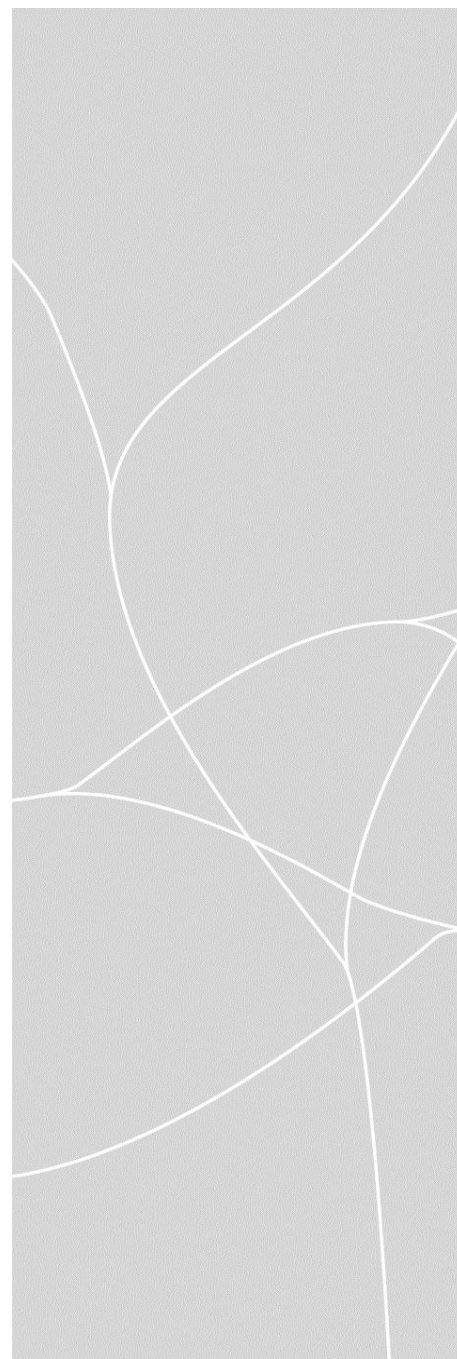


Unga risktagande

En kartläggning av socialtjänstens arbete kring unga risktagande och sexualitet

Anette Grander

Sexuell hälsa, Malmö stad



Materialet är framtaget med ekonomiskt stöd från 2013 års anslag 2:5 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar, som från 2014 fördelas av Folkhälsomyndigheten för att nå målen i proposition 2005/06:60 Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.

Projektledare: Anette Grander
Projektmedel: Folkhälsomyndigheten
Projektägare: Malmö stad och Region Skåne

Kontakt: Anette Grander
Email: anette.grander@malmo.se
Telefon: 0709-831236

Innehållsförteckning

Unga risktagande	1
1. Sammanfattning	4
2. Inledning	5
3. Bakgrund och tidigare forskning	6
4. Mål	7
5. Målgrupper	7
6. Samverkan i projektet	7
7. Studiens upplägg och genomförande	9
7.1 Urval och bortfall	9
7.2 Enkätundersökning	10
7.3 Intervjuundersökning.....	11
7.4 Tillförlitlighet	12
7.5 Etiska överväganden.....	13
8. Presentation av resultat.....	13
8.1 Populationen	14
8.2 Ämnets relevans för det dagliga arbetet.....	15
8.3 Att arbeta med risktagande och sexualitet	16
8.3.1 Utredningsverktyg.....	16
8.3.2 Samtal kring sexualitet med klienter	17
8.3.3 Samtal kring sexualitet med personalgruppen.....	19
8.4 Samverkan.....	21
8.5 Kunskap om sexualitet och risktagande.....	23
8.5.1 Allmänt risktagande och frågor kring hbtq och normkritik	23
8.5.2 Migration och sexualitet.....	25
8.5.3 Familjehemsutredningar och samtal kring sexualitet	26
8.6 Utbildning och kompetensutveckling	27
9. Analys och sammanfattning.....	30
9.1 Sexuell hälsa som en mänsklig rättighet.....	30
9.2 Region Skånes arbete med sexuell och reproduktiv hälsa.....	30
9.3 Socialtjänstens arbete med sexuell och reproduktiv hälsa.....	32
10. Slutdiskussion och förslag på fortsatta insatser	34
11. Litteratur- och källförteckning	37

