalsprocess när personens alkoholvanor och sexuella beteende tas upp och vävs in i en helhet av ungdomens livssituation. Hur vårdpersonalen ska förhålla sig till hälsobudskapet när det gäller alkohol- och sexualvanor är inte lika entydigt som exempelvis vid rökning och kan också upplevas som betydligt svårare.

Det finns föreställningar om att patienterna inte tycker om att man frågar om deras livsstil. Men när det gäller såväl rökning som alkoholvanor visar studier att patientens tillfredsställelse ökar i takt med de frågor patienten får om bland annat rökning och alkohol [16]. De flesta ungdomar är beredda på att få frågor om sin livsstil eftersom de vet att den har ett starkt samband med många sjukdomar. I det sammanhanget blir ett professionellt förhållningssätt viktigt, att förstå hur psykologiska försvarsmekanismer kan uppstå, och att

använda sin kunskap om hur dialogen med ungdomen ska anpassas och föras så att patientens hälsoutveckling gynnas.

Samtal om alkohol

Alkoholkonsumtionen i sig kan vara ett potentiellt större problem än att ungdomen inte använde kondom vid senaste samlaget. Att informera om hur viktig kondomanvändningen är leder troligtvis inte någonstans om huvudproblemet handlar om alkohol. Om personen dricker mycket alkohol kan det grunda sig i låg självkänsla, ytterligare ett hinder för att ha mod att föra samtal om kondomanvändning eller att initiera användandet av kondom.

Frågor om alkoholkonsumtion bör alltid ställas vid hälsosamtal, testning, smittspårning, preventiv- och abortsamtal vid ungdomsmottagningar, elevhälsan och liknande verksamhet. Det är viktigt och har betydelse om den unge är storkonsument av alkohol men det viktigaste är inte alltid att utreda exakt hur mycket en ungdom dricker, utan om och hur drickandet leder till negativa konsekvenser för personen eller för andra i omgivningen.

En metod som visat sig verksam för att öppna för samtal om alkoholkonsumtion är AUDIT. De tio frågorna i testet har tagits fram av WHO [17]. AUDIT är inte framtaget och validerat för ungdomar och unga vuxna men är inriktat på att identifiera skadligt drickande och ge möjlighet till självreflektion. Om man ber den unge att fylla i det bör det också alltid användas som en utgångspunkt för samtal om hur den unge ser på sin alkoholkonsumtion.

Motiverande samtal (MI) är ett bra förhållningssätt för att skapa en positiv inverkan på en förändringsprocess om den unge själv är motiverad att minska sitt alkoholintag.

Referenser

1. Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa. Enkätstudie i Västerbotten, Västerbottens läns landsting 2007.
2. Malmgren L, Ljungdahl S, Bremberg S. Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt över sambanden och förslag till förebyggande insatser. Statens folkhälsoinstitut, Östersund 2008.
3. WHO. Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries. World Health Organization, Geneva 2005. ISBN 92 4 156289 7, finns som pdf på www.who.int
4. Hvitfeldt T, Rask L. Skolelevers drogvanor 2006. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm 2007.
5. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Statens folkhälsoinstitut Rapport 2006:18, www.fhi.se.
6. Traeen B, Lundin Kvalem I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction* 1996;9(7):995–1006.
7. Wellings K. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706–28.
8. WHO. Sexual behaviour: Experience of sexual intercourse. Inequalities in young people's health. 2005/2006. Hämtad 2008-06-26 från www.euro.who.int/Document/E91416_Ch2_4.pdf.
9. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. *Sexual Transmitted Infections* 2000;76:98–102.
10. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: Improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:288–95.
11. Holmberg L, Berg Kelly K. Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. *Acta Paediatrica* 2002;91:838–43.
12. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish boys. *Acta Paediatrica* 2002;91:985–91.
13. Spak F, Allebeck P, Spak L, Thundal K-L. Alkoholmissbruk och sexuella övergrepp. *Läkartidningen* 2001;98(10):1109–14.
14. Roth N, Boström G, Nykvist K. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm 2006.
15. Tikkanen R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. FOU Rapport 2008:1. Malmö högskola, Hälsa och samhälle 2008.

16. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård? En kartläggning av hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Socialstyrelsen, Stockholm 2005.
17. Statens folkhälsoinstitut www.fhi.se/templates/Page____10919.aspx och www.fhi.se/riskbruksprojektet.

SEXUELLT VÅLD OCH TVÅNG

WHO betraktar våld ur ett folkhälsoperspektiv och ser det som ett prioriterat folkhälsoområde som kan delas upp i tre huvudgrupper: självriktat våld, våld mellan individer och kollektivt våld [1]. Den här texten behandlar sexuellt våld och tvång som sker mellan individer, men också det som kan betraktas som självriktat när ungdomar säljer sex.

Unga offer som utsatts för sexuellt våld

Att bli utsatt för sexuella övergrepp sätter spår som kan visa sig på olika sätt. Ungdomar som varit utsatta beskriver, liksom de ungdomar som säljer sex, en sämre psykosocial hälsa jämfört med ungdomar som inte varit utsatta. De gör oftare självmordsförsök eller skadar sig själva på annat sätt, har oftare sömn- och ätstörningar, börjar tidigare använda alkohol och droger och samtycker också oftare till sex före 15 års ålder [2]. I tidigare befolkningsbaserade studier om sexuella övergrepp har fokus varit på flickor. En enkätstudie bland gymnasieungdomar i Sverige visar att flickor i högre utsträckning än pojkar varit utsatta för oönskat smek och beröring, 55 procent mot 15 procent. Vid penetrerande sex är skillnaden mindre, 13,5 procent av flickorna respektive 5,5 procent av pojkarna [3].

Studier bland vuxna som varit utsatta för ett sexuellt övergrepp visar att 31–41 procent berättar för någon under barndomen och upp till 58–72 procent berättar någon gång under livet. När unga varit utsatta är det ofta för en jämnårig de berättar [2].

Bland dem som varit utsatta för våldtäkt och polisanmält var nästan hälften mellan 15 och 24 år men 15 procent var under 15 år. En stor del av både de flickor och pojkar, som deltog i en enkätstudie och svarade att de blivit sexuellt utnyttjade, angav att förövaren varit jämnårig [2]. Sexuella övergrepp och bristande omsorg under barndomen, psykisk sjukdom och fysisk eller psykisk funktionsnedsättning är faktorer som gör ungdomar mer sårbara för att utsättas för sexuella övergrepp [4].

Antalet polisanmälda våldtäkter har fyrdubblats mellan 1985 och 2007 men ändå uppskattar Brå att det bara är en dryg sjättedel av alla sexualbrott som anmäls. Även sexualbrott mot barn och ungdomar specifikt anses under-rapporterade [5]. Man finner det inte heller troligt att sexualbrotten faktiskt har ökat i den omfattningen, utan tror att en större benägenhet att anmäla

också kan vara en anledning till ökningen. Samhällets uppmärksamhet har under senare år riktats mot konsekvenserna för den som blivit utsatt för övergrepp. Man har också uppmärksammat att en ung förövares handlingar, jämfört med en vuxens, inte behöver betyda mindre skador för offret.

Ungdomar som säljer sex

Möjligheten att den unge kan ha utsatts för sexuellt våld bör finnas i tankarna när man möter ungdomar och unga vuxna som signalerar att de tar stora sexuella risker. I en enkätstudie har ungdomar i gymnasiets årskurs 3 i fem svenska städer tillfrågats om de har sålt eller säljer sex i utbyte mot pengar eller annan ersättning. Det visade sig att 1 procent av flickorna och 1,4 procent av pojkarna svarade att de hade sådan erfarenhet. Gruppen pojkar som rapporterade att de sålt sex var alltså större. De ungdomar som svarade ja var i medeltal 15,9 år gamla första gången det hände. Jämfört med dem som inte sålt sex hade den här gruppen sämre psykisk hälsa och hade oftare varit utsatta för sexuella övergrepp av vuxna och jämnåriga.

Ungdomar som sålt sex har levt och lever ett påtagligt sexualiserat liv och har i större utsträckning prövat sexuella handlingar de sett på porrfilm. De har också en liberalare attityd till att sälja sex. Tidig sexuell debut och flera partner liksom ett utagerande, prövande och gränsöverskridande beteende präglar gruppen. Signifikant fler röker, dricker ofta alkohol, använder andra droger och har begått kriminella handlingar. En internetbaserad studie av ungdomar som säljer och byter sexuella tjänster, genomförd i Västra Götaland, bekräftar i stort ovanstående data. Studien i Västra Götaland visar också att många av dessa ungdomar med sitt uppträdande i skolan signalerar att de mår dåligt [7].

Unga förövare som utsätter andra för sexuellt våld

Uppskattningsvis 20 procent av sexualbrott som begås av ungdomar anmäls till myndigheter [8]. I en stor svensk gymnasiestudie uppgav 5 procent av pojkarna och 1 procent av flickorna att de tvingat någon till penetrerande sex eller onani [9]. Ungas sexuella övergrepp kan röra sig om olika typer av handlingar och rikta sig mot offer i olika åldersgrupper. Framför allt hade offren varit jämnåriga men pojkarna svarade att de även utsatt barn för sexuellt tvång. Ungefär hälften av ungdomar som begår övergrepp kan vara i risk att upprepa beteendet, för övriga blir det en engångshandling. Ungdomar som tvingat någon till sex men även uppvisar andra uppförandeproblem är ofta i större risk att också begå andra typer av brott.

De ungdomar som utsätter ett yngre offer för sexuella övergrepp utsätter oftast inte barnet för tvång på ett uppenbart sätt. Unga som utsätter ett offer som är särskilt tillgängligt, som yngre syskon, kan ibland upprepa övergreppen ett stort antal gånger. Det får ofta stora konsekvenser att bli utsatt för övergrepp som kan ha upprepats flera gånger i veckan under lång tid.

Det finns vissa specifika riskfaktorer som man kan identifiera hos ungdomar och unga vuxna som tvingar någon till sex. En större sexuell upptagenhet och fler sexuella erfarenheter är några av de faktorer som identifierades i en gymnasieundersökning [9]. För att kunna identifiera riskindivider behöver man göra en bedömning av riskfaktorer och behandlingsbehov hos den unge.

I en uppföljning av ungdomar som i tonåren begått sexuella övergrepp beskrev ett antal av de intervjuade unga vuxna männen nuvarande sexuella problem, från hypersexualitet och risktagande till stark sexuell olust [10]. Vidare beskrev vissa behov av att samtala med någon professionell om sin sexualitet, liksom att tala om utsatthet för sexuella kränkningar.

Sexuella övergrepp av grupper

En grupp av förövare som utsätter ett offer för sexuellt våld, begår en ”gruppvåldtäkt”, får ofta särskild uppmärksamhet i medierna. Det kan vara en i gruppen som tänder på att tvinga någon till sex eller utnyttja en situation när ett presumtivt offer inte har förmåga att värja sig. Att andra ungdomar följer med och deltar i övergreppet kan förstås utifrån dynamiken som finns i gruppen. Ofta har de som deltar i en gruppvåldtäkt olika roller och upplevelser av händelsen, från en stark sexuell laddning till ett kraftigt obehag. Det förekommer att ungdomar känt en stark motvilja men inte kunnat dra sig ur gruppen och händelsen. Gruppvåldtäkter är svårhanterade för professionella eftersom det ofta förekommer starka förnekanden och att man skjuter skulden på varandra inom gruppen. Det kan ytterst leda till att ungdomarna inte får behövliga behandlingsinsatser därför att de förnekat delaktighet. En tidigare kartläggning som genomförts av Socialstyrelsen visade att socialtjänstens insatser är mer begränsade eller helt uteblir när mer än en förövare begår övergrepp [11]. När det gäller gruppvåldtäkt är två tredjedelar av offren under 25 år och en större andel, 40 procent, känner inte förövarna [12].

Förövare och offer känner oftast varandra

De flesta sexuella övergrepp begås, med undantag för gruppvåldtäkt, mot någon man känner. Den som tvingar en jämnårig känner oftast den som blir utsatt, till exempel genom skolan eller att man ses på fritiden. Både svenska och utländska studier visar att en del sexuella övergrepp sker i samband med att offer och förövare varit påverkade av alkohol. Ibland har inget våld krävts när offret varit kraftigt påverkad av alkohol. Det förhållandet påverkar ofta offer att känna egen skuld i att övergreppet skedde. Vidare försvårar det anmälan av händelsen [13].

Att ställa frågor om sexuellt våld och tvång

Ungdomars attityder till sex och sexuella övergrepp överensstämmer inte alltid med vuxnas synsätt. Sex som varit tilltjat, tilltvingat eller skett under berusning kan beskrivas som ”dåligt” sex och leda till att man skuldbelägger sig själv. Många söker inte hjälp i det akuta skedet och anmäler aldrig, men minnet av övergreppet kan ligga kvar och påverka det dagliga livet i årtal. Det är ett faktum som måste beaktas i de rutiner man använder vid UMLV. I den handbok som Nationellt centrum för kvinnofrid utarbetat rekommenderas att alla patienter bör tillfrågas om sexuella övergrepp och våld [4]. Det gäller naturligtvis även ungdomar och unga vuxna. I handboken finns förslag på hur frågor kan ställas.

Hur upptäcker man dem som utsatts och dem som utsätter?

Man kan anta att det generellt bland ungdomar och unga vuxna finns ett antal såväl offer som förövare som skulle behöva samtal kring sin sexualitet, önskad sexuella erfarenheter och destruktiva sexuella beteenden. Som personal måste man kunna tyda signaler och se riskbeteende och sedan agera, då denna typ av erfarenhet sätter djupa spår och kan påverka de berörda under resten av livet. I Nationella handlingsprogrammet för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp föreslås att samtliga patienter och klienter ska tillfrågas om de varit utsatta för övergrepp och våld, då många såväl fysiska som psykiska besvär kan härröra från det. Om ingen ställer frågan så väljer många att aldrig berätta [4]. Detsamma gäller troligen även dem som utsatt andra. Om professionella väljer att samtala om sexuella övergrepp i grupp ska personliga erfarenheter inte tas upp och personalen

måste förstå att det kan väcka starka känslor. Vid sådana tillfällen måste det även finnas tid och beredskap till individuella samtal för dem som behöver.

Det finns ingen enkel metod för att få ungdomar och unga vuxna att prata om negativa eller avvikande sexuella erfarenheter. Ett empatiskt och engagerat förhållningssätt hos professionella är en bra förutsättning. Liksom att man visar trygghet inför frågor kring sex och beredskap att ta emot information, också om det som kan upplevas som ovanligt.

En metod som har underlättat samtal med ungdomar och unga vuxna sexuallförovarare är att utgå från mer allmänna frågor om sex och skapa en trygg bas för att successivt föra in samtalet på mer laddade områden. Metoden kan med fördel användas i samtal kring sexualitet oavsett om det handlar om övergrepp eller inte. Att gå från det generella till det specifika, från det normala till det mer avvikande sexuella beteendet kan vara en användbar modell för att fördjupa samtalet med ungdomar och unga vuxna om problematiska sexuella erfarenheter och beteenden [14].

Den behandling som har visat sig framgångsrik för unga som begått sexuella övergrepp innehåller bland annat områden som ansvarstagande, empati med offer, plan för att förebygga nya risksituationer och stöd i sexuell utveckling. De som utsatts för sexuellt våld behöver professionellt och metodiskt stöd och hjälp att bearbeta det sexuella traumat och dess konsekvenser.

Internet

Ett område som är mycket aktuellt och som inte får glömmas bort när det gäller sexuellt våld och tvång är hur ungdomar och unga vuxna använder Internet. Nästan alla i åldersgrupperna använder Internet och de flesta gör det varje dag [15]. Sex är det mest använda sökordet av alla på nätet. Mycket kommunikation sker på nätet och det kommer många larmrapporter och varningar i medier om nätmobbning och sexuella övergrepp. Ungdomar som själva varit utsatta har i intervjuer berättat om sina erfarenheter [16]. För att få kunskap räcker det inte med att anta eller gissa, personalen måste ställa frågor till ungdomarna själva [17, 18].

Öppna undersökande frågor kan vara en bra strategi: ”Vad gör du på nätet? Hur använder du Internet? Vad har du lärt dig på Internet? Vad är roligt med Internet?” Frågan ”Gör du något på Internet som har anknytning till kärlek och sexualitet?” ställdes i en undersökning som kartlade hur människor mellan 18 och 65 år använde nätet inom dessa områden [19].

Hedersrelaterat våld och könsstympning

De som arbetar med unga och unga vuxna möter också dem som utsätts eller varit utsatta för fysiskt och psykiskt våld i nära relationer liksom det våld och den kontroll som vi kallar hedersrelaterad. I möten är det ibland lätt att tolka situationen utifrån ett stereotypt tänkande. Kunskap, metodutveckling och reflektion kan förebygga och ge ökad handlingsberedskap [20, 21, 22].

Kvinnlig könsstympning är i lag (1982:316) förbjudet i Sverige. Den svenska lagstiftningen syftar till att förhindra att kvinnlig könsstympning utförs på personer boende i Sverige. I FN:s barnkonvention, artikel 24 punkt 3, slås fast att konventionsstaterna åläggs att ”vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder för att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa”. Socialstyrelsen har på sin webbplats information för personer som kommer i kontakt med dem som har könsstympning som en del av sin kultur [23]. Liksom vid hedersrelaterat våld och förtryck kan kunskap och reflektion öka handlingsberedskapen [24, 25, 26]. I litteraturhänvisningarna nedan finns bra metodmaterial som kan vägleda den som arbetar med hedersrelaterat våld.

Referenser

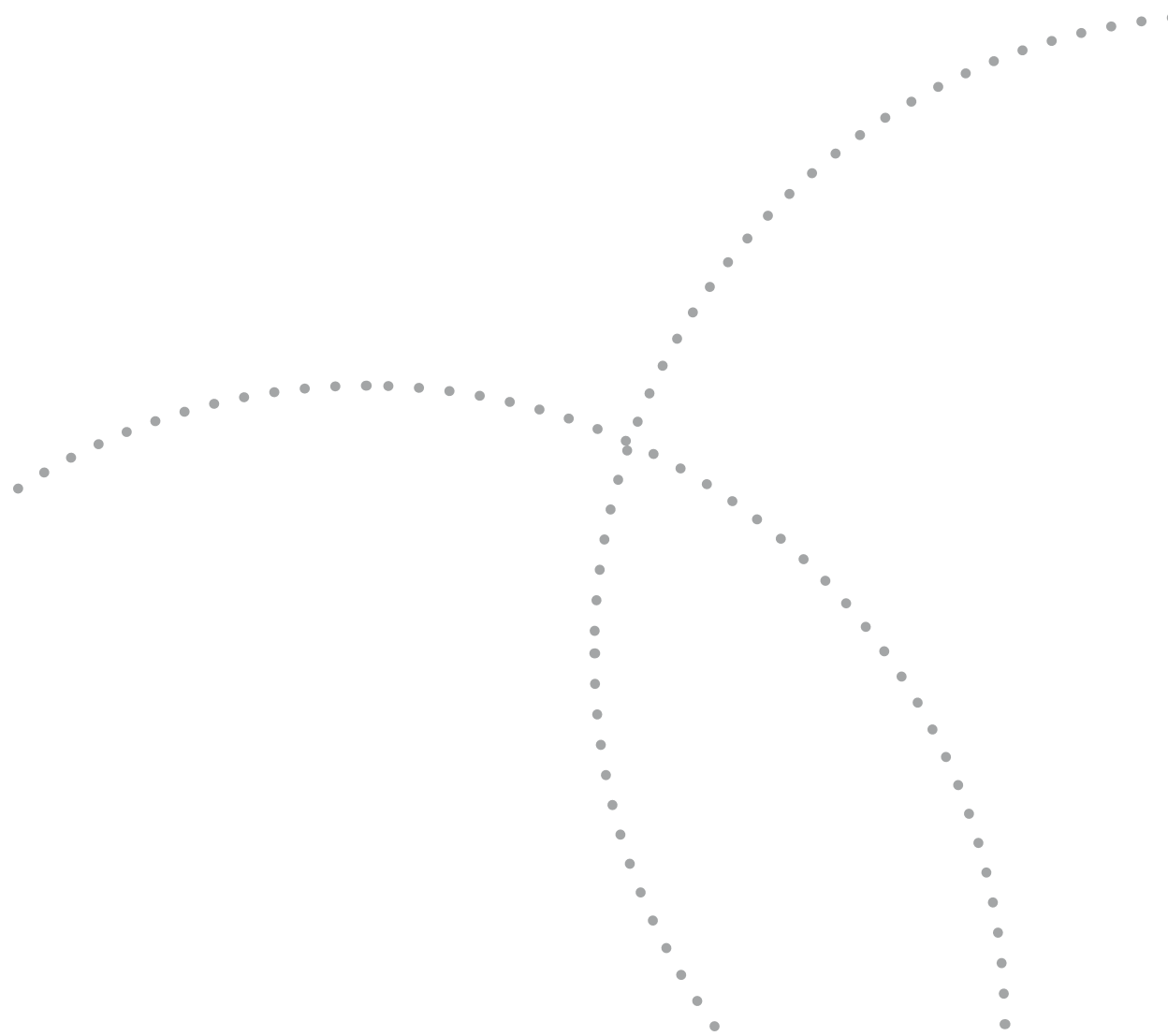
1. Prevention of violence: A public health priority. WHA49.25. World Health Assembly, Geneva 1996.
2. Priebe, G. Adolescents' experiences of sexual abuse. Prevalence, abuse characteristics, disclosure, health and ethical aspects. Doktorsavhandling, Lunds universitet 2009.
3. Priebe G, Svedin C G. Prevalence, characteristics, and associations of sexual abuse with sociodemographics and consensual sex in a population-based sample of Swedish adolescents. *J Child Sex Abus.* 2009 Jan–Feb;18(1):19–39.
4. Handbok; Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet. ISSN 1654-7195, www.nck.uu.se.
5. Töyrä A, Wigerholt J, Eriksson K. Nationella trygghetsundersökningen 2007. Om utsatthet trygghet och förtroende. Brå rapport 2008:3. Brottsförebyggande rådet, Stockholm 2008.
6. Svedin C G, Priebe G. Ungdomars sexualitet – attityder och erfarenheter. Avsnitt: Sexuell exploatering. Att sälja sex mot ersättning/pengar. Bilaga till statlig utredning SOU 2004:71.
7. Abellsson J, Hulusjö A. I sexualitetens gränstrakter – en studie av ungdomar i Göteborg med omnejd som säljer och byter sexuella tjänster. Göteborgs stad; Social resursförvaltning 2008.
8. Kjellgren C. Adolescent sexual offending. Prevalence, risk factors and outcome. Doktorsavhandling, Lunds universitet 2009.
9. Kjellgren C, Priebe G, Svedin, C G, Långström N. Sexually coercive behavior in young men: Population survey of general and specific risk factors. *Archives of Sexual Behavior*. Accepterad för publicering, 2009.
10. Kjellgren C, Svedin C G. Males who sexually offended during adolescence. A follow up of a clinical sample. Opublicerat manuscript, 2009.
11. Kjellgren C, Wassberg A. Unga förövare och unga offer – En kartläggning av sexuella övergrepp. Socialstyrelsen 2002.
12. Grevholm E, Nilsson L, Carlstedt M. Våldtäkt – En kartläggning av polisanmälda våldtäkter. Brå rapport 2005:7. Brottsförebyggande rådet, Stockholm 2005.
13. Wennstam K. Flickan och skulden. En bok om samhällets syn på våldtäkt. Bonniers förlag, Stockholm 2002.
14. Kjellgren C. Sexuella övergrepp mot barn – Ungdomar som förgriper sig sexuellt. Expertrapport. Socialstyrelsen 2000.
15. Se mig – Unga om sex och Internet. Rapport från Ungdomsstyrelsen: Oktober 2009. ISBN: 978-91-85933-20-4

16. Wagner K. Alexandramannen: en berättelse om vår tids största nätsexhärva. Svenska polisidrottsförlaget 2008.
17. Dunkels E. Vad gör unga på nätet? Gleerups 2009.
18. Men fråga mig bara. En vägledning för dem som arbetar med barn och unga. Ungdomsstyrelsen: Oktober 2009.
19. Månsson S-A, Daneback K, Tikkanen R, Löfgren-Mårtensson L. Kärlek och sex på Internet, Göteborgs universitet och Malmö högskola: Socialt arbete, Göteborg; Hälsa och samhälle, Malmö 2003. 2003:1.
20. Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld. Ett kompetens- och metodutvecklingsprojekt i Stockholms län. Rapport 2006:28. Länsstyrelsen i Stockholms län. Finns som pdf på www.ab.lst.se.
21. Hedersrelaterat våld och förtryck. Ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården. Länsstyrelsen Skåne län 2007. Kan beställas: www.e.lst.se. Länsstyrelsen Östergötland, Integrations- och jämställdhetsenheten.
22. Wikan U, Mitchell C. En fråga om heder. ISBN9170371288. Ordfront, 2004.
23. <http://www.socialstyrelsen.se>
24. Kvinnlig könsstymning – Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Kunskapsöversikt, artikelnr 2005-110-4. Socialstyrelsen 2005, kan hämtas på www.socialstyrelsen.se.
25. Möten med könsstympade kvinnor i vården. Fokusrapport 2007. Stockholms läns landsting 2007, publicerad på www.hsn.sll.se/mpa.
26. Gift mot sin vilja. Ungdomsstyrelsen. ISBN: 878-91-85933-16-7

Webbadress

- www.bra.se, Brå, Brottsförebyggande rådet
- www.ungdomsstyrelsen.se

DEL V. KLINISKT FRÄMJANDE
OCH FÖREBYGGANDE
ARBETE



Möten i kliniska situationer lämnar ofta avtryck i form av positiva eller negativa minnen. Det förhållningssätt och den metodik som används vid undersökningar kan vara avgörande för hur den unge uppfattar information och vill delta i samtal. Här spelar den kliniska undersökningen och samspelet mellan den unge och den som undersöker en stor roll. Ungdomar och unga vuxna väljer helt individuellt hur de vill leva ut sin sexualitet och det kliniska arbetet skapar en plattform för det förebyggande arbetet, där man når enskilda individer. Ett arbete som kan innebära att unga människor gör val som minskar risken för STI och oönskade graviditeter.

I de kommande texterna ges förslag på förhållningssätt och metodik. De är tänkta att väcka reflektion och diskussion och ställas i relation till de metoder och rutiner som i dag används i verksamheten. Texterna är både kompletterande och delvis överlappande för att kunna läsas såväl separat som i ett sammanhang.

STI-prevention och venereologi

Venereologin är läran om könssjukdomar, eller bättre uttryckt, läran om de sexuellt överförda infektionerna (STI). I Sverige liksom i större delen av världen är venereologin kopplad till dermatologin, läran om hudsjukdomar. Detta har sin historiska förklaring genom kopplingen till syfilis, som i sina första stadier huvudsakligen ger hudsymtom. Venereologens roll är att undersöka, diagnostisera och behandla STI och verka förebyggande och därmed främja den sexuella och reproduktiva hälsan.

På de flesta håll i landet undersöks män och kvinnor med symptom som tyder på könssjukdom av specialister i allmänmedicin. På de mottagningar där det finns gynekolog undersöker dessa kvinnor med symptom. Venereologer och specialister i barn- och ungdomsmedicin har erfarenhet av att bedöma sjukt och friskt hos både unga män och kvinnor men är särskilt lämpade att ta hand om unga män som har funderingar kring utseende, funktion och eventuella avvikelser.

I bilaga 4 finns förslag på förhållningssätt som i mötet kan ge möjligheter att såväl bedriva god sjukvård som att stärka det psykosexuella välbefinnandet, för att på sikt minska bördan av det sexuella livets negativa sidor.

Samtalet är ett viktigt instrument och avgörande för god vård och ett fruktbart preventivt arbete. Det bör vara strukturerat och innehålla såväl en traditionell anamnes (sjukdomshistoria) som ingående frågor av privat karaktär. Rätt utfört ger samtalet möjlighet att bedöma den aktuella situationen och behovet av åtgärder. Det ger också tillfälle till insikt om livsstil och därmed

vilka förändringar som är möjliga så att den unge kan undvika att hamna i samma situation igen. De resultat som Tikkanen respektive Christianson, Lalos och Johansson beskriver om samtalet vid testtillfället visar på betydelsen av just detta (se sid 147). Med tekniken motiverande samtal (MI) kan man komma än längre.

Olika begrundanden i det förebyggande arbetet

Tänk på att varje möte utgör ett unikt tillfälle att verka förebyggande. Genom att skapa en god kontakt har man större möjligheter att få genomslag i förmedling av kunskap och i samtalet. Det goda samtalet medför också för vårdgivaren att kunna individualisera sitt budskap utifrån den grupp de man möter tillhör. Det måste finnas utrymme och man måste vara mentalt förberedd att ”möta det man möter” och kunna avsätta längre tid för till exempel

- dem med många partner och täta partnerbyten,
- dem med parallella sexuella relationer,
- hbt-personer,
- dem som säljer eller köper sex,
- dem som ofta har sex utomlands,
- kondomanvändare där förbättringsutrymme finns,
- diskussion kring alkohol, droger respektive anabola steroider,
- dem som har utsatts för våld,
- dem som har funktionsnedsättningar.

Vid samtal om smittvägar och risker bör informationen vara saklig och man ska vare sig överdriva eller bagatellisera. Egentligen kan man se STI som umgängessjukdomar – ju intimare kontakten är desto lättare smittar de. Också icke-penetrerande genital- eller analsex smittar fast i mycket lägre omfattning. Smittvägarna är olika för de olika infektionerna och riskerna är inte fullt ut klarlagda ännu, till exempel när det gäller klamydia vet vi inte i hur stor utsträckning bärarskap i svalg smittar. Det bör dock alltid påpekas att oralsex utan kondom inte är skyddat sex. Vanligen uppfattar inte heterosexuella detta som riskabelt. Även djupa kyssar kan i extrema fall överföra en STI. *Nationella strategin* (prop. 2005/06:60) bedömer att ungdomar och unga vuxna i större utsträckning än vad som nu är fallet bör erbjudas hivtestning och rådgivning i samband med sina kontakter med hälso- och sjukvården. För mer information om enskilda infektioner hänvisas till referenslitteratur.

Meddelarplikten

Vid sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen (2004:168) har den unge en skyldighet att informera om sin infektion vid sexuella kontakter. Detta måste alltid uppmärksammas och för vårdgivaren är det en utmaning att ge sådant stöd att detta kommer till stånd. Kondylom och herpes omfattas inte av smittskyddslagen, men ungdomar och unga vuxna behöver saklig information och hjälp med hur de ska förhålla sig till en sådan diagnos eftersom herpes är en livslång infektion och frihet från kondylomvirus inte kan testas. Erfarenheten talar för stor öppenhet vid nya kontakter vilket de unga bör uppmuntras till. Påpeka utan att för den skull bagatellisera den unges bekymmer att så många som cirka 30 procent av sexuellt aktiva ungdomar och unga vuxna som har flera sexpartner blir infekterade med herpes- och kondylomvirus. Informera om att man, trots avsaknad av symtom, kan vara smittsam. Att hur infektionen yttrar sig är individuellt och att de kan ge smärtsamma respektive lindriga, såväl återkommande som tillfälliga övergående besvär.

Regelbundna kontroller

Ända sedan klamydia togs med i smittskyddslagen har man uppmanat till test i samband med partnerbyte. Det är ovisst i vilken omfattning detta efterlevs. Men mycket talar för att man bör lägga ned extra kraft i det förebyggande arbetet med alla som har en klamydiainfektion.