1. Sammanfattning

Att ha möjlighet till en god sexuell och reproduktiv hälsa är en mänsklig rättighet. I praktiken kan denna rättighet innebära allt ifrån information och kunskap om säkrare sex, tillgång till hiv- och klamydiatester och säker mödravård till rådgivning, behandling och stödjande samtal kring sexuell riskutsatthet. Rapporter och undersökningar från bland annat Ungdomsstyrelsen visar att ungas fysiska och psykiska ohälsa ökar i Sverige samtidigt som studier visar på att unga som har varit i kontakt med socialtjänsten utifrån exempelvis institutionsplaceringar, är mer sexuellt risktagande än andra. Trots detta saknas det forskning kring hur socialtjänsten arbetar med sexualitet och sexuell hälsa kopplat till unga som är sexuellt riskutsatta.

Projektets syfte har varit att kartlägga hur individ- och familjeomsorgen i Malmö stad och Hörby kommun arbetar med unga risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa. Kartläggningen har genomförts genom en enkät- och intervjuundersökning. Då undersökningen är att betrakta som en pilotstudie har kartläggningens omfattning begränsats till att rikta sig mot två stadsområden i Malmö (Söder och Innerstaden), Verksamheten ensamkommande barn samt en skånsk pilotkommun (Hörby).

Enkätundersökningen har genererat 75 svar, vilket innebär en svarsfrekvens på ca 68 %. Därutöver har 10 socialsekreterare, familjehemssekreterare och sektions/enhetschefer intervjuats. I svaren framkommer inga signifikanta skillnader mellan Malmö stad och Hörby kommun. Kartläggningen visar på flera intressanta mönster gällande socialtjänstens arbete med sexualitet och sexuell hälsa. Bland annat framkommer det:

- att de yrkesverksamma anser att ämnet unga risktagande och sexualitet är relevant för det dagliga arbetet inom socialtjänsten.
- att yrkesverksamma är överens om att det finns ett behov av att inkludera frågor kring sexualitet och sexuell hälsa i utrednings- och uppföljningssamtal med klienter, men att detta inte görs i tillräckligt hög utsträckning.
- att de intervjuade respondenterna anser att kunskapsbrist, hög arbetsbelastning och personalomsättning, brist på tydligt förankrade rutiner och riktlinjer samt brist på arbetsmetoder och verktyg är främsta orsaker till varför socialtjänsten inte inkluderar frågor kring risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa i det dagliga arbetet.
- att de intervjuade respondenterna anser att arbetet med sexualitet och sexuell hälsa inte är prioriterat av ledningen på arbetsplatsen.
- att yrkesverksamma inom socialtjänsten upplever omfattande kunskapsbrist kring framför allt migration och sexualitet, köp och sälj av sexuella tjänster samt sexuellt risktagande.
- att yrkesverksamma inte har tillräcklig kännedom om vart de kan hänvisa sina klienter vid behov av stöd, råd eller behandling gällande risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa.

- att yrkesverksamma upplever att socialtjänsten inte samverkar i tillräckligt hög uträkning med frivilligorganisationer, sjukvården och kommunala verksamheter gällande risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa.
- att yrkesverksamma är positiva till kompetensutveckling kring risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa.
- att yrkesverksamma efterfrågar fördjupad kunskap ibland annat hbtq- frågor, normkritiskt arbete samt samtalsmetoder.
- att yrkesverksamma kan avsätta en halv- eller heldag/år åt kompetensutveckling i ämnet.

2. Inledning

Projektet Unga risktagande startade i slutet av augusti 2013 inom Malmö stads verksamhet för sexuell hälsa som organisatoriskt finns i Sociala resursförvaltningen. Grundidén bakom projektet kom från utvecklingssekreterare Niclas Olsson, som i samarbete med forskare Cecilia Kjellgren, Lunds Universitet genomfört en studie kring unga sexual förövare (*Att kunna se, att våga se, 2011*). Studien omfattade bland annat en enkätundersökning riktad mot yrkesverksamma inom Malmö stads socialtjänst. Studien som genomfördes 2011, visade på stora kunskapsbrister bland de yrkesverksamma gällande sexuellt utåtagerande unga. Då svarsfrekvensen blev anmärkningsvärt låg drog författarna till studien slutsatsen att det finns ett stort mörkertal inom Malmö stads individ- och familjeomsorg gällande arbetet med målgruppen.

I Malmö stads handlingsprogram för arbetet med sexuell hälsa (2010-2014) formuleras ett specifikt mål som inkluderar individ- och familjeomsorgens arbete med sexualitet, sexuell våld och risktagande/smitta. Längre fram i rapporten beskriver jag detta handlingsprogram samt andra nationella och regionala riktlinjer som reglerar individ- och familjeomsorgens arbete mer ingående. Det kan emellertid konstateras att forskning och kunskapsutveckling kring hur yrkesverksamma inom individ- och familjeomsorgen arbetar med ovan nämnda områden är bristfällig. Detta är en av anledningarna till att verksamheten sexuell hälsa inom Sociala resursförvaltningen tog initiativ till projektet Unga risktagande. Därtill har före detta Smittskyddsinstitutet, SMI (nu Folkhälsomyndigheten) efterlyst mer kunskap och framförallt nya interventioner riktade mot den grupp av unga som är mer risktagande än andra, vilket exempelvis kan vara unga hbtq-personer och unga med utländsk bakgrund.

Ansökan till SMI för finansiering av projektet har skett i samverkan med Region Skåne vilket innebär att även ett regionalt perspektiv inkluderas i projektet.

Jag anställdes som projektledare för Unga risktagande i augusti 2013 och mina erfarenheter av arbete inom individ- och familjeomsorgen har gett mig värdefull kunskap om hur socialtjänstens arbete ser ut gällande ungas risktagande och sexualitet. I mitt tidigare arbete som socialsekreterare har jag konstaterat att det bland annat saknas tillräckligt med kunskap, erfarenhet och organisatoriska förutsättningar för att ett kunskapsförankrat och hälsofrämjande arbete kring sexualitet och sexuell hälsa ska kunna genomföras på ett kvalitets- och rättsäkert sätt.

I projektet har jag haft kontinuerlig handledning av fil.Dr i Socialt arbete Lars B Ohlsson som har bidragit med värdefull kunskap och goda råd.

Denna rapport, som ska betraktas som en pilotstudie, är inte heltäckande för allt som gjorts under de sex månader projektet varit igång, men det är en sammanställning och analys av enkät- och intervjuundersökningens resultat och en fingervisning om vart projektet är på väg och vad som är kvar att göra.

3. Bakgrund och tidigare forskning

Projektet syftar till att kartlägga hur individ- och familjeomsorgen arbetar med unga risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa. Underlag 2:7 från SMI (2012) visar att ungdomar, unga vuxna och hbtq- personer är riskutsatta gällande flera olika områden, däribland sexualitet. Inom dessa målgrupper finns särskilt riskutsatta personer vilka bör inrymmas när riktade satsningar genomförs (Nationell kommunikationsstrategi, 2012). Vidare betonar WHO (Världshälsoorganisationen) att ungdomar är, sett ur ett allmänt befolkningsperspektiv, den mest centrala åldersgruppen när det gäller att förebygga spridning av hiv/STI (WHO, 2006). Det är i detta sammanhang projektet Unga risktagande bör ses.

Utifrån den målgrupp som socialtjänsten kommer i kontakt med är forskning genomförd av Statens institutionsstyrelse (2011) mycket intressant. SiS forskning visar att unga som är och har varit i kontakt med socialtjänsten utifrån olika former av placeringar är mer risktagande och utsatta även sexuellt. Forskaren Malin Lindroth bekräftar detta då hon i sin avhandling *Utsatthet och sexuell hälsa- en studie om unga på statliga ungdomsbem* (2013) skriver att unga som har varit föremål för socialtjänstens insatser tillhör en av de mest utsatta grupperna i samhället. Vidare menar Lindroth att när unga placeras för vård inom socialtjänsten på grund av beteendeproblem ökar risken för framtida ohälsa. Ny forskning visar även att det finns en stor kunskapslucka och ett stort mörkertal gällande bland annat ungdomar och självskadesex där det finns en uppenbar risk för vidareföring av smitta (Lundström och Johnsson, 2012).