Risken med regelbundna kontroller kan vara minskat ansvarstagande då det är lätt att testa och bli behandlad i alla fall för klamydia. Därför bör man även satsa på att hjälpa ungdomar och unga vuxna att minska sitt riskbeteende. Man bör också understryka att den som låter testa sig visar prov på ansvarsfullhet. Lägg extra resurser på dem som kommer ofta utan att vara fördömande. De som utsätter sig för den största risken – att bli hivsmittad – kan lämpligen screenas genom regelbundna återkallelser i kombination med extra stöd.

Källor och rekommenderad litteratur

- Christianson M, Lalos A, Johansson E E. Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):38–43.
- Holmes K K et al. Sexually transmitted diseases. Mc Graw-Hill, 4:e upplagan 2007 (Detta är den venereologiska “bibeln” och är författad av världens främsta experter på området).
- Moi H, Maltau J M. Seksuellt överförbara infektioner og genitale hudsykdommer. Gyldendal, Oslo 2008 (Vi saknar i Sverige motsvarande aktuell litteratur. Denna lärobok på norska återspeglar i allt väsentligt även svensk venereologi).
- Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Artikelnr: 2007-101-2. Socialstyrelsen 2007, www.socialstyrelsen.se.
- STI-kompendium för läkarstuderanden. Sammanställt av svenska venereologer 2006 (ska uppdateras 2009), hittas enklast via Google och även på www.medsci.uu.se.
- Tikkanen R (2007) Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män. En sammanfattning och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter. Socialstyrelsen 2007, www.socialstyrelsen.se.
- Tikkanen R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. FOU Rapport 2008:1. Malmö högskola, Hälsa och samhälle 2008.

UNDERSÖKNINGEN

Det bör naturligtvis alltid finnas en indikation för att göra en gynekologisk undersökning eller undersöka mannens genitalier. Undersökningen ska i princip alltid uppfattas som ett erbjudande och vara frivillig. Dålig kunskap om det egna utseendet i underlivet kan vara en sådan indikation. Att förstå att penis och pung respektive blygdläppar och livmodertapp till utseendet är lika individuella men normala som ett ansikte kan vara positivt. Likaså kan möjligheten att få tillgång till ord för könet som känns bekväma att använda ha betydelse för förmågan att skydda sin sexuella hälsa. Undersökningen är en naturlig plattform för att förmedla sådan kunskap.

En klinisk undersökning kan bidra till att normalisera men kan aldrig utesluta sjukdom. Det kan finnas vilande herpes och osynliga kondylom som man inte ser med blotta ögat.

Ungdomar och unga vuxna kvinnor

En gynekologisk undersökning är nödvändig vid medicinsk utredning och omhändertagande. Men en gynekologisk undersökning är också en möjlighet för unga kvinnor att få en ökad kunskap och kännedom om sin kropp och sitt kön vilket är en del av det förebyggande arbetet. Undersökningen är en av de bästa och mest självklara situationer där man får sätta ord på de egna könsorganen och olika sexuella funktioner. Därmed får undersökningen – speciellt för kvinnor – en viktig funktion för det förebyggande arbetet. Den bör vara en naturlig del av omhändertagandet av unga kvinnor som besöker barnmorska vid ungdomsmottagningen och liknande verksamhet (UMLV).

En gynekologisk undersökning ska uppfattas som ett erbjudande och då har det betydelse vilka ord och formuleringar som används när det presenteras. Som personal måste man tänka igenom eventuella signaler, som man kanske inte alltid själv är medveten om, till den som ska undersökas. Att en ung kvinna exempelvis får höra att hon slipper eller inte behöver bli undersökt kan uppfattas som att det är något obehagligt man blir utsatt för. Det finns unga kvinnor som gått på en ungdomsmottagning i många år, ätit p-piller, testat sig för klamydia med urinprov men aldrig blivit erbjudna en gynekologisk undersökning. Men en undersökning utförs naturligtvis endast om den unga kvinnan själv vill och hennes önskemål ska alltid respekteras.

På UMLV finns det lång erfarenhet och kunskap om vilken betydelse en positiv upplevelse av den första gynekologiska undersökningen kan ha för resten av livet. Här finns också tid för ett bra bemötande, erfarenhet och förståelse för den känsla man som ung kvinna kan ha inför sitt livs första gynekologiska undersökning.

Som personal är det nödvändigt att bli medveten om sin egen inställning, hur man bemöter den unga kvinnan och presenterar värdet av en gynekologisk undersökning. Vidare är det viktigt att tänka på hur man benämner kön och könsdelar och välja ord och uttryck som man känner sig bekväm med. Man bör till exempel undvika att prata om den unga kvinnas kön eller underliv som ”där nere” eller med andra omskrivningar som riskerar att bidra till en distansering och mystifiering av könet och göra det till en onämbar del av kroppen. Personalens engagemang och bemötande är av avgörande betydelse för om den undersökta kvinnan upplever tillit och känner förtroende för personalen i samband med den gynekologiska undersökningen [1]. Det är också viktigt att påminna sig om att det föreligger en ojämn maktfördelning som blir extra tydlig i undersökningssituationen.

Vilka ord och vilket språkbruk som används i verksamheten är en fråga som bör diskuteras i arbetsgruppen och någon form av enighet bör finnas. En dokumentation inom området gör det lättare när man introducerar ny personal.

Den gynekologiska undersökningen ur flera olika perspektiv

Den gynekologiska undersökningen är för många unga kvinnor en viktig del i deras utveckling och många ser den liksom den första menstruationen som en skiljelinje mellan övergången från flicka till kvinna, en så kallad ”rite de passage”.

Att visa sitt kön för en främmande person i ett formaliserat sammanhang kräver ett visst mått av mod för de flesta kvinnor i allmänhet och för unga kvinnor som ska undersökas för första gången i synnerhet. Unga kvinnor kan också känna skam och främlingskap inför sitt kön [2]. Den gynekologiska undersökningen är gränsöverskridande i faktiskt bemärkelse – en situation där personalen kan se och känna den del av könet som den unga kvinnan själv inte kan se eller ta på.

Betydelsen av undersökningen skiljer sig inte för den unga lesbiska kvinnan. Det händer att lesbiska kvinnor blir nekade undersökning med motivation att hon inte har haft penetrerande samlag med en partner av motsatt kön.

Oaktat att många unga homosexuella testar sex med motsatta könet innan de är klara över sin könsidentitet, så kan lesbiska kvinnor också behöva sätta ord på sitt kön. Kvinnan kan också ha haft sex med kvinnor som haft sex med män, haft oskyddat oralsex eller delat dildo med andra, därför kan hon också behöva testas för klamydia, gonorré och kondylom. Lesbiska kvinnor ska även på samma grunder som alla kvinnor alltid erbjudas gynekologisk cellprovskontroll.

Jag-stärkande

En positiv erfarenhet av den första gynekologiska undersökningen har stor inverkan på hur unga kvinnor kommer att uppleva framtida undersökningar [3] och har dessutom en stor potential att påverka sexuallivet positivt genom ökad kroppskänedom och stärkt självkänsla [4]. Undersökningen blir en del av den psykosexuella utvecklingen med att få ihop den inre upplevelsen av att vara ung kvinna med den yttre kroppsliga upplevelsen av könet.

Normaliserande, bekräftande och kunskapshöjande

Många unga kvinnor har inte själva tittat på sitt kön i spegel. Att få veta att man ser normal ut, få sitt yttre kön beskrivet med förklaring och beskrivning av de olika delarna på ett konkret sätt, gärna med hjälp av en spegel, är för många både en stark aha-upplevelse och för somliga också en lättnad. Att få ord och benämningar på könsdelar är en annan viktig aspekt och bör självklart ingå i undersökningen. Att dessutom få känna på sin livmoder, om det är möjligt, ger en uppfattning om både storlek på och placering av livmodern. Det osynliga blir synligt, konkret och upplevt. Den gynekologiska undersökningen är en påtagligt enkel och pedagogisk metod för ökad kroppskänedom.

Social anamnes

Inför den gynekologiska undersökningen på UMLV görs en social anamnes, bestående av frågor kring familje- och skol- eller arbetssituation och en kartläggning med frågor om livsstil, som till exempel hennes relation till alkohol, droger, mat och fysisk aktivitet, för att få en bild av hur den unga kvinnans livssituation ser ut. Genom den sociala anamnesen kan man få en bild av den unga kvinnans risk-, frisk- och skyddsfaktorer.

Medicinsk anamnes

Inför preventivmedelsförskrivning ska en medicinsk anamnes göras utifrån Läkemedelsverkets rekommendationer och lokala pm, men en generell anamnes om tidigare genomgångna sjukdomar, sjukhusvistelser och aktuell medicinering med mera bör alltid göras.

Förslag på sexuell anamnes

- Anledning till att den unga kvinnan sökt sig till mottagningen. Har något speciellt hänt som föranleder besöket?
- Har hon erfarenhet av sex med någon annan? I så fall, vid vilken ålder skedde det första gången och hur upplevde hon det? Har hon funderingar utifrån den erfarenheten som hon vill fråga om?
- Antal sexpartner de senaste 12 månaderna.
- Erfarenhet av olika sexuella praktiker såsom vaginalsamlag, analsamlag, oralsex och onani.
- Har hon ett förhållande nu eller en fast sexuell partner? Aktivt sexliv? Olika partner? Vilka kön har dessa partner?
- Hur nöjd är hon med sitt sexliv?
- Har hon erfarenhet av sex utomlands?
- Hur fungerar det med kondom användning och preventivmedel? På vilket sätt skyddar hon sig från att bli smittad av en STI? Har hon testat sig förut? Hur hon undviker oönskad graviditet vid heterosexuella kontakter?
- Mens, när kom den första gången? Är den smärtsam, hur ofta kommer den och är den regelbunden? Besvär i form av flytningar, värk? Andra frågor eller funderingar?
- Har den unga kvinnan tidigare erfarenhet av gynekologisk undersökning? Om ja – hur var den? Har den erfarenheten givit upphov till funderingar som hon vill fråga om?
- Är det något speciellt hon funderar på inför den gynekologiska undersökningen? Många unga kvinnor är nervösa – viktigt att bekräfta att det är förståeligt och begripligt.

Gynekologisk undersökning

Nedanstående punkter går alla ut på att ge den unga kvinnan större kontroll över undersökningssituationen genom ökad kunskap och insikt i vad som ska ske, något som ger henne trygghet och en ökad chans att uppleva undersökningen som något positivt. Som undersökare kan man också genom sitt sätt att handla visa att hon har rätten att bestämma över sin egen kropp. Om möjligt bör inte gynstolen stå framför den unga kvinnan i samtalsituationen utan helst bakom en skärm eller i ett annat rum.

Undersökningssituationen

- Beskriv det kvinnliga könet, inre och yttre könsdelar.
- Visa de inre könsorganen på en modell – helst naturlig storlek.
- Provsittning av gynstolen kan erbjudas den som önskar, men kanske vid ett annat tillfälle än i själva undersökningssituationen.
- Visa instrumenten – spekulum och depressor – och förklara hur och varför de används.
- Många frågor om undersökningen gör ont. Beskriv känslan – att det möjligen kan spänna lite runt slidöppningen vid införandet av instrumenten och att känslan därefter närmast kan beskrivas som ett tryck upp mot urinblåsa och ner mot ändtarmen när slidväggarna hålls isär för att personalen ska kunna se slidväggar och livmodertapp.
- Använd ett enkelt språk, könsdelarna ska benämnas på svenska.
- Beskriv alla moment i undersökningen så att de blir begripliga, kvinnan ska bli informerad om varje steg i undersökningen först innan man börjar och sedan medan den pågår, om hon önskar det.
- Det är viktigt att klimatet runt undersökningen är positivt och lugnt.

Förslag på hur man stegvis kan genomföra undersökningen

- Avklädning ska helst kunna ske bakom en skärm eller annan typ av avskildhet. Om detta inte går att ordna ska personalen vända sig bort från kvinnan för att skapa en känsla av avskildhet. Möjligheten att ha en handduk runt kroppen när man går fram till stolen kan finnas.
- Stå bredvid kvinnan, inte framför, när hon ligger upp i stolen och se till att hon ligger bekvämt, helst i halvsittande ställning.
- Kvinnan ska känna att hon har kontroll, veta vad som ska ske och varför och att hon har möjlighet att när som helst avbryta undersökningen om det

känns jobbigt. För att stärka och få henne att slappna av, berätta att det är hon själv som bestämmer över sin kropp.

- Ha ögonkontakt och en lugn kontinuerlig dialog.
- Innan undersökningen påbörjas – berör insidan av låret lätt och förbered kvinnan på att undersökningen ska börja, fråga också om det går bra att påbörja undersökningen.
- Om kvinnan är spänd, berätta och visa hur hon bästa ska slappna av: ”Om du ligger tungt ner på skinkorna och slappnar av i låren så slappnar musklerna i ditt underliv av”.
- Inspektera och namnge de yttre könsdelarna. Erbjud kvinnan att se i spegel: klitoris, klitorishuvan, urinrörsmynning, små och stora blygdläppar, visa vecket/kransen runt slidöppningen, hur den ser ut och var den sitter.
- Påbörja den inre undersökningen och ha hela tiden ögonkontakt med kvinnan och fråga om det går bra, beskriv vad man ser och vad man gör.
- För försiktigt in spekulum och depressor och håll isär slidväggarna för att se livmoderhalsen.
- Gör eventuell provtagning – berätta hela tiden vad som händer.
- Ta försiktigt ut instrumenten.
- Palpera livmoder och äggstockar, det räcker med ett finger i slidan för känna livmodern om ingenting känns onormalt.
- Erbjud kvinnan att själv känna på sin livmoder, om det är möjligt. Man kan beskriva hur den ligger i lilla bäckenet i förhållande till urinblåsa och tarmar, och, om det passar i situationen, hur den förändras vid graviditet. Man kan också förklara varför man kan ha mensvärk.
- Berätta att den del av livmodern som man kan se och känna nerifrån slidan heter livmoderhals, att den känns som en ”näsa” längst upp i slidan. Uppmuntra kvinnan, om det passar, att själv känna på den när hon till exempel sitter på toaletten.
- Ge feedback i form av uppmuntran efteråt, bekräfta att hon gjort sitt livs första gynekologiska undersökning, att hon nu vet hur det går till och att hon vet hur just hon ser ut och hur hennes kropp fungerar.
- Fråga efteråt hur den unga kvinnan upplevde undersökningen – ”var det som du hade föreställt dig?”

Snippa och slidkrans

Under tidigt 1990-tal började bristen på ett neutralt ord för kvinnans kön att diskuteras i medierna. Tävlingar utlystes, ord samlades in, folk röstade och vinnare korades. Redan 1992 utlyste RFSU en tävling och beslutade sig i ett första skede för ordet snäppa. När Apoteket utlyste en tävling 2005 vann ordet smula.

Ordet snippa nämndes första gången i Aftonbladet i december 1998, och runt millennieskiftet tog sig ordet på allvar in i debatten, då det vann läsaromröstningar i både Aftonbladet och tidningen Förskolan. Det finns belägg för att snippa användes om (delar av) kvinnligt könsorgan så tidigt som på 1930-talet. RFSU:s fortsatta lansering av snippa, fick stort genomslag, framförallt i förskolan. Svenska språknämnden satte upp det på 2002 års nyordslista och 2006 kom det i den nya upplagan av Svenska Akademiens ordlista, SAOL [5, 6].

I dag 2009 diskuteras ordet och benämningen mödomshinna, hymen. Benämningen hinna är missvisande eftersom det är mycket ovanligt, även om det finns beskrivet, att hymen täcker hela slidmyningen. Oavsett om hymen är helt eller delvis täckande så är ett språkbruk som indikerar att det finns en anatomisk markör för ”mödom”, ett språkbruk som bör försvinna. Som ett led i det arbetet vore det lämpligt att den personal som i arbetet undersöker eller samtalar med unga kvinnor inte använder ordet mödomshinna.