I Ungdomsstyrelsens rapporter *Hon hen han* (2010) samt *Om unga hbtq-personer* (2012) som handlar om unga hbtq-personers hälsa, vittnar många unga om att de känner sig kränkta och diskriminerade i möten med bland annat socialtjänsten. Personalens bemötande kan, enligt Ungdomsstyrelsen bero på okunskap vilket kan leda till dels omedveten diskriminering och dels att unga hbtq- personer inte tar kontakt med socialtjänsten trots att behov finns. Vidare poängterar Ungdomsstyrelsen vikten av att unga hbtq- personers behov och villkor synliggörs och att offentliga verksamheter har ett inkluderande bemötande och perspektiv i sitt arbete. För att detta skall kunna infrias menar Ungdomsstyrelsen att personal behöver utbildas i hur de kan förebygga psykisk ohälsa bland unga hbtq-personer och motarbeta att normativt bemötande och diskriminering i mötet med de unga sker (Ungdomsstyrelsen, 2012). Detta perspektiv bekräftas av RFSLs senaste rapport *Misstro* (2013) där över 5 000 personer under fem år har svarat på frågor via en webbenkät gällande deras förtroende för olika samhällsinstanser. I de mätningar som RFSL gjort uppger 64 % av de intervjuade hbtq-personerna att de har ett lågt förtroende för socialtjänsten. Detta är en av de högsta siffrorna i undersökningen. Även RFSL påtalar vikten av att socialtjänsten får ökad kompetens om hbtq-personers utsatthet och livsvillkor.

Malmökommissionen har nyligen lagt fram sin slutrapport *Malmöns väg till en hållbar framtid* (2013) där de sätter malmöbornas rätt till god hälsa i centrum för arbetet med att skapa ett socialt hållbart Malmö.

Enligt kommissionen utgör hälsa en av de viktigaste förutsättningarna för en persons utveckling, exempelvis genom arbete, utbildning och sociala relationer. I begreppet god hälsa inkluderas också den sexuella hälsan. Sexualitet har både hälsofrämjande och förebyggande egenskaper, men kan också påverka hälsan negativt. Även om socialtjänsten framför allt möter människor med olika former av sexuella riskbeteenden vill detta projekt även inkludera de hälsofrämjande och förebyggande effekterna av sexualitet.

Både Malmökommissionen, Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet understryker att ett samhälle tjänar på att försöka optimera hälsan och arbeta preventivt eftersom det förebyggande arbetet kostar betydligt mindre än att ta hand om de konsekvenser som ohälsa bland befolkningen leder till. Det finns alltså goda samhällsekonomiska argument för att utveckla individ- och familjeomsorgens hälsofrämjande och förebyggande arbete med den nämnda målgruppen.

Utgångsläget för projektet är att det inom de olika verksamheter där yrkesverksamma möter ovan beskrivna målgrupper, finns bristfällig kompetens och erfarenhet kring de speciella förutsättningar som råder, vilket kan leda till både stigmatisering och diskriminering. Denna kunskapsbrist kan även bidra till osynliggörande av de människor de yrkesverksamma möter i sitt arbete, vilket i sin tur kan bidra till ett ökat sexuellt risktagande samt en ökad smittöverföring av hiv/STI.

4. Mål

Det övergripande målet för projektet Unga risktagande är att minska smittspridning av hiv/STI bland personer ur grupperna ungdomar och unga vuxna (15-29) som är mer risktagande än övriga. Dessa kan exempelvis vara unga hbtq- personer och unga med utländsk bakgrund.

Projektet har också som målsättning att yrkesverksamma inom Malmö stads och Skånes individ- och familjeomsorg som möter projektets prioriterade grupper, bedriver ett väl kunskapsbaserat och förankrat preventionsarbete i relation till sexualitet och sexuell hälsa.

5. Målgrupper

Den primära målgruppen för projektet är yrkesverksamma inom individ- och familjeomsorgen som möter nedan nämnda målgrupper i sitt arbete.

Den sekundära målgruppen är ungdomar/ unga vuxna som är mer risktagande än övriga, vilket exempelvis kan vara unga hbtq- personer och unga med utländsk bakgrund.

6. Samverkan i projektet

För att skapa en så heltäckande bild som möjligt av hur socialtjänstens arbete ser ut både på lokal och regional nivå, har jag använt mig av en bred kontaktyta för möjliga vägar till samverkan och för tips och vägledning i projektet. Jag har etablerat kontakt med frivilligorganisationer, verksamheter inom kommun och landsting samt enskilda personer

med kunskap och erfarenhet inom området. Nedan redogör jag för några av de personer och verksamheter som jag har inlett samverkan med.