Under senare tid har benämningen slemhinneveck använts och nu (2009) lanserar RFSU begreppet slidkrans [7]. Den beskrivs sitta nertill i slidans mynning en liten bit innanför slidöppningen. Utseende varierar, allt från en liten kant på ena sidan av slidmyningen till en ring, en krans, runt om som endast lämnar en liten öppning för mensblodet att rinna ut genom. En hårsnodd i tyg har använts som illustration till slemhinneveck/slidkransen [8 sid. 14].

Blödning vid första vaginala samlaget eller när något förs in i slidan varierar från kvinna till kvinna. Det påverkas bland annat av kransens storlek och kvinnans ålder vid första penetration. Ju yngre flickan är, desto stramare är kransen och desto skörare är slemhinnan. Eventuella infektioner kan också göra slemhinnan skörare. Om första samlaget sker utan att den unga kvinnan känner lust, eller om hon känner rädsla eller oro, så kan den naturliga lubrikationen minska eller utebli vilket ökar sannolikheten för blödning. Storlek eller omkrets på penis, fingrar eller dildo vid penetration påverkar också. Om tamponganvändning påverkar är mer osäkert. Olika studier visar på olika frekvens av blödning vid första penetrationen eller samlaget [9].

Vilka begrepp som ska användas kan diskuteras vid respektive mottagning men även på nationell nivå.

Referenser

1. Wendt E et al. Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Dec;83(12):1208–2.
2. Ungdomsmottagningarnas arbete mot hedersrelaterat våld. Ett kompetens- och metodutvecklingsprojekt i Stockholms län. Rapport 2006:28. Länsstyrelsen i Stockholms län, www.ab.lst.se.
3. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Apr;77(4):422–8.
4. Wijma B, Siwe K. Examiner's unique possibilities to catalyze women's empowerment during a pelvic examination. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Dec;83(12):1102–3.
5. Milles K. Snippan på spåren. *Språktidningen* 5/08.
6. RFSU:s webbplats 2006-02-01.
7. Slidkransen. Frågor och svar om myter kring mödom och oskuld. RFSU, ISBN 978-91-85188-41-3, www.rfsu.se.
8. Rembeck G. The winding road to womanhood. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet 2008.
9. Hedersrelaterat våld och förtryck – ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården. Länsstyrelsen i Skåne län 2007.

Rekommenderad litteratur

- En hemlighet – en bok om kvinnans kön. Lafa, Stockholms läns landsting 2001.
- Nevin T. Fittfakta – en skrift om kvinnans kön. RFSU 2002.
- Dahlén S. Sex med mera. Tidens förlag 2002.

UNGDOMAR OCH UNGA VUXNA MÄN

Det är viktigt att kunna erbjuda undersökning till alla ungdomar och unga vuxna som uppsöker en UMLV. När en ung man söker sig till en mottagning för att STI-testa sig borde personalen alltid erbjuda en undersökning. Utöver en ökad möjlighet att upptäcka en STI, ger en genital undersökning även information om eventuella andra problem, till exempel trång förhud, kort sträng, missbildningar, hudsjukdomar eller patologiska förändringar i testiklarna. Erbjudandet kan betyda mycket för dem som har problem med sin penis men inte vågar prata om eller söka för det. Undersökningen fungerar även som en självstärkande bekräftelse att allt är normalt och har därmed en betydelse för den unge mannens upplevelse av välbefinnande. Att inte erbjuda en genital undersökning som en del av STI-undersökningen ger falska signaler om att det räcker med ett urinprov eller ett blodprov för att avgöra om man är helt fri från STI.

En undersökning av mannens könsorgan kan öppna upp för mer personliga samtal. Att berätta att man har problem med sin penis och därigenom indirekt berätta att man har problem med sexlivet kan vara svårt. Ansvar för att fråga om sexlivet och utreda eventuella problem som framkommer i undersökningen eller i samtalet ligger hos den som undersöker. Att våga ställa frågor som är privata och relevanta för undersökningen tillhör det professionella uppdraget och bör inte lämnas åt den unge. Det är därför viktigt att personal vid ungdomsmottagningar, elevhälsa och liknande verksamheter får utbildning, både i hur man undersöker unga män och hur man samtalar med dem om olika sexuella problem. Baskunskaper inom andrologi, läran om mannens könskörtlar och deras sjukdomar, är avgörande för att personalen inte ska vara begränsad till att arbeta med sig själva som referens. För att kunna bekräfta att allt är normalt krävs klinisk träning under handledning. Att till exempel vara omskuren är normalt bland män i vissa kulturer men kräver kunskap hos personalen om den unge har funderingar runt det.

Bemötandet

Att som ung man söka sig till en ungdomsmottagning för en STI-undersökning och för första gången visa sitt kön i en avsexualiserande miljö kan vara nervöst. Det kan finnas rädslor av olika slag, till exempel att det gör ont att testa sig eller att man ska få stånd i samband med undersökningen. Om den unge mannen känner sig otrygg kan det medföra att han inte vågar ange den egentliga orsaken till besöket eller att han undviker att berätta detaljer som kan ha betydelse för undersökningen och för att få en komplett bild av eventuella besvär. Bemötandet måste inge förtroende och bjuda in till ett möte där den unge mannen kan känna sig trygg att prata öppet och där han har utrymme att ställa frågor. För att skapa en god atmosfär kan man se till att undersökningsrummet är en miljö där den unge kan känna sig fri att prata om det han vill. En mindre regnbågsflagga på bordet kan till exempel ge signaler om en öppen miljö för hbt-personer. Kondomer, informationsfoldrar om könssjukdomar och böcker om sex och samlevnad som ligger synliga visar att man som besökare kan ta upp frågor i dessa ämnen och förhoppningsvis få svar. Grunden för att skapa förtroende är tydlighet i kommunikationen. Personalen måste prata så att patienten förstår och inte i onödan använda svåra facktermer. De måste våga ställa känsliga frågor, lyssna uppmärksamt och även se till att det finns utrymme för följdfrågor.

När en ung man kommer till en UMLV för ett STI-test bör man ha i bakhuvudet att det kan vara första gången han undersöker sig. Man bör därför redan inledningsvis fråga om tidigare erfarenhet av att testa sig. I de fall han inte har erfarenhet av att testa sig bör man före undersökningen förklara hur den går till. En komplett undersökning innehåller följande tre punkter:

1. Samtal. Man inleder med att prata om anledningen till varför den unge mannen vill testa sig. I samtalet frågar man om sjukdomshistoria och om sexuella erfarenheter.
2. Undersökning. Man undersöker penis, pung och ibland svalg och anus.
3. Provtagning. Utifrån samtalet och undersökningen tar man de prover som är relevanta.

Att ta anamnes

Ett STI-test som inkluderar anamnes, undersökning och provtagning tar cirka 20–30 minuter att genomföra. De olika momenten sker inte separat utan flyter in i varandra. Man kan även samtala och ställa frågor under hela mötes-tiden, alltså även då undersökning och provtagning genomförs. På så sätt

undviker man att samtalet blir stelt och intervjuliknande. Anamnesen ska innehålla såväl öppna som slutna frågor. Öppna frågor ställs lämpligen i början av samtalet för att få fram besöksorsaken. Det är också bra att använda öppna frågor om sådant som personalen vill att den unge mannen ska reflektera över, till exempel hur han resonerar kring STI-prevention. Om man vill få i gång ett samtal kring kondom användning kan ett exempel på öppen fråga vara: ”Hur fungerar det för dig att använda kondom?” eller ”Har du några strategier för skyddat sex?” Undvik att ställa frågor med ”varför” som frågeord eftersom det kan upplevas som ifrågasättande och därmed motverka ett öppet samtalsklimat. Samtalets kvalitet är beroende av att personalen inte tar något för givet i samband med att man tar en anamnes, till exempel att anta att alla homosexuella män har analsex. Anta aldrig något innan du fått svar på frågan. Obekräftade antaganden kan göra att du missar relevanta detaljer i mötet med patienten. Tänk på att använda det mer neutrala ordet partner när du frågar om sexualkontakter. Förklara även att du som personal har tystnadsplikt och vad det innebär. I samband med att man tar anamnesen kan man förmedla kunskap om varför man ställer frågan.

Anamnesen kan delas upp i tre delar: sexualanamnes, medicinsk anamnes och social anamnes. I vilken ordning man tar upp ämnena, om man inkluderar alla delar, avgör personalen. En god idé är att börja med att utreda huvudorsaken till att den unge mannen kom till mottagningen. Har han STI-symtom kan man följa upp inledningen med att be patienten beskriva symtomen. Denna inledning är neutral och låter honom definiera sitt problem och prata om det som oroar honom. Därefter blir det enklare för honom att prata om mer känsliga ämnen såsom sitt sexliv.

Sexualanamnes

Att ta en sexualanamnes på ett korrekt sätt är nödvändigt för att ta rätt STI-prover. Var tydlig och visa respekt när du ställer frågor om den unges sexliv. Förklara syftet med frågeställningarna så den unge slipper fundera på varför de ställs. Vidare ska man förstås alltid behålla ett icke-fördömande förhållningssätt gentemot patienten. Enkäter som patienten får fylla i, i väntrummet, kan med fördel användas. I formuläret kan många frågor som ingår i sexualanamnesen tas upp. Enkäten kan på så sätt vara en utgångspunkt för samtalet. Erbjudandet att fylla i en enkät ska uppfattas som frivilligt. Besökare som inte vill eller kan fylla i enkäten ska inte behöva känna att det påverkar besöket.

Vad en sexualanamnes kan innehålla

- Anledning till varför den unge mannen sökt sig till mottagningen. Är det något speciellt som har hänt som föranleder besöket?
- Har han erfarenhet av sex med någon annan? I så fall, vid vilken ålder skedde det första gången och hur upplevde han det? Har han funderingar utifrån den erfarenheten som han vill fråga om?
- Antal sexpartner de senaste 12 månaderna.
- Erfarenhet av olika sexuella praktiker såsom vaginalsamlag, analsex, oralsex och onani.
- Har han ett förhållande nu eller en fast sexuell partner? Aktivt sexliv? Olika partner? Vilka kön har dessa partner?
- Hur nöjd är han med sitt sexliv?
- Har han erfarenhet av sex utomlands?
- Frågor om hur det fungerar med kondomanvändning, på vilket sätt han skyddar sig från att bli smittad av en STI, om han har testat sig förut och vid heterosexuella kontakter hur han undviker ofrivilligt faderskap.
- Har han tidigare erfarenhet av genital undersökning?
- Har han frågor inför undersökningen?

Om patienten har ett tydligt riskbeteende vad gäller STI, det vill säga att han utsätter sig själv och andra för risker utan att reflektera över detta, bör man bekräfta de risker han tar och utifrån ett MI-perspektiv undersöka om han tror att det kan få konsekvenser. En kunskapsförmedling utan moraliska pekpin-nar kan vara en ingång till ett längre reflektionsväckande samtal eller en samtalsfördjupning hos kurator.

Medicinsk anamnes

Utredning av den unge mannens medicinska historia ska inte vara lång, utan bara kartlägga det som behövs för att kunna ställa en STI-diagnos och sedan behandla den.

Vad en medicinsk anamnes kan innehålla

- Vilka symtom har han just nu eller har haft tidigare? Hur länge har symtomen funnits? Kan han koppla besvären till en tidpunkt eller specifik partner?
- Har han tidigare haft STI?

- Har han tidigare haft andra sjukdomar?
- Använder han några läkemedel?
- Har han någon överkänslighet?
- Känner han sig frisk för övrigt?

Social anamnes

Primärt behövs inte en social anamnes i samband med en STI-undersökning. Däremot ska personalen alltid vara lyhörd för signaler som tyder på att den unge mannen önskar en samtalskontakt eller behöver reflektera över sin psykosociala situation. Behovet av att ta en social anamnes i samband med en STI-undersökning är normalt större i yngre åldrar och avtar ju äldre individen blir.

Vad en social anamnes kan innehålla

- Var och med vem bor den unge mannen?
- Arbetar han, går han i skolan, är han arbetslös eller sjukskriven?
- Vad gör han på sin fritid, relationer till kamrater?
- Vad har han för relation till alkohol och andra droger?

Den andro-genitala undersökningen

Det är nödvändigt att den som undersöker får och känner den unges medgivande under hela undersökningstillfället. Förklara i förväg och under hela undersökningen noggrant vad som görs och varför. Om den unge mannen inte vill bli undersökt bör man tydligt förklara att det är okej men att det innebär att man inte kan ta ett komplett STI-test. En kortare utredning av varför han inte vill undersöka sig, utan att skuldbelägga honom, kan göras efter anamnesen för att kunna ge vidare rekommendationer.

När undersökningen sker kan den unge mannen välja att behålla sina skor på och sedan dra ner byxorna till knähöjd för att exponera endast området mellan navel och knäna eller ta av sig skor och byxor. Han gör det han känner sig mest bekväm med när han ska lägga sig på rygg på britsen. Prata gärna under tiden du genomför undersökningen om vad du ser och känner. Involvera den unge mannen i undersökningen genom att fråga honom om saker du ser när du undersöker, till exempel kan man fråga om han tänkt på hudtaggarna vid ollonkanten och sedan förklara vad penila papler är. På detta sätt avdramatiseras undersökningen och den unge mannen kan kanske slappna av.

I samband med en STI-undersökning bör även testiklarna palperas. Testikelcancer är i dag den vanligaste cancerformen hos män mellan 15 och 40 år. Kunskap om testiklar förvärvas genom auskultation och facklitteratur samt genom erfarenhet. Palpera därför alltid testiklarna och lär dig upptäcka variationer. De vanligaste symtomen på testikelcancer är att en testikel förändras och blir större eller känns ojämn. Testikeln kan också kännas tyngre och man kan ha en molande värk i den. Om något avviker, agera utifrån de lokala rutiner som finns, till exempel att hänvisa vidare till specialist eller skriva en remiss för ultraljud på testiklarna.

Nödvändig utrustning för att genomföra en undersökning

- Ett avskilt och väl belyst rum.
- En höj- och sänkbar brits.
- En mobil undersökningslampa med förstoringsglas.
- Ett bord bredvid britsen för provtagningsmaterial och eventuellt proktoskop.

Förslag på hur man stegvis kan genomföra undersökningen

- Be den unge mannen att lägga sig på britsen.
- Ta på undersökningshandskar.
- Uppmana honom att ställa frågor under undersökningen om han undrar över något kring sitt kön.
- Inspektera huden från knäna upp till naveln.
- Tänd undersökningslampan och placera den över det genitala området.
- Inspektera huden i och runt pubisregionen. Känn på ljumskarna efter knölar.
- Palpera pungen och testiklar. Är de svullna, finns det förhårdnader eller känns de knöliga? Är någon av testiklarna förstorad? Variationer i pungen ska utredas vidare. I samband med palpation av mannens testiklar kan du uppmuntra honom att regelbundet göra självundersökning av pungen. Se referenslitteratur.
- Inspektera huden runt penisskaftet.
- Dra tillbaka förhuden, om han har förhuden kvar, inspektera ollonet och huden under förhuden. Observera om förhuden lätt kan dras tillbaka. Om du har problem med att dra tillbaka förhuden bör du påpeka detta och fråga om mannen upplever det som smärtsamt eller om han har problem med förhuden i samband med sex. Observera även om strängen under ollonet är hårt spänd. Bekräftade problem remitteras vidare.

- Inspektera urinrörets mynning, meatus, genom att dra isär kanterna och titta efter eventuella flytningar, sår, vårtor eller missbildningar i och runt meatus.
- Ta nödvändiga genitala STI-prover.
- Har den unge mannen haft mottagande analsex bör patienten lägga sig på sidan för undersökning och provtagning med hjälp av proktoskop och glidslem.
- Ser allt normalt ut vid undersökningen bör detta bekräftas på en gång.