Jag har inlett ett samarbete med Ida Hall, verksam inom Smittskydd Skånes projekt **Kondomkunskap**. Projektet har som mål att arbeta för en ökad kondom användning och annan säkrare sexpraktik bland ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15-29 år i Skåne. Under åren 2011 – 2013 har projektet arrangerat utbildningar kring kondomer och säkrare sex för personal inom framförallt skolhälsovården och inom ungdomsmottagningar. Under 2014 och 2015 kommer utbildningar även att arrangeras för personal inom socialt arbete som möter ungdomar och unga vuxna. Utifrån dessa planerade utbildningar har jag haft flera möten kring möjligheter till samverkan med projektet Kondomkunskap. Fokus har legat på att undvika två parallella kartläggningar och utbildningsinsatser riktade till samma yrkesgrupp. Diskussionen har istället förts med utgångspunkt i hur vi kan skapa synergieffekter samt dra nytta av varandras projekt och kartläggningar. Eftersom projektet Kondomkunskap framför allt riktar sig till personal inom öppenvården, behandlingsinsatser och institutionsplaceringar medan projektet Unga risktagande har socialsekreterare/familjehemssekreterare inom individ- och familjeomsorgen som fokus, riskerar inte de båda projekten att rikta sina respektive kartläggningar till samma personalgrupp. I samtalen med Ida Hall har det stått klart att diskussionen kring samverkansmöjligheter bör fortskrida och intensifieras när respektive insatser ska planeras, under våren 2014.

Jag har även haft kontakt med Hedvig Nathorst-Böös inom **RFSL ungdom** samt Cecilia Jarl Åberg inom **ALMAeuropa** som under 2013 arbetat med projektet **HBT och Heder**. I projektet ingår olika former av kompetenshöjande insatser för socialtjänsten inom Stockholm stad. I möte med Hedvig och Cecilia i Stockholm i december 2013 framkom det att våra respektive projekt har flera gemensamma beröringspunkter, såsom syfte, förslag på utbildningsinsatser och dess upplägg och innehåll. RFSLs och ALMAeuropas erfarenhet av att planera, organisera och genomföra olika former av kompetenshöjande insatser riktade till bland annat socialsekreterare är mycket värdefulla att ta del av i projektet under 2014. Jag kommer att hålla kontakten med Hedvig och Cecilia och de ställer sig positiva till ett framtida samarbete.

Utifrån **RFSU**s arbete med projektet **Sexualitet och migration** samt deras arbete med **socialt behandlingsarbete och sexualitet** har jag fört diskussioner med Tobias Herder och Elinor Hansson kring samverkansmöjligheter och för tips och råd kring mitt eget arbete med projektet. Projektet Sexualitet och migration har genomfört utbildningen "Samtal om Sexualitet" med personal som arbetar med migrantungdomar i Malmö, bland annat på hem för vård och boende (HVB) för ensamkommande ungdomar. I utbildningarna får personal diskutera hur migration påverkar den sexuella hälsan samt hur man kan lyfta och vara öppen för ungdomars frågor rörande sexualitet inom sina respektive verksamheter. Projektet ska även ta fram ett metodmaterial kopplat till utbildningarna.

2009 gjorde RFSU i samverkan med Statens institutionsstyrelse (SiS) en specialsatsning på tre olika behandlingshem i Skåne där de arbetade med både personalgrupper och klienter kring sexualitet. Syftet med satsningen var att utreda huruvida utbildning och handledning kan inspirera till fördjupade insikter om hur yrkesverksamma kan inkludera sexualitet i det ordinarie arbetet. Arbetet utmynnade bland annat i ett metodmaterial (*Samtal om sexualitet- att beröra sexualitet i socialt behandlingsarbete*) riktad till yrkesverksamma kring socialt behandlingsarbete och sexualitet. I samtal med Elinor Hansson framkommer det att RFSU är positiva till en samverkan gällande utbildningsinsatser riktade till yrkesverksamma inom individ- och familjeomsorgen. I mars 2014 kommer jag ha ett planeringsmöte med RFSU för att ytterligare utveckla våra planer på samverkan.

Jag har även haft kontakt med Malmö stads **Råd- och stödteam för sexuella tjänster** som erbjuder kontinuerliga utbildningar kring köp och sälj av sexuella tjänster riktad till yrkesverksamma inom Malmö stad.

Råd- och stödteamet har tagit fram ett metodmaterial kring prostitution samt erbjuder yrkesverksamma inom socialt arbete utbildning kring frågor gällande bland annat människohandel, köp och sälj av sexuella tjänster och sex och internet. Jag har haft ett flertal möten med personal inom Råd- och stödteamet och har även haft möjlighet att presentera mitt projekt för deras nätverk på ett frukostseminarium. Vi kommer att fortsätta vår kontakt under 2014 då det finns goda möjligheter till samverkan gällande både utbildningsinsatser samt framtagande av metodmaterial.

Malmö stads kvinnofridssamordnare Margot Olsson och det nya **Kompetenscentret mot våld i nära relation** planerar att under 2014 genomföra olika former av utbildningsinsatser riktade till yrkesverksamma i Skåne. Då rekryteringsprocessen av kompetenscentrets projektledare är pågående kommer jag att kontakta de ansvariga i februari/mars när rekryteringen beräknas vara klar.

7. Studiens upplägg och genomförande

För att kartlägga socialtjänstens arbete med unga risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa har jag använt mig av både kvalitativ och kvantitativ metod i form av en enkät- och intervjustudie. Då projekttiden var begränsad har jag bland annat avgränsat kartläggningens geografiska omfattning.

7.1 Urval och bortfall

På grund av att tiden för undersökningen blev begränsad samt dess karaktär som pilotstudie har urvalet varit strategiskt och selektivt, det vill säga den population som bedömdes som lämpligast och som varit tillgänglig. Det innebär att jag utifrån nationella och regionala undersökningar såsom 2012 års Folkhälsoundersökning, tidigare forskning kring unga och risktagande samt befintlig statistik valde ut två stadsområden inom Malmö stad (Söder och Innerstaden), Verksamheten ensamkommande barn samt Hörby kommun för min enkätundersökning. Jag valde även att endast rikta mig till utredare, socialsekreterare och familjehemssekreterare inom individ- och familjeomsorgen då kompetensutvecklande satsningar med fokus på yrkesverksamma inom öppenvården, institutionsvård och behandling är genomförda sedan tidigare.

Det fanns inget fixerat antal enkäter i undersökningen utan strävan var att få ett så stort antal svar/population som möjligt. Detta innebär att det inte finns något externt bortfall att redovisa. Det interna bortfallet i enkätundersökningen varierar mellan 3 och 14 svaranden på varje fråga, vilket jag bedömer inte nämnvärt påverkar det sammantagna resultatet av enkätundersökningen. Med anledning av detta har jag valt att i resultatkapitlet inte redovisa bortfallet på varje frågeställning.

Jag har valt att använda mig av en digital webbaserad enkät framför den mer traditionella ”postenkäten”. Anledningen till valet av denna metod är att en enkät som skickas via post ofta genererar färre svar än om respondenterna har möjlighet att svara på enkäten via internet. Av egen erfarenhet vet jag att yrkesverksamma inom individ- och familjeomsorgen ofta upplever en hög arbetsbelastning med begränsad tid för andra arbetsuppgifter än dem som ingår i det dagliga arbetet. Med anledning av detta ville jag begränsa bortfallet genom att minska den tidsåtgång som det tar att svara på en postenkät.

Distributionen av enkäten genomfördes med hjälp av ansvarig sektions- eller enhetschef på de enheterna och förvaltningar jag har valt att rikta enkätundersökningen till.

Jag skickade den digitala länken till berörd chef som vidarebefordrade mail inklusive länk till sin personalgrupp i samband med mitt besök på enheten. Detta tillvägagångssätt innebär att jag saknar en exakt siffra på hur många av de yrkesverksamma som fick tillgång till enkäten. Jag har emellertid bitt ansvariga sektions- och enhetschefer uppskatta hur stor personalgruppen har varit som de har distribuerat den digitala webbenkäten till. Jag har räknat ut att den sammanlagda målgruppen omfattas av cirka 111 respondenter. 75 svar är inkomna och svarsfrekvensen är således 68 %, vilket bör utgöra en relativt god representation för den sammantagna målgruppen. När enkätsvaren inkommit till enkätverktyget har jag sammanställt svaren parallellt med att jag bokar in intervjutillfällen med respondenterna som anmält sitt intresse i enkäten.

Urvalet av respondenterna i intervjuundersökningen som också är strategiskt och selektivt, har styrts genom att de som fyllt i enkäten fått svara på om de också vill bli intervjuade. Jag har även i samband med mina besök på personal- och arbetsplatsmöten presenterat möjligheten till att bli intervjuade och har bokar in intervjutillfällen med respondenter i samband med dessa besök.