Kort om manlig omskärelse

Manlig omskärelse innebär att man opererar bort hela eller delar av förhuden. Ingreppet utförs både av medicinska, traditionella och kulturella skäl. Ett skäl till medicinsk omskärelse är att förhuden är för trång. Trång förhud innebär svårigheter att dra tillbaks den för att göra rent och det kan leda till att penis blir inflammerad.

Förhuden har till uppgift att skydda ollonet mot nötning och att hålla huden på ollonet smidig för att bevara känsligheten. När man skär bort förhuden försvinner ungefär tio procent av nerverna i penis samt talgkörtlarna på förhudens insida. Ollonet ligger bart och utsätts för nötning. Huden härdas, blir grövre och en del av känsligheten går förlorad. Detta kan få betydelse för sexualiteten. En del känner att sexlivet blir bättre eftersom de kan ha sex längre innan de får orgasm eller utlösning. Andra kan få problem med att känslan försvinner så mycket att de inte längre kan få orgasm eller utlösning.

Det pågår en internationell diskussion bland forskare huruvida manlig omskärelse minskar risken för överföring av hiv.

Källor och rekommenderad litteratur

- Damber J-E, Pecker R. Urologi. Studentlitteratur 2006.
- Fredricsson B, Pousette Å. Andrologi. Liber utbildning 1994.
- Laack S. Kukkunskap. RFSU 2002.
- Lundberg P O. Sexologi. Liber AB 2002.
- Clinical guidelines for sexual healthcare of men who have sex with men. IUSTI Asia Pacific Branch, kan hämtas som pdf på www.iusti.org.

Webbadresser

- www.1177.se, Självundersökning av pungen. Tips och råd.
- www.jarvamansmottagning.nu. Riktad information till killar, med information på olika språk.
- www.vardguiden.se.

ATT SKYDDA SIG MOT STI OCH OÖNSKADE GRAVIDITETER

Att föra samtal kring prevention med en så heterogen grupp som ungdomar och unga vuxna är en pedagogisk utmaning då sexualiteten i deras liv oftare står för bekräftelse, njutning och kärlek än för risken att bli gravid eller sjuk. Flera studier visar att det oftast inte är okunskap som i första hand gör att unga människor inte skyddar sig. Snarare handlar det kanske om att den sexuella handlingen blir den ultimata bekräftelsen på att duga och vara värd att älska. I det ljuset kan motivationen till ett preventivt beteende bli av marginal betydelse.

Förutsättningarna för att bedriva preventivt arbete i Sverige är mycket goda. Men antalet oönskade graviditeter, klamydiainfektioner och det faktum att människor fortsätter att infekteras av hiv talar sitt tydliga språk om nödvändigheten av att utveckla och fördjupa det preventiva budskapet. Människor som i sin profession för preventiva samtal med ungdomar och unga vuxna har en utmaning i att tillsammans utveckla sina strategier. Det finns viktig generell kunskap om preventivmedel inklusive kondom, oönskade graviditeter och könssjukdomar som utgör basen i preventionsarbetet. Men det preventiva samtalet bör ha som utgångspunkt att se till varje individs unika behov av tillräcklig kunskap för att kunna njuta av sin sexualitet utan risk eller oro för oönskade graviditeter och könssjukdomar. Varje person som söker eller ges kunskap kring prevention ska oavsett var man bor i landet, vilket kön man tillhör, val av partner, funktionsnedsättning, kultur, etnicitet eller ålder ha en möjlighet att känna igen sig i den givna informationen och få svar på sina unika frågor. Detta ställer krav på goda kunskaper hos personalen men också tid till fördjupad rådgivning, modet att ställa frågor om sexuell praktik (sexualanamnes) och insikt om sin egen roll i reproduceringen av stereotypa könsroller.

Sammanställningar av internationell forskning visar att preventiva insatser har störst chans att lyckas om informationen baseras på individuella behov och samtalsbaserade interventioner. Metoder som till exempel motiverande samtal (MI) är viktiga för att skapa självreflektion och förändrat beteende.

En svensk studie bland män som har sex med män, visar att relationen mellan drivkrafter för respektive emot kondomanvändning – motivatorer och barriärer – får betydelse för den enskilde individens inställning till kondomanvändning [1]. Utifrån den kunskapen bör strategin vara att förstärka motivationen att agera preventivt och tillsammans med den unge hitta vägar förbi barriärer och finna lösningar på problem knutna till kondomen.

För närvarande (2009) pågår två projekt i Sverige där man utvärderar effekten av motiverande samtal i det STI-preventiva arbetet.

Kondom i teori och praktik

I de nationella målen med ambitionen att halvera antalet nysmittade fall av både klamydia och hiv till 2016 utgör kondomen det främsta verktyget. Män har ett särskilt ansvar, då de rent konkret har störst möjlighet att påverka att kondomen faktiskt används. Men det får inte innebära att vi exkluderar kvinnor när vi tänker kondomsamtal. Både män och kvinnor har rätt att nås av samma information då det handlar om individens möjlighet att skydda sig mot hiv och andra STI. Det största ansvaret att använda kondom vilar på den som ska penetrera. Men om alla har samma information underlättar det både användandet och eventuell problemlösning.

Kondomkunskap

Att känna till kondomens historia, de olika kondomsorterna och deras prestanda i detalj är kanske inte det mest avgörande för kvaliteten på kondom-samtalet men är heller inte helt utan betydelse. Informationen är lätt tillgänglig och vi vet att ungdomar och unga vuxna ofta ställer frågor kring kondomens längd och tjocklek. Att kunna svara ger ett professionellt intryck och i vissa fall är kunskapen nödvändig. Kunskapen om vilken latexkondom vars gummihinna är tunnast respektive tjockast kan ha betydelse vid till exempel samtal om anal penetration eller i samband med problemlösning. Ett exempel på att okunskap hos personalen minskar valmöjligheten för klienten är den kvinnliga kondomen. Trots att den funnits tillgänglig sedan 1992 och är ett lika bra skydd mot både oönskad graviditet, hiv och STI som andra kondomer är den okänd för många som arbetar med prevention. Den är tillverkad av polyuretan, mjuk transparent plast, som formar ett skyddande hölje i vagina och utvecklades ursprungligen som ett alternativ till den manliga, för att kvinnor skulle få större kontroll över sin sexuella och reproduktiva hälsa. Den är också ett bra alternativ för paret som valt kondom som sitt preventiv-

medel eftersom den är lösningen på flera problem som kan uppstå med den manliga kondomen. Efterfrågan har aldrig varit stor men det beror delvis på att de som arbetar med kondominformation sällan eller aldrig nämner den som ett alternativ. Den kvinnliga kondomen kan i dag köpas via RFSU:s internetshop www.rfsu.com.

Att använda kondom

Grundläggande för att kondomen ska fungera som skydd mot hiv och STI är att den används korrekt och konsekvent vilket bör framgå av informationen. Vi kan inte förutsätta att alla vet hur man använder kondom. Därför bör vi i rådgivning försäkra oss om den unges kunskaper då brister i denna kan utgöra en barriär för användande. Felaktig hantering kan också ge upphov till kondomhaverier. Vid behov kan en praktisk demonstration av kondompåläggning vara nödvändig. Detta bör ske i kombination med att klienten själv får möjlighet att pröva på en dildo. Metoden används redan på flera håll och fungerar bra. Att uppmana unga män att pröva kondom i samband med onani kan ge den praktiska erfarenhet och säkerhet som i förlängningen innebär att kondomen även kommer på tillsammans med en partner.

Instruktioner för kondomanvändning

1. Bryt kondomförpackningen på mitten. På vissa kondomer, bland annat från RFSU, finns en skåra på mitten som är lätt att känna även i mörker.
2. Rulla ut kondomen en bit för att se åt vilket håll den ska rullas på.
3. Mannen ska ha stånd när kondomen rullas på. Om han har förhud ska den dras tillbaka mot kroppen, förbi ollonkanten och så långt det går.
4. När kondomen rullats över ollonet och en bit ner på skaftet, tryck ut eventuell luft längst fram i kondomen och dra upp förhuden en bit innan kondomen rullas över hela penis skaftet. Hela kondomen ska rullas ut och sitta lite skrynkligt, inte spänt.
5. Vid användning av extra glidmedel, använd endast vatten- eller silikonbaserat sådant.
6. Efter samlaget bör penis dras ut innan erektionen slaknar. Håll runt kondomens ring när penis dras ut så att kondomen inte halkar av.
7. Släng kondomen i soporna. Den ska inte spolvas ner i toaletten [2, 3].

Sexualanamnes

Att prata kondom är att prata sexuell praktik. Ett kondomsamtal som inte tar sin utgångspunkt i den sexuella praktiken kan aldrig bli effektivt. Vilken form av penetration pratar vi om? Vid oral penetration kan en torr kondom, utan glidmedel, vara att föredra. Medan det vid anal penetration är nödvändigt att informera om behovet av att först penetrera med fingrar eller mindre föremål innan man för in penis, att använda extra glidmedel och att låta den mottagande bestämma takten. Vill man komma till rätta med individuella problem i samband med kondomanvändning måste man ställa detaljerade frågor om sexuell praktik för att komma fram till möjliga lösningar.

Heteronormativa budskap

Trots att medvetenheten om icke-heterosexuella livsval får anses hög i Sverige är det ändå fortfarande så att hbt-ungdomar och unga vuxna hbt-personer kan känna sig marginaliserade och exkluderade i preventiva budskap. Institutioner som till exempel skola, elevhälsa och ungdomsmottagningar har ett uppdrag att ge information till alla oavsett sexuell preferens och detta bör återspeglas både i primär- och sekundärprevention. I primärprevention handlar det om att inte förutsätta att alla är heterosexuella och välja ord som inte exkluderar människor, men också att veta hur man samtalar om sexuell praktik och våga ställa frågor för att kunna förmedla korrekt kunskap och information. I sekundärpreventionen handlar det om att veta var man ska ta sina prover.

Stereotypa könsroller

Flera av sexualitetens negativa konsekvenser har delvis grund i tankar kring vad man får och bör göra beroende på vilket kön man tillhör. Detta påverkar också det preventiva arbetet. Föreställningen om att kvinnor har ett större ansvar att förhindra graviditet skiner fortfarande igenom vid enskilda samtal. Föreställningar om manlighet, att alltid vara kapabel och drivande i sexualiteten, kan försvåra kondomanvändning om man inte vill framstå som fumlig eller när kondomen äventyrar erektionen [4].

Det är en utmaning för all personal att se sin egen roll i reproducerandet av stereotypa könsroller. Vad uppmuntrar respektive begränsar vi beroende på vilken människa vi möter? Kanske låter vi bli att ge information till kvinnor om kondom och kondomanvändning eftersom vi tycker det är mannens ansvar och hur ofta involverar vi manliga partner i samtal om hormonell antikonception?

Motivatorer och barriärer

Kondomen kan vara både en hjälp och begränsning i ambitionen att ha ett bra sexliv. Den kan vara vägen till ett rikare sexliv utan oro eller ångest men även upplevas som en handling av misstro och en barriär mot njutning, närhet och intimitet.

De allra flesta håller med om att kondomen är ett bra ”redskap” som signalerar ansvarstagande och möjlighet att förhindra både oönskade graviditeter och sjukdom. Budskapet att använda kondom i dag för att kunna bli förälder imorgon gäller alla oavsett den egna fertila förmågan, då kollektivets slarv med kondomen kan resultera i att framtida partner kan vara infertil på grund av en tidigare genomgången genital infektion.

Kondomsamtalet bör handla om att stärka motivationen att använda kondomen samtidigt som vi identifierar svårigheter och problem och kommer med förslag på lösningar. Frågan ”Vad tycker du är det bästa med kondom?” blir grunden för detta motivationsarbete, att förstärka individens egna drivkrafter till användande. Personalens inställning till kondom blir i detta fall betydelsefull. Det räcker inte med att prata positivt om kondomen, man måste också kunna hantera den med självklarhet och utan tvekan. Äckel finns ibland representerat i ungdomars och unga vuxnas relation till kondomen och detta får inte bekräftas av personalens sätt att hantera den.

Förklaringar som alkoholpåverkan och att kondomen inte fanns tillgänglig är ofta rationaliseringar av den egentliga orsaken som enligt undersökningar ligger på ett djupare, mer eller mindre medvetet emotionellt plan. Samtal om alkoholkonsumtion och beskrivningar av icke-penetrerande sex som alternativ när kondomen saknas bör ingå i det preventiva samtalet, om detta anförs som skäl till oskyddade samlag. Ibland kan oförmågan att verbalisera frågan eller önskan om att använda kondom utgöra hindret för att den kommer på. Då kan vi sanktionera att man inte alls behöver prata om kondomen. Är du man och vill använda kondom är det bara att sätta på den, utan att säga något eller fråga om det är okej.

Förutom att verbalt sanktionera kondomanvändning finns det ett flertal trösklar som kan vara svåra att ta sig över och som försvårar användandet. Kondomer ska införskaffas, finnas tillgängliga i den sexuella situationen, tas fram och sättas på. Eventuella svårigheter behöver också tas upp och göras pratbara i kondomsamtalet.

Probleminventering

Tekniska och praktiska problem kan ibland utgöra barriärer och vara anledningen till oskyddade samlag [2, 3]. Storleken på kondomen har också betydelse för att få kondomanvändning att fungera [5]. Nedan följer en probleminventering med möjliga orsaker och förslag till lösningar.

Problem	Kondomen går ofta sönder.
Möjliga orsaker	Förvaringsfel, ovarsam hantering, ökad friktion eller fel glidmedel, kondomen är fel påsatt.
Förslag till lösningar	<p>Information om förvaring. Latexkondomer är känsliga för rispande och skärande våld. Försiktighet vid öppnandet rekommenderas. Vassa naglar och rakade kön med några dagars "stubb" kan möjligen vara orsak till att kondomen går sönder.</p> <p>Extra glidmedel framför allt vid anala samlag ska tillsättas för att undvika ökad friktion.</p> <p>Använd bara vatten- eller silikonbaserade glidmedel då latexkondomer löses upp av fett, olja och hudlotion. Om man inte sätter på kondomen enligt instruktionerna ökar risken för att den ska gå sönder. Om man inte kan identifiera varför kondomen går sönder kan ett byte till plastkondom eller kvinnlig kondom vara lösningen.</p>
Problem	Kondomen glider av.
Möjliga orsaker	Kondomen har inte rullats ut helt på penisskafet. Smalt penisskafet som gör att kondomen sitter löst. Koniskt formad penis med bred bas och ett mindre ollon. Penis är fuktig av slidsekret eller glidmedel innan kondomen sätts på.
Förslag till lösningar	<p>Kondomen ska rullas ut på hela penisskafet. Om hela kondomen hamnar innanför hymenkanten/slidkransen eller ändtarmsmuskeln ökar risken för att den ska glida av. Risken att kondomen ska glida av försvinner helt om man, efter att ha rullat den över hela skafet, fortsätter och trär den även över pungen. Detta kräver övning men är fullt möjligt och är den definitiva lösningen på problemet. Många män upplever dessutom att trycket som uppstår på pungen och runt penisroten är lusthöjande.</p> <p>Man kan också kombinera kondomen med en pubisring som sätts på efter att kondomen rullats ut över hela penisskafet för att förhindra att den glider av. Pubisringen gör det också lättare att behålla erektionen. En torr kondom, utan förbehandling av glidmedel, där man tillsätter glidmedel efter att den rullats på penis minskar också risken för detta.</p> <p>Att använda kvinnlig kondom är ett annat sätt att definitivt lösa problemet. Om man plockar bort den inre löstagbara ringen i den kvinnliga kondomen fungerar den även vid analsex.</p>

Problem	Minskad känsel.
Möjlig orsak	Latex isolerar värme, det som upplevs som minskad känsel kan vara att man inte känner värmen från partnern på samma sätt som utan kondom.
Förslag till lösningar	Då plast inte isolerar värme kan ett byte till plastkondom lösa problematiken. Att droppa några extra droppar glidmedel på ollonet innan man sätter på kondomen kan göra att kondomen rör sig mer över ollonet och ger en ökad känsel. Obs, för mycket glidmedel ökar risken att kondomen glider av.
Problem	Kondomen orsakar erektionsproblem.
Möjlig orsak	Detta är ett problem med en mängd möjliga psykologiska orsaker, som till exempel tidigare erfarenheter av erektionssvikt i samband med kondom-användning. En fysiologisk orsak kan dock vara att upplevd minskad känsel gör att man "tappar kontakten" med penis med erektionsproblem som följd.
Förslag till lösningar	Kan behövas längre samtalskontakt. Kondom i kombination med en pubis-ring, byte till plastkondom eller kvinnlig kondom kan vara lösningen.
Problem	Kondomen är svår att trä på, upplevs för trång eller gör ont.
Möjlig orsak	Penis är grövre än kondomen. Ett relativt stort eller mycket känsligt ollon kan försvåra påträddandet, och det kan upplevas som smärtsamt att trä på en kondom.
Förslag till lösningar	Den kvinnliga kondomen är ett självklart alternativ, men om den av någon anledning inte kan användas kan påträddandet underlättas genom att man först rullar ut kondomen en bit vilket gör resten av den rullade kondomen mera töjbar och lättare att få över ollonet.