Sammanlagt har jag intervjuat 10 yrkesverksamma, vilket omfattar både socialsekreterare, familjehemsekreterare och sektions- och enhetschefer. I analysen av intervjumaterialet kan jag konstatera att det inte råder någon signifikant skillnad i svaren mellan socialsekreterare, familjehemsekreterare eller chefer. Med anledning av detta har jag valt att inte redovisa intervjuцитaten utifrån profession utan istället behandla samtliga intervjuer lika.

Eftersom svaren inte heller skiljer sig signifikant från varandra beroende på geografisk hemvist (Malmö stad eller Hörby) i de båda undersökningarna har jag valt att redovisa enkät- och intervjumaterialet utan att ange vilken kommun respondenten arbetar i.

7.2 Enkätundersökning

Enkäten är framtagen med hjälp av verktyget Survey monkey och innehåller 21 frågeställningar med både öppna och fasta svarsalternativ. Survey monkey har bistått mig i att designa enkäten, samla in svar samt analysera och sammanställa informationsmaterialet.

De 21 frågeställningarna är av varierande karaktär och enkäten innehåller flera olika frågetyper, exempelvis flervalfrågor och betygsskalor. Frågorna i enkäten fokuserar på respondenternas uppskattning och upplevelse av egna kunskaper, erfarenheter och framtida behov kring det dagliga arbetet med unga risktagande och sexualitet. Enkäten inleds med en kort sammanfattning av projektets bakgrund, syfte samt vem som är ansvarig för projektet.

För att enkäten skulle generera en så hög svarfrekvens som möjligt tog jag kontakt med respektive sektions- och/eller enhetschef inom de verksamhetsområden jag önskade inkludera i kartläggningen. Den första kontakten tog jag via mail, men snart insåg jag att responsen skulle utebli genom detta tillvägagångssätt. Jag väntade därför cirka två veckor efter första mailutskicket innan jag ringde upp de berörda cheferna. I samtalen presenterade jag mig själv, projektets syfte och anledningen till varför jag kontaktade just dem. I majoriteten av samtalen fick jag mycket positiv respons och ämnet tycktes väcka både nyfikenhet och intresse för projektet och för att delta i kartläggningen. I några samtal var det tydligt att det på grund av den omorganisering som Malmö stad stod inför, rådde osäkerhet huruvida verksamheten kunde avvara tid för att delta i en undersökning som denna.

I dessa fall bad jag om att få återkomma senare under hösten för att se om mer tid kunde tas i anspråk då. I ett enda fall tackade enhetschefen nej till att delta och uppgav just omorganisering och prioritering av befintlig verksamhet som anledning.

I samband med samtalen bokade jag in besök på arbetsplatsträffar eller personalmöten med syfte att presentera bakgrund och syfte med projektet och enkäten för personalgruppen. Som nämnts ämnade jag etablera en positiv och personlig kontakt med de yrkesverksamma för att på så sätt generera en så hög svarsfrekvens som möjligt och för att fånga upp uppriktiga och trovärdiga svar trots det känsliga ämnet. Jag informerade också om möjligheten att fylla i enkäten på plats om tid och praktiska förutsättningar fanns på arbetsplatsen. Flera sektionschefer ställde sig positiva till denna möjlighet.

Vid ett tillfälle hade personalgruppen fyllt i enkäten innan mitt besök och vid två besök fylldes enkäten i på plats. På resterande besök presenterade jag projektet och syftet med kartläggningen och skickade sedan ut länken till enkäten till ansvarig sektionschef som vidareberfodrade länken till personalgruppen. Besöken som varierade mellan 15-45 minuter väckte många frågor, funderingar och nyfikenhet hos de yrkesverksamma.

Sammanlagt besökte jag nio verksamheter, varav två i Hörby kommun. Jag planerade in besöken i oktober, november och december samtidigt som jag bokade in och genomförde intervjuer med yrkesverksamma i både Malmö och Hörby. Parallellt med detta arbete samlade jag in enkätsvaren där jag i ett tidigt skede såg flera intressanta mönster och avvikelser i svarmaterialet. I handledning med Lars B Ohlsson diskuterade vi vilka frekvenser och korstabuleringar som var intressanta att lyfta fram och analysera vidare, vilka jag kommer att redogöra för och beskriva närmre under presentation av resultat.

7.3 Intervjuundersökning

För att problematisera och fördjupa kartläggningens frågeställningar har jag valt att komplettera enkätstudien med kvalitativa intervjuer. Genom intervjuer ville jag fånga ett mer personligt och mångfacetterat perspektiv som inte går att göra med hjälp av enbart den kvantitativa enkätstudien.