Referenser

1. Björk Blomqvist M, Jonsson M, Sandin N. In sex we trust, bakomliggande faktorer till osäker sex bland män som har sex med män. RFSU 2008.
2. RFSU. Kondomboken – handledning med elevmaterial. RFSU 2007.
3. RFSU. Kondompraktika för män. ISBN: 978-91-85188-1-2-3, kan beställas på www.rfsu.se.
4. Ekstrand M. Sexual Risk Taking – Perceptions of Contraceptive Use, Abortion and Sexually Transmitted Infections Among Adolescents in Sweden. Doktorsavhandling, Uppsala universitet 2008.
5. Reece M, Herbenick D, Dodge B. Penile dimensions and men's perceptions of condom fit and feel. *Sex Transm Infect.* 2009 Apr;85(2):127–31.

ATT SAMTALA OM PREVENTIVMEDEL

När det gäller preventionsgruppen ungdomar och unga vuxna så står arbetet med att förebygga STI i mycket nära relation till arbetet med att förebygga oönskade graviditeter [1]. Samtalet behöver i stort sätt alltid innehålla bägge aspekterna.

Alla som kommer för samtal och provtagning avseende den sexuella hälsan ska mötas med respekt och lyhördhet. Att starta med att informera om vad samtalet ska innehålla kan skapa delaktighet och eventuellt minska nervositet. Förklara att du frågar för att veta vilka tester och prov som behöver tas och för att veta om det är någon specifik kunskap som kan vara aktuell att ta upp i samtalet. Berätta om sekretesslagen och vad anmälningsplikt innebär. Se till att samtalet kan genomföras utan risk för störning [2].

Att använda sig av en standardmall när man tar anamnes vid en konsultation och ställer frågor normaliserar de frågor man ställer. Det minskar risken att frågor som inte är nödvändiga ställs och minskar därmed risken att den unge upplever sig kränkt och ifrågasatt. För att mallen inte ska störa samspelet ska den vara väl känd för den som använder den. För en oerfaren kan det vara bra att i rollspel träna att ställa frågor av intim karaktär. Rollspel kan också vara en hjälp att få återkoppling på de ord man använder, sitt bemötande och kroppsspråk. Detta kan tränas vid fortbildningsdagar med ledare som är utbildad i rollspel som metodik. Samtal om och praktisk visning av hur man använder manlig och kvinnlig kondom kan också tränas i rollspel. När man ska samtala med ungdomar och unga vuxna om kondomanvändning behöver man först reflektera över den egna inställningen till såväl kvinnlig som manlig kondom. Den kan också diskuteras i arbetsgruppen.

Utgångspunkten för preventivmedelssamtal är Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid antikonception där det föreslås att rådgivningsbesöket ska innehålla

- noggrann sjukdomshistoria med för preventivmedlet viktiga faktorer som egna sjukdomar, eventuell medicinering och ärftlighet,
- sexualanamnes,
- tidigare graviditeter,
- tidigare erfarenheter av preventivmedel.

Dessutom rekommenderas att medicinsk utredning vid hormonella metoder omfattar kontroll av blodtryck och vikt. Gynekologisk undersökning ska utföras vid behov men alltid vid spiralinsättning och utprovning av pessar. Vidare föreslås att även andra livsstilsfrågor berörs vid preventivmedelsrådgivningen, speciellt vid förstagångsbesök. Det kan vara tobaksbruk (rökning eller snus), alkohol, droger, kost och motion samt frågor som rör sexuella övergrepp, våld och kränkning [3].

Utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet kan ytterligare kunskapsförmedling och förslag på samtalsinnehåll tas med i dialogsamtal om STI och preventivmedel [1, 4–7]. Eftersom ungdomar är en heterogen grupp måste såväl samtal som interventioner utformas utifrån specifika behov och resurser hos respektive individ. Givetvis kan inte allt diskuteras vid ett tillfälle utan tas upp beroende på situation och behov. Att dokumentera samtalets innehåll kan underlätta för att kunna gå vidare vid nästa besök. Alla ungdomar behöver få tillgång till samma kunskap om såväl kondomer som hormonella preventivmedel. För att bli delaktiga i att förebygga oönskade graviditeter bör unga män uppmuntras att följa med sin partner vid besök för preventivmedelsförskrivning.

En grundförutsättning för sexuell hälsa är en positiv självbild och upplevelsen av att man har rätten att bestämma över sin egen kropp. All personal på UMLV som möter ungdomar bör förmedla budskapet att de är värdefulla, har rätt att bli behandlade med respekt, inte ska tillåta någon att kränka dem och att de har rätt att förvänta sig lustfyllt sex [8]. I tonåren, när den sexuella identiteten formas, kan ungdomar behöva stöd för att kunna göra ett personligt val av livsstil som stämmer överens med den egna viljan och känslan. Därför kan det vara positivt att ta upp

- att onani är ett sätt att utforska sin sexualitet [9, 10],
- att sex inte bara är penetrerande samlag, det vill säga synen på vad sex är,
- att sex kan vara hälsofrämjande och avstressande och ska vara roligt och lustfyllt,
- att man både kan ha sex med någon av samma respektive motsatt kön,
- att det är bra att bejaka fantasier,
- att självkänslan är viktig och att förmedla frihet att bejaka sin sexualitet och lust och frihet att välja,
- att alltid säga nej till oskyddat sex,
- att antalet sexpartner samvarierar med förekomsten av könssjukdomar,
- att man som man, som en självklarhet och utan diskussion, alltid kan ta på kondom.

Det är också av värde att vid samtalet

- uppmuntra till reflektion och till att träna på att säga tydligt ja när man vill ha sex men också säga tydligt nej till oönskat sex,
- träna kommunikation och förhandling om kondom.

När man möter ungdomar i grupper kan man träna kommunikation och förhandling med rollspel och lekar. Förmedla det positiva i att alltid använda kondom, för att öka njutning och minska oro, och att den som föreslår kondom ses som ansvarsfull och med positiva ögon av partnern och inte tvärtom [11]. Trots all skenbar öppenhet om sexualitet saknar ungdomar och unga vuxna ofta grundläggande kunskaper om hur kroppen fungerar, om hur känslor och kroppsliga reaktioner samverkar i det sexuella mötet och hur en lustfylld ömsesidig relation känns [12]. Utforska vad den unge vet om:

- Kvinnors kroppsliga reaktion på sexuell stimulans, till exempel att blygdläpparna svullnar och slidan blir fuktig, så kallad vaginal lubrikation. Att när man har sex utan att ha lust blir det ingen lubrikation vilket kan orsaka problem, till exempel vaginism och vestibulit. Kondomen kan också gå sönder.
- Menscykeln och det ”fertila fönstret”, det vill säga den tidsperiod då kvinnor kan bli gravida, för att få förståelse för och förmåga att skydda fertiliteten.
- Att i stort sett alla kvinnor och män är fertila och kan bli föräldrar. Genom att använda kondom skyddar och bevarar de sin fertilitet. Att kondom är det enda preventivmedel som förhindrar STI, men för att få ett fullgott skydd mot oönskad graviditet måste kondomen kombineras med ett hormonellt preventivmedel.
- Abort, och om hon eller han har egna erfarenheter.

Fyll på med kunskap om den unge är intresserad

- Fråga också om första samlaget, när i tid, varför just då och hur upplevelsen blev
- hur lusten till och önskan om sex ser ut i dag. Om olust – utforska den.

Reflekterande frågor som kan användas i samtalet

- Vill du/ni ha barn?
- Om du/ni inte vill ha barn nu, hur skyddar du dig/ni er mot graviditet och oönskat föräldraskap?

Mer att samtala om

- Erfarenhet av att använda kondom. Vilka är fördelarna med att använda kondom? Vilka förutsättningar ska finnas för att den unge alltid ska använda kondom?
- Bakterier och virus och vilka komplikationer i reproduktionsorganen som könssjukdomar kan ge.
- Kvinnlig kondom. Visa och vid något tillfälle kanske dela ut en kvinnlig kondom. Att använda kvinnlig kondom kan vara ett sätt för kvinnor att kunna bestämma över sin sexuella hälsa.
- Hiv. Att hiv är en STI som man kan skydda sig mot genom att använda kondom. Att det idag är en kronisk infektion som kräver livslång mediciner och kondomanvändning. Börja med att ställa en öppen fråga: ”Vad känner du till om hiv?”

Om samtalet gäller hormonella preventivmedel ska det inte innehålla påtryckningar. Kvinnan måste själv värdera valet av preventivmedel så att hon får ett preventivmedel som hon kan tänka sig att använda [13]. I samtalet behöver vårdpersonal lyssna på hur kvinnan resonerar om sin fertilitet relaterad till mönstret av preventivmedelsanvändning och sexuell aktivitet, så de kan förmedla kunskap och motivera till att förebygga STI och oönskade graviditeter. Tonårsgraviditeterna har blivit färre och antalet unga mödrar har minskat i Sverige [14]. Att kvinnor blir oönskat gravida kan bero på bristande prevention men kan också vara ett tecken på att de vill undersöka sin fertilitet och det kan resultera i en oönskad graviditet. Kvinnor använder också osäkra preventivmetoder som avbrutet samlag och så kallade säkra perioder [7, 15].

Alla ungdomar och unga vuxna har behov av att samtala och få kunskap om hormonella preventivmedel. Det finns flera viktiga frågor att ställa och information att förmedla:

- Tidigare erfarenhet av hormonella preventivmedel. Inklusivt negativa men även positiva fysiska och psykiska biverkningar.
- Upplevelse av lust och olust i samband med p-piller.
- Osäkra preventivmetoder som avbrutet samlag, och komplexiteten med säkra perioder vid till exempel oregelbunden dygnsrytm och långresor.
- Att kvinnor som önskar använda p-piller och som mår bra och inte känner av biverkningar kan uppmuntras till fortsatt p-pilleranvändning även om de tillfälligt inte har ett regelbundet samliv eller när en fast relation tar slut. I stället ska de lägga till kondom vid nya och tillfälliga relationer.

- Att man inte plötsligt ska sluta ta p-piller när medierna skriver om biverkningar och risker. Att syftet med samtal vid preventivmedelsförskrivning är att kontrollera riskfaktorer och att p-piller inte skrivs ut när det faktiskt inte är lämpligt.
- Att risken för blodpropp inte påverkas av om man äter p-piller regelbundet eller sporadiskt utan alltid är störst under första året.
- Att det kan vara bra att alltid ha en dos akutpreventivmedel hemma men att det aldrig ska ersätta kondom. Akutpreventivmedel kan förhindra graviditet men inte könssjukdomar.

Unga män som är delaktiga i oönskade graviditeter är en grupp som bör uppmärksammas på UMLV. Personalen kan fråga efter deras närvaro och om kvinnan så önskar kan de bjuda in mannen att vara med vid samtal och rådgivning. Det kan öka känslan av delaktighet och förståelse för konsekvenserna av oskyddat sex och bidra till attityd- och beteendeförändring. Män kan även behöva individuellt stödsamtal i samband med abort [16, 17]. I dag när de flesta aborter görs medicinskt, kan mannen oftast närvara och också vara ett stöd för kvinnan om hon så önskar och då bör detta stödjas av en positiv inställning hos personalen.

Avslutande frågor i det preventiva samtalet kan vara: ”Finns det något kring det sexuella du vill fråga om eller som du tror jag behöver veta?” Alternativt: ”Finns det något du funderar mycket på när det gäller sexualitet som du tror att jag kan hjälpa dig med?”

Sexualbrottslagen och mognadsbedömning av ungdomar under 15 år

Barns rättsliga ställning inom hälso- och sjukvård är inte alldeles tydlig även om grundprincipen är att föräldrar har ansvaret för sina barn. Om föräldrarna brister i sitt ansvar går det offentliga in, oftast socialtjänsten. Ett barn ska inte behöva ta ansvar för sitt eget bästa utan det är föräldrar och samhället som har ansvar.

När ett barn söker hälso- och sjukvård gäller barnrättens grundprincip, om föräldrars ansvar för barn, hälso- och sjukvårdens regler. En av dessa regler är att vård ska ges med patientens samtycke och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Men vems samtycke ska sökas? Enligt föräldrabalkens regler är det vårdnadshavarens/-nas. I takt med barnets stigande ålder och utveckling ska emellertid allt större hänsyn tas till barnets vilja. Ett sådant förfarande stöds av barnkonventionens grundprinciper.

I socialtjänstlagen och lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga finns, till skillnad från i föräldrabalken, bestämda åldersgränser. Barn har rätt att söka bistånd och vara part i mål från 15 års ålder, vilket också är en viktig åldersgräns inom straffrätten. I frågor om hälso- och sjukvård anses barn ha en relativ beslutskompetens, det vill säga beslutskompetensen hänger samman med barnets mognad i relation till det aktuella beslutets svårighet och betydelse. Den ökande medbestämmanderätten tolkas ofta som att samtycke krävs från såväl barn som vårdnadshavare [18]. I boken *Barns rätt i hälso- och sjukvård* görs en mer utförlig genomgång av olika överväganden kring ungas bestämmanderätt [19].

Sexualbrottslagstiftning

När den nya sexualbrottslagstiftningen i 6 kap. brottsbalken infördes 2005 var syftet att stärka barns och ungdomars skydd mot övergrepp från vuxna. Lagen avsåg att skärpa möjligheterna att döma den vuxne som haft sex med någon under 15 år för våldtäkt. Syftet var inte att kriminalisera ömsesidigt sex mellan exempelvis en 14-åring och en 16-åring. Lagen ska vara ett stöd för fortsatt utredning om man tror att det finns en risk att någon är utsatt för påtryckning, övergrepp eller far illa.

I brottsbalken 6:4 skrivs: ”Den som har samlag med ett barn under femton år eller som med ett sådant barn genomför en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheter i övrigt är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt mot barn till fängelse i lägst två år och högst sex år”. Lagen anger också ”att det inte ska ses som brott om åldersskillnaden är ringa” men det är ändå inte alltid förmildrande, att det var ömsesidigt, om en av parterna är yngre än 15 år. Det är därför viktigt att komma ihåg att den som fyllt 15 år är straffmyndig och kan dömas för brott.

Att alltid tala om åldersgränser som är kopplade till sexualitet är självklart när flickor och pojkar under 15 år kommer till mottagningen och vill ha preventivmedel, men alla ungdomar borde vid något tillfälle få kunskap om den åldersrelaterade lagstiftningen som gäller. Det är inte olagligt att ha samlag om man är under 15 år men om den unge har en partner som är vuxen så kan det vara lämpligt att informera om vad lagen innebär. Om det finns misstanke om missförhållanden måste man också göra en anmälan till socialtjänsten. Den rättsprincip som råder i Sverige att lagar ska tillämpas lika oavsett var man bor bör tillämpas även i detta fall.

Förskrivning av preventivmedel till kvinnor under 15 år

Att skydda unga kvinnor som redan är sexuellt aktiva från oönskade graviditeter måste enligt Socialstyrelsen vara överordnat både ur ett humant och ur ett könsperspektiv. Det ankommer inte på Socialstyrelsen att tolka brottsbalkens bestämmelser, men ur hälso- och sjukvårdens perspektiv gör myndigheten den tolkningen att skydd mot oönskad graviditet är prioriterad, och anser därför inte att vårdpersonal gör fel när de förskriver preventivmedel till unga kvinnor under 15 år.

Vad gäller metodik och dokumentation vid förskrivning av preventivmedel till unga kvinnor under 15 år kan utvecklandet av lokala rutiner och praxis underlätta handläggningen. Utgångspunkten bör alltid vara den enskilde individens bästa men metodik och dokumentation kan standardiseras. Till exempel kan utvecklandet av en kunskapsbaserad struktur vid bedömningen av mognad och för utforskandet av ömsesidighet vara ett stöd i arbetet. Hälsovårdens uppgift bör ju vara att se till att förebygga problem för ungdomar.

Den unga kvinnan kan stödjas och uppmuntras att informera sina föräldrar eller annan vuxen om sin önskan att få p-piller. Forskning visar att de ungdomar som debuterat sexuellt före 15 års ålder, saknar stöd av vuxna och dessutom har en gränsöverskridande livsstil med till exempel skolk, snatteri och missbruk är en riskgrupp [20]. De bör uppmärksammas av UMLV och vid behov bör socialtjänsten kontaktas. Socialtjänsten har uppdraget och kompetensen för vidare utredning. Det kan underlätta om det finns lokala rutiner och praxis som stöd vid anmälan till socialtjänsten.Handledning är också ett sådant stöd.

Referenser

1. Att förebygga oönskad graviditet, Lägesbeskrivning. Socialstyrelsen, artikelnr 2008-131-26, publicerad på www.socialstyrelsen.se maj 2008.
2. Reid Ravin C. Preventing STIs: Ask the questions. AWHONN, Association of Women's health, Obstetric and Neonatal Nurses in Well Woman 2007 1(11):88–91.
3. Antikonception – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 7:2005, www.lakemedelsverket.se.
4. Ekstrand M, Larsson M, von Essen L, Tydén T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Oct;84(10):980–6.
5. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007 Jun;12(2):111–8.
6. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An illusion of power – The female teenager's dilemma of having contraceptive responsibility but limited freedom of reproductive choice. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health: Accepted.* 2008.
7. Larsson M, Aneblom G, Odling V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81;64–71.
8. JämOs handbok mot könsmobbing i skolan. Jämo 2000. Kan laddas ner från www.jamobud.se, under rubriken ”Skolan”.
9. Dahlén S. Praktika för klitorissex. (På engelska: A guide to clitoral sex). RFSU. EO Grafiska 2008.
10. Onanipraktika. RFSU, ISBN 978-91-85188-38-3, www.rfsu.se.
11. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa: Internationella kunskapsställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen 2007.
12. Sydsjö G, Selling K E, Nyström K, Oscarsson C, Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2006 Jun;11(2):117–25.
13. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):590–5.
14. Aborter 2008. Statistik Hälsa- och sjukvård. Artikelnummer: 2009-125-10. Publicerad på www.socialstyrelsen.se.

15. Kero A, Högberg U, Lalos A. Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2001 Dec;6(4):205–18.
16. Holmberg L I, Wahlberg V. The process of decisionmaking on abortion. A grounded theory study of young men in Sweden. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26:230–234.
17. Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod*. 1999 Oct;14(10):2669–75.
18. Barnperspektivet i Socialstyrelsens kunskaps- och normeringsarbete – hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen, Dnr 50-766/2009.
19. Svensson G. Barns rätt i hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Polen 2007.
20. Magnusson, C, Trost K. Early sexual intercourse during adolescence and the possible long term consequences it could have for women from a positive and negative standpoint. Submitted; *Scandinavian Journal of Psychology*.

Rekommenderad litteratur

- Ekstrand M. Sexual Risk Taking – Perceptions of Contraceptive Use, Abortion and Sexually Transmitted Infections Among Adolescents in Sweden. Doktorsavhandling, Uppsala universitet 2008.
- Magnusson C, Häggström-Nordin E (red.). Ungdomar, sexualitet och relationer. Studentlitteratur AB, Lund 2009.
- Ungdomsgynekologi; Rapport nr: 40 1999. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, arbets- och referensgrupp för tonårsgynekologi.

BILAGA I.

EXPERTER OCH REFERENSGRUPPER

Ett antal experter har haft uppdraget att skriva grundtexter inom olika områden. Dokumentet har skickats ut på informell remiss och granskats av ett flertal intressenter. Utifrån detta har texterna ändrats, redigerats och sedan språkbehandlats. Socialstyrelsen är ansvarig för det slutgiltiga innehållet.

Maria Ahlsdotter,	Järva ungdomsmottagning: Att möta ungdomar och unga vuxna hbt-personer
Astri Brandell Eklund,	Karolinska Institutet: MI – en metod och ett förhållningssätt i samtal med ungdomar och unga vuxna om livsstilsfrågor
Anna Bredström,	Linköpings universitet: Kultur, etnicitet och stereotyper
Erik Gustafsson,	Järva mansmottagning: Undersökningen – ungdomar och unga vuxna män
Marta Hansson-Bocangel,	Stockholms läns landsting: Undersökningen – ungdomar och unga vuxna kvinnor
Anna-Stina Henriksson,	Örebro universitet: Utbildning av aktörer för förebyggande arbete inom området sex och samlevnad
Cecilia Kjellgren,	Lunds universitet: Sexuellt våld och tvång
Stefan Laack,	Västra Götalandsregionen: Kondom i teori och praktik
Linda Leveau,	Malmö kommun: Metodik för arbetet med ungdomsgrupper
Peter Lidbrink,	Karolinska Universitetssjukhuset Solna: STI-prevention och venerologi
Charlotta Löfgren-Mårtenson,	Malmö högskola: Att möta ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning
Marlene Makenzius,	Statens folkhälsoinstitut: Alkohol och sexualitet

Hanna Olsson,

Stockholm:Handledning för personal som arbetar med ungdomar

Marianne Upmark,

Karolinska Institutet Stockholm: Hälsofrämjande och förebyggande arbete

En referensgrupp vid Socialstyrelsen har deltagit i arbetet med utformandet av texten till *Egengranskning*. Gruppen består av Monica Idestrom, Enheten för hivprevention; Ingrid Ström och Henrik Moberg, Enheten för analys vid Hälso- och sjukvårdsavdelningen; Anna Holmqvist, Statistikenheten på Socialtjänstavdelningen. Texten har också expertgranskats av Statistiska centralbyrån, SCB.

Till texten om samverkan har följande bidragit med material: Agneta Nilsson, Skolverket; Mina Gäredal, RFSU Ungdom; Carolina Orre, RFSU; Gunilla Johansson, Studenthälsan Linköping; Ingrid Haglund, samordningsbarnmorska i Jämtland; Mats Omgren, socialtjänsten i Umeå; Lena Eidevall, barn- och ungdomspsykiatri Lund; samt styrelsen för Riksföreningen för skolsköterskor.

BILAGA 2.

FÖRSLAG PÅ EGENGRANSKNING

Frågorna ska om inget annat efterfrågas besvaras med: Ja, Nej eller Inte aktuellt. Till de frågor som besvaras med "Nej" ska, när det passar, följdfrågan "Varför inte?" ställas. I uppställningen nedan finns inte det något markerat utrymme för att besvara eventuella följdfrågor.

Uppdrag och organisation

- 1) Regleras verksamheten av ett avtal?
- 2) Förekommer regelbundna och dokumenterade möten med huvudman/männen?
- 3) Beskrivs ett för oss tydligt uppdrag i avtalet? Om nej, vad saknas?
- 4) Begär uppdragsgivaren en årlig systematisk uppföljning av verksamheten?
- 5) Bedömer vi att vi har de resurser som krävs för att uppfylla uppdraget? Om nej, vilken typ av resurser saknas?
- 6) Finns specifika formuleringar kring förebyggande arbete med hiv och STI i uppdraget?
- 7) Finns specifika formuleringar kring utåtriktat arbete i uppdraget, till exempel skolbesök?
- 8) Har personalen tillgång till extern ärendehandledning?
- 9) Finns möjlighet att hänvisa eller remittera till annan mottagning med specialistkompetens?

Tillgänglighet

- 10) På vilka sätt kan man komma i kontakt med mottagningen?
- a) Telefon 0 1 2 3 4 5 dagar/vecka
 - b) Telefon <1 tim/tillfälle >1 tim/tillfälle
 - c) Webbplats
 - d) E-post
 - e) Sms
 - f) Andra sätt Vilka?

Jämställdhet och jämlikhet

- 11) Har mottagningen tryckt information att dela ut?
- a) Har vi granskat vår tryckta information ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv?
 - b) Har vi bedömt att den inte är diskriminerande (enligt de kriterier som anges i diskrimineringslagen (2008:567))?
 - c) Är informationen tillgänglig på andra språk än svenska?
Om ja, på vilka språk?
- 12) Har mottagningen en egen webbplats?
- a) Har vi granskat webbplats ur ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv?
 - b) Har vi bedömt att den inte är diskriminerande (enligt de kriterier som anges i diskrimineringslagen (2008:567))?
 - c) Är informationen på webbplatsen tillgänglig på andra språk än svenska? Om ja, på vilka språk?
- 13) Är webbplatsen uppdaterad någon gång under de senaste 12 månaderna?

- 14) Finns en jämställdhetsplanering för mottagningen?
- 15) Är mottagningen tillgänglig för besökare med fysisk funktionsnedsättning?
- 16) Finns beredskap att ta emot besökare med intellektuell funktionsnedsättning?
Vilken typ av beredskap/utbildning finns?
- 17) Finns beredskap att ta emot ungdomar oavsett kulturell bakgrund?
Vilken typ av beredskap/utbildning finns?
- 18) Finns beredskap att ta emot ungdomar som inte talar svenska?
- 19) Finns beredskap att ta emot alla ungdomar, oavsett sexuell läggning?
Vilken typ av beredskap/utbildning finns?
- 20) Finns beredskap att ta emot alla ungdomar oavsett könsidentitet (till exempel transungdomar)? Vilken typ av beredskap/utbildning finns?
- 21) Vilka åtgärder planeras får att nå ut till dem som ni inte har beredskap att ta emot?

Erbjudande av tjänster

- 22) Får alla som vill hivtesta sig göra det hos oss?
Om nej/inte aktuellt, varför?
- 23) Har vi kunskap och utrustning för att ta anala klamydia- och gonorrétest?
Om nej/inte aktuellt, varför?

Kunskap och kompetens

24) Hur många i personalen har ≥ 2 dagars utbildning i motiverande samtal (MI)?

_____ personer av _____ har utbildning

Ingen har utbildning.

Om ingen, varför inte?

Om inte alla, varför?

25) Får personalen handledning i samtalsmetodik?

Ja regelbundet. _____ gånger per månad.

Ja sporadiskt _____ gånger per år.

Nej.

26) Används kunskapsbaserad metodik i det utåtriktade arbetet?

Ja Delvis/Nej

Om ja, ge exempel.

27) Har berörd personal genomgått utbildning i smittspårning?

_____ personer av _____ har utbildning

Ingen har utbildning.

Om ingen, varför inte?

Samverkan och samarbete

- 28) Finns det protokollfört samarbete på ledningsnivå med andra offentliga aktörer?
- 29) Förekommer regelbunden och dokumenterad samverkan med nedanstående aktörer. Om ja, hur ofta?
- a) Elevhälsa?
 - b) Socialtjänst?
 - c) Skolor i närområdet?
 - d) Barn- och ungdomspsykiatri?
 - e) Barn- och ungdomsmedicin?
 - f) Smittskyddsenhet?
 - g) Fritidsgårdar?
 - h) Ideella organisationer?
 - i) Annan/andra aktörer?
Om ja, i så fall med vilka?
- 30) Finns nätverk av andra mottagningar med liknande uppdrag?
- Ja lokalt
 - Ja regionalt
 - Nej

Mätning av förändringar i målgruppen

- 31) Använder vi något instrument för mätningar av förändringar av
- a) kunskaper bland dem som besöker oss?
 - b) attityder bland dem som besöker oss?
 - c) beteenden bland dem som besöker oss?

Säkring av förändringar i målgruppen

Förslag på nyckeltal som hämtas från besöksenkät.

- 1) Andel besökare som bedömer helhetsintrycket av mottagningen som bra eller mycket bra.
- 2) Andel besökare som bedömer tillgängligheten på mottagningen som bra eller mycket bra.
- 3) Andel besökare som upplever sig tagna på allvar.
- 4) Andel besökare som upplever att kroppsundersökning genomförts på ett för dem respektfullt sätt.
- 5) Andel besökare som känner sig bekväma med det bemötande som präglar mottagningen.
- 6) Andel besökare som bedömer att deras kunskap om hiv och STI har ökat efter besöket.
- 7) Andel besökare som bedömer att deras motivation att skydda sig mot hiv, STI och oönskad graviditet, med både kondom och med p-piller, har ökat efter besöket.
- 8) Andel besökare som alltid använder barriärskydd, som kondom vid sex med nya eller tillfälliga partner.
- 9) Andel besökare som upplever att webbplatsen motsvarade deras behov av information.

Förslag på statistiska nyckeltal

För att kunna jämföra verksamheten med andra mottagningar, men även med sin egen över tid, behövs antalet besök redovisas i relation till tjänstgöringsgrad, alternativt till antalet arbetstimmar för respektive profession.

Andra nyckeltal

- Antal STI-provtagningar uppdelade efter respektive infektion.
- Antal indexfall för klamydia.
- Antal tillfällen med studiebesök av grupper med ungdomar på mottagningen.
- Antal tillfällen då personal vid mottagningen medverkat i arrangemang i samverkan med andra aktörer.
- Andel nikotinbrukande ungdomar vid första besöket.
- Andel ungdomar och unga vuxna som genomfört AUDIT plus samtal om alkohol.
- Antal samtal genom tolk.

- Antal protokollförda möten med huvudmän.
- Antal protokollförda möten med elevhälsa.
- Antal protokollförda möten med andra samverkanspartner, till exempel socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, andra nämligen...

Det finns många fler nyckeltal som är relevanta att redovisa och effektmål måste utvecklas av varje enskild verksamhet.

BILAGA 3.

GENOMBROTTSMETODEN

Genombrottsmetoden är ett angreppssätt för spridning av kunskap och praxis som har sin förebild i ”Breakthrough series”, utarbetat av Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston. Metoden bygger på att det finns kunskap som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning i vardagsarbetet inom hälso- och sjukvården och syftar till att överbrygga gapet mellan det några vet och de flesta gör.

Hur går det till?

Organisationer från olika håll men med ett gemensamt förbättringsfokus arbetar tillsammans för att stimulera och påskynda sitt eget lärande av hur de kan förbättra sitt arbete för att uppnå ännu bättre resultat.

Genombrottsarbetet innebär att förbättringsbehov identifieras, förändringar testas i liten skala, resultaten iakttas och analyseras och beslut fattas om och hur man går vidare. Om förändringen inte leder till förbättring eller visar sig ge negativa effekter i någon annan del av systemet – det vill säga ger en sub-optimering – har man lärt sig det och går självklart inte vidare med just den förändringen. Om förändringen däremot leder till förbättring behöver den kanske testas i större skala och under lite andra omständigheter, för att fler personer successivt ska få erfarenhet av det nya arbetssättet. Större och större delar av avdelningen, kliniken, sjukhuset involveras och vid en viss tidpunkt sker ett genombrott, det vill säga den nya praxisen har slagit igenom och har resulterat i påtagliga mätbara förbättringar i processer och resultat (konsekvens för patienterna). Metoden bygger således på aktivitet och lärande hos de människor som har att hantera det direkta, konkreta hälso- och sjukvårdsarbetet.

Förändringstryck

En viktig hörnsten i genombrottsarbetet är att det finns ett förändringstryck. Ju större gap mellan kunskap och praxis, desto större är förändringstrycket. Det innebär att teamet eller verksamheten måste känna till sina egna rutiner

och resultat och vara intresserade av att jämföra dem med vad andra gör och åstadkommer. Förutom att veta detta måste teamen vilja förändra sina rutiner. Genombrott är en metod för förändringsarbete, inte en metod för att göra mer av samma sak. Som grund ligger således en kunskapsbas, men också det faktum att det finns verksamheter som har visat att det går att uppnå mycket goda resultat.

Förändringsvilja

Att det finns vilja till förändring hos de individer och den verksamhet som funderar på att påbörja ett genombrottsarbete är en viktig förutsättning. Att skapa vilja och engagemang är en uppgift och ett ansvar för chefer och ledare i den verksamhet som ska utvecklas och förbättras. Det är en vetenskap i sig att förstå vad som motiverar människor att ändra beteenden, praxis och attityder men som vi vanligtvis inte ägnar särskilt mycket tid åt under själva projektarbetet. Fenomenet motstånd brukar dock behöva diskuteras under något av de lärande seminarierna, då det är något som de allra flesta som ger sig in i ett förändringsarbete stöter på förr eller senare.

Mätningar och mål

För att avgöra om en förändring är en förbättring, måste organisationer eller team dels ha ett mål, dels på något sätt mäta om testade förändringar leder mot målet, det vill säga mäta resultat och trender. Mätningar över tid löper därför som en röd tråd genom genombrottsarbetet och en av svårigheterna som teamen/deltagarna ofta stöter på är att fastställa tydliga, mätbara mål och att hitta enkla användbara mätmetoder som visar att de är på rätt väg – mot målet. I det steget har handledarna en viktig uppgift att stötta teamen. Som handledare är det viktigt att komma ihåg att det är teamen som sätter målen och det är de som ska utföra mätningarna. Mätningarna är ett stöd och får inte bli ett betungande merarbete och de får absolut inte uppfattas som målet i sig.

Förändringskoncept och förändringsidéer

Vad kan vi lära av dem som utvecklat bättre rutiner och åstadkommer bättre resultat än våra egna? Vad är det de har gjort? Genombrottsmetoden syftar till att snabba på spridningen av bättre rutiner och praxis, och är en viktig hörnsten i arbetet att lära av andra. I projektledningens förarbete ingår därför spa-

ning och identifiering av goda exempel samt att arrangera ett expertgruppsmöte som syftar till att ta fram förändringskoncept och formulera övergripande mål för hela projektet. Vad är möjligt att åstadkomma inom respektive ämnesområde? Vad är en gyllene standard?

Många som arbetar i vården har förändringsidéer, som de aldrig getts tillfälle eller tagit sig för att pröva. Ett genombrottsprojekt kan vara tillfället som legitimerar att förändringar prövas. En god idé är att låta teamen pröva sina egna idéer, men i de fall förbättringarna dröjer bör de uppmärksammas på de förändringskoncept som expertgruppen sammanställt.

I de fall förändringsidéer helt saknas finns flera metoder att tillgripa. Läs, intervju, gör studiebesök eller börja helt enkelt att brainstorma i den egna gruppen. En idé kan snabbt föda en annan. Våga pröva okonventionella idéer, som kan verka helt befängda eller orealistiska vid en första reflektion. Underskatta inte idéer, som kan verka enkla och på gränsen till banala. Det är inte ovanligt att det är just de idéerna, som visar sig mest kraftfulla.

Arbetsgången

Under projekttiden träffas teamen vid olika tillfällen till lärande seminarier. De mellanliggande arbetsperioderna används för att dels testa förändringar, dels sprida de förändringar som visar sig leda till förbättringar. I IHI:s ursprungsdesign är det tre lärande seminarier i internatform och två mellanliggande arbetsperioder.

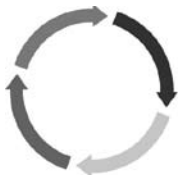
Det finns många olika sätt att designa projekten och på många håll i Sverige finns erfarenheter av både fler och kortare seminarier. Eftersom angreppssättet är lärandestyrt går det dock inte att genomföra projekt hur kort eller snabbt som helst. Det krävs viss tid för att göra och lära av görandet, det vill säga åstadkomma ett lärande som kan ligga till grund för fortsatt handlande.

Nolans modell

Den röda tråden som går igen – inte bara i genombrottsprojekt utan i nästan allt förbättringsarbete – är Nolans modell som består av tre frågor och det så kallade förbättringshjulet, PDSA-cykeln:

- Vad är det vi vill uppnå?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring?
- Vilka förändringar kan vi göra, som leder till förbättringar?

PDSA-cykeln



2005-02-24

- Planera
- Testa, Gör, Pröva
- Studera, Analysera
- Lär, Agera

Vill du veta mer om genombrottsmetoden, gå in på
www.skl.se/genombrott eller www.ihl.org/ihl

BILAGA 4.

PÅ MOTTAGNINGEN

Vägledning till samtal i mötet med en ungdom eller ung vuxen som söker UMLV för testning

Det följande är en komplett genomgång som, till exempel på grund av tidsbrist, inte alltid är möjlig att genomföra eller relevant beroende på typ av mottagning. Anamnes tas, diagnos ställs och behandling ges av respektive behörig personal. En del använder sig av förtryckta mallar som patienten själv får fylla i, men mötet kan vara mer givande om frågorna ventileras muntligt. Man börjar lämpligen med att fråga om orsaken till besöket, som kan bero på

1. att man har symtom som förknippas med en STI,
2. att man har blivit uppmanad av partner eller via smittspårning att testa en viss infektion,
3. oro eller kontroll utan symtom till exempel vid partnerbyte.

Oavsett orsak rekommenderas följande upplägg

- A. Frågor kring symtomen: Vilken typ? Hur länge? Känt liknande tidigare? Har partner symtom?
- B. Tidigare STI och när? Observera att det är vanligt att många haft besvär utan att man vid tidigare undersökning hittat orsaken. Det rör sig då troligen om en ospecificerad uretrit eller annan nedre genital infektion som kan vara sexuellt överförd.
- C. Senaste STI-undersökning: när och var?
- D. Andra nuvarande eller tidigare sjukdomar av allvarigare karaktär.
- E. Sexualanamnesen är central och ska omfatta följande frågor
 - a. Sexualpartner? Stadig eller tillfälliga partner? Sexuella relationer utanför den stadiga relationen?
 - b. Antal partner senaste 6 eller 12 månader? Typer av sexuell praktik? Har man använt skydd?
 - c. Totalt antal partner under livet?
 - d. Misstänkt smittöverföringstillfälle?
 - e. Sexuella kontakter i utlandet eller utländska kontakter i Sverige – när, hur och var?

Sexuell praktik:

- f. Senaste vaginalsamlaget?
- g. Oralsex – aktivt eller passivt?
- h. Analsamlag – aktivt eller passivt?

Ställs frågorna neutralt och självklart uppstår aldrig några pinsamheter och svaren utgör basen för de fortsatta åtgärderna.

- F. Sexuell preferens: fråga om partner har varit män, kvinnor eller både och under den aktuella perioden. Om personen är en kvinna som bara har sex med andra kvinnor så kan frågor om preventivmedel och kondom upplevas som kränkande.
- G. Preventivmedel: Kondomanvändning vid de olika sexuella kontakterna kan delas upp i alltid – oftast – hälften – ibland – aldrig men också preciseras, de flesta som använder kondom gör det endast vid penetrerande vaginala eller anala samlag och så gott som aldrig vid oralsex. Om man använder kondom, fråga alltid om den används under hela samlaget. Frågan om graviditetsskydd i övrigt till exempel p-piller eller annat bör även ställas till män.
- H. Kvinnor tillfrågas om senaste mens, regelbunden mens och eventuell tidpunkt för första menstruation. Frågan om antal graviditeter och aborter kan också omformulerat ställas till män.
- I. Drogvanor: alkohol, tobak, olagliga droger och i så fall hur dessa har tagits?
- J. Aktuella mediciner och antibiotika under den aktuella perioden samt eventuell överkänslighet för någon medicin?

Med rätt samtalsmetodik och intervjueteknik hos personal som visar intresse och empati kan mötet ge många positiva effekter och ge uppslag och ingångar till närmare diskussioner av preventiv karaktär. Mötet kan ge

1. förtroende hos patienten för medverkan i fortsatt utredning med såväl prover, behandling, uppföljning som smittspårning,
2. möjlighet att samtala kring kondomvanor och om dessa måste förbättras,
3. tillfälle för den unge att reflektera över sitt sexuella liv och få saklig information om STI och risker,
4. tillfälle för personalen att belysa frågan hur man hanterar alkohol i relation till sex,
5. möjlighet för den unge att ta upp eventuella negativa upplevelser av sex,
6. möjlighet för personalen att erbjuda lämplig fortsatt stödkontakt vid behov.

Förslag till vägledning för handläggande vid olika besöksorsaker (2009)

Ansvarig läkare utfärdar de riktlinjer som gäller för varje enskild mottagning och den vägledning som ges här ska ses som ett underlag för reflektion, diskussion och kunskapsutveckling i personalgruppen. Undersökning och behandling av personer med symtom görs vanligen av specialist i allmänmedicin. Kvinnor med symtom undersöks ofta av gynekolog. Venereolog och barn- och ungdomsläkare finns vanligen i större städer och i storstadsregioner.

Patient utan symtom, som söker för kontroll eller är orolig över att kunna bära på en infektion

Åtgärder

- Klamydiatest.
- Erbjud hivtest.
- Erbjud klinisk undersökning.
- Gör upp om hur svar ska ges.

Män: Urinprov.

Kvinnor: Prov tas från livmoderhalsen eller slidan. Provet kan transporteras i ett urinprov. Ibland tas enbart urinprov.

Män och kvinnor: Beroende på sexuell praktik tas test på relevanta lokaler.

För särskilt riskutsatta: Ge mer tid för utvidgad provtagning, uppföljning och eventuellt stöd. Vid sexkontakter utanför Norden: ta gonorréodling och test för hiv och syfilis, erbjud ny provtagning tre månader efter sista kontakten.

Särskilt riskutsatta är, bland andra, alla som har oskyddat sex med många partner, män som har oskyddat sex med män (MSM), de som har sexuella kontakter i länder med hög prevalens av andra STI än klamydia. Även de som ofta använder alkohol och droger i samband med sex är utsatta för ökad risk.

Smittspårad med eller utan anmaningsbrev

Fast partner med klamydia

- Ta test och ge behandling.
- Erbjud hivtest.

Fast partner med gonorré

- Ta test inklusive klamydia och remittera till STI-mottagning för behandling.
- Erbjud hivtest.

Fast partner med syfilis

- Ta syfilistest, samt klamydiatest.
- Erbjud hivtest och remittera till STI-mottagning för fortsatt uppföljning och eventuell partnerbehandling.

Fast partner med hiv

Ta test, erbjud snabbtest om tillgång till sådan finns och säkerställ ett gott stöd oavsett svar. Om testet utfaller positivt remitteras patienten till hivmottagning omgående. Rutiner för detta ska vara upparbetade. Om testet är negativt görs nya test upp till 3 månader efter senaste kontakten. Därefter görs uppföljning via den mottagning partnern är knuten till.

Smittkälla okänd

Ta aktuellt test, erbjud alltid klamydia- och hivtest och uppmana till att inte ha sexuella kontakter innan svaret föreligger. Vid hiv och syfilis följs patienten i 3 månader efter sista sexkontakten. Om patienten under tiden erhåller antibiotika bör uppföljningen för syfilis utökas till 4–6 månader. Om patienten har symtom: se nedan.

Sveda vid miktion och/eller flytningar**Män:**

- Klinisk undersökning, ta klamydia- och gonorrétest. Om en flytning från urinröret ses, behandla som vid klamydia. Behärskar man att mikroskopiskt bedöma ett färgat utstryk av uretrasekret kan vid förekomst av vita blodkroppar tillståndet skiljas mellan gonorré och icke-gonorroisk urinrörskatarr (uretrit) och riktad behandling ges.
- Preliminär kontaktsparning, pågående relation uppmanas söka för testning och få samma behandling som patienten.
- Uppmana till att inte ha sexuella kontakter inklusive intim genital kroppskontakt. Gäller även med kondom.
- Diagnosen uretrit ställs vid fynd av över 4 neutrofila leukocyter i den mikroskopiska undersökningen med 1 000 gångers förstoring i minst fem synfält.

Kvinnor:

- Klinisk undersökning och bedömning av vulva, vagina och portio samt vaginalsekretet. Ett ofärgat utstryk av vaginalsekret som undersöks mikroskopiskt i 400 gångers förstoring kan ge god vägledning och ytterligare information får man med pH-mätning.
- Cervicit: Gulaktig flytning från yttre modermunnen, ofta ruckömhet vid palpation av portio. Ta klamydia- och gonorrétest och behandla som vid klamydia (om inte ett positivt mikroskopiskt direktprov visar förekomst av gonorrébakterier, då sådan behandling ges).
- Salpingitmisstanke, eller tecken på uppåt stigande infektion: Testa enligt ovan och konsultera omgående gynekolog. Särskilda riktlinjer för behandling finns.
- Trichomonas: För närvarande mycket ovanligt förekommande i Sverige. Skummig flytning, lätt förhöjt pH (kring 5) och rörliga protozoer i vaginalsekretet. Testa för klamydia och gonorré. Partnerbehandling ska alltid ges.
- Bakteriell vaginos: Tunn homogen flytning, lätt förhöjt pH (>4,5) och lukt av ”rutten fisk”. Cluecells i våtutstryket. Olika behandlingar finns. Ta alltid klamydia- och eventuellt gonorrétest.
- Candidainfektion: Vitaktig klumpig flytning, rodnade slemhinnor, klåda, svamptrådar ses i våtutstryket. Ge lämplig svampbehandling och erbjud klamydiatest.

I samtliga fall gäller att alltid erbjuda hivtest.

Infektionen *Mykoplasma genitalium* ger liknande symtom som klamydia. Fler och fler blir medvetna om denna infektion och efterfrågar test. Om det är möjligt, ta test vid symtom framför allt om ett tidigare klamydiatest är negativt.

Genitala sår

Den vanligaste orsaken till genitala sår, i Sverige, är herpes. Om det misstänks bör man, så fort som möjligt, ta ett test för detta. Det underlättar det fortsatta omhändertagandet. Andra orsaker är syfilis – som är ovanligt förekommande men sprider sig i Sverige huvudsakligen mellan MSM – mjuk shanker (*ulcus molle*), lymfgranuloma venereum, impetigo, hudsjukdomar som inte beror på infektioner, malignitet, trauma med flera. Den unge patienten bör undersökas av läkare för bedömning och fortsatt utredning.

Utslag, klåda, ”prickar”, vårtor med mera

Utslag, klåda, ”prickar”, vårtor med mera är ofta stora bekymmer för ungdomar och unga vuxna och skapar mycket oro. Rätt diagnos är viktig och allt är inte kondylom. Kondylom är en klinisk diagnos – vid tveksamhet, be någon mer erfaren titta. Många får bekymmer på grund av överdriven underlivshygien med kliande utslag – minska tvålanvändningen, tvätta med barnolja.

Utslag på ollonet och/eller förhuden är också en vanlig orsak att unga män söker på mottagningar för STI. Oftast rör det sig om en ospecifik balanit och det är inte en smittsam svampinfektion. Om det inte går över efter någon veckas behandling, genomför en mer noggrann utredning. Om klådan är besvärande

- glöm inte att kontrollera skabb,
- observera rakning i underlivet, förutom att rakning ofta förorsakar hårsäckinflammationer så verkar den ge grogrund för spridning av kondylomvirus till de rakade partierna.

Passa alltid på att erbjuda test för klamydia och hiv om det är rimligt.