Intervjuguiden är semistrukturerad och består av 24 frågeställningar med öppna svarsalternativ. Eftersom de yrkesverksamma omfattar flera olika professioner har jag skapat tre separata intervjuguides med frågeställningar anpassade efter vilken specifik profession respondenten har. Intervjuguiderna är anpassade efter professionerna familjehemssekreterare, socialsekreterare och sektion/enhetschef och innehåller tre olika avsnitt; **bakgrundsinformation**, **arbetsplatsen** och **egna tankar/erfarenheter**. Det tre separata intervjuguiderna skiljer sig åt gällande ett fåtal frågeställningar, då jag till familjehemssekreterarna ställer frågor kring de specifika utbildningar som erbjuds i samband med familjehemsutredningar.

När det gäller intervjuguiden för sektions/enhetschefer tillkommer frågor som berör respondentens erfarenhet av att inkludera kunskap kring sexualitet och sexuell hälsa i egenskap som arbetsledare. I det inledande avsnittet **bakgrundsinformation** ställer jag bland annat frågor kring utbildning, tidigare arbetslivserfarenhet och nuvarande tjänst. Därefter fortsätter jag med avsnittet **arbetsplatsen** där frågorna framför allt handlar om hur respondenten upplever att arbetet med risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa fungerar på den nuvarande arbetsplatsen. Jag frågar exempelvis om det finns riktlinjer gällande arbetet med sexuell hälsa och ber respondenten beskriva exempel på ärenden hon/han haft där frågor kring sexualitet eller sexuell hälsa har ställts till klienten.

Avslutningsvis handlar frågorna om respondentens **egna tankar** kring ämnet risktagande och sexualitet. Här får respondenten bland annat svara på frågor kring hbtq, normkritik och om karaktären på samtal kring sexualitet förändras beroende på klientens kön/ethnicitet/ålder/religion.

Under intervjuernas gång försökte jag ha ett flexibelt förhållningssätt till intervjuguiden, där jag utifrån svaren på de förutbestämda frågorna ställde följdfrågor som inte var bestämda på förhand. Jag valde också att anpassa frågeställningarna till den specifika intervjusituationen även om jag ställde samtliga frågor i intervjuguiden till alla respondenter.

Intervjuerna har genomförts på respektive respondents arbetsplats och har tagit mellan 30 min – 1,5 timme. Samtliga intervjuer har genomförts i arbets- eller besöksrum, bokade av respondenten. Jag har inlett intervjuerna med att informera om projektet och kartläggningens syfte och om vad som gäller kring anonymitet och transkribering. I de intervjuer där jag inte har besökt respondentens arbetsplats innan intervjun har jag lagt mer tid på att presentera kartläggningens syfte. Efter respondentens godkännande har intervjuerna spelats in med hjälp av röstmemon på min I-phone och under intervjuns gång har jag antecknat vid behov. När intervjun avslutats har jag transkriberat intervjumaterialet.

I några intervjuer som genomförts senare under hösten har de inkomna enkätsvaren hunnit väcka ytterligare frågor i projektet. Detta har bidragit till att jag valt att lägga till och modifiera frågeställningarna ytterligare. På så vis har respondenterna fått möjlighet att utifrån resultat i enkätsvaren, problematisera och reflektera över exempelvis hur det kan komma sig att så få av de yrkesverksamma uppger att de diskuterar risktagande och sexualitet på arbetsplatsen.

I bearbetningen av intervjumaterialet har jag identifierat gemensamma teman och svar som fördjupar, förstärker, bekräftar eller problematiserar enkätsvaren för att på så vis skapa en tydlig och heltäckande bild av kartläggningens slutgiltiga resultat.

7.4 Tillförlitlighet

Det finns vissa metodproblem med den digitala webbaserade enkäten. Dels eftersom det är ett nytt instrument och vi inte vet om webenkäter ger lika trovärdig svar som postenkäter. Dels för att vi inte vet med säkerhet om det är den person som uppges som har svarat. Det är exempelvis lätt att manipulera med både kön, ålder och typ av anställning. Samtliga frågeställningar bygger emellertid på en tilltro till att respondenterna är uppriktiga och sanningsenliga. Ju mer okomplicerade och neutrala frågorna är desto lättare att besvara dem, vilket jag tog fast på när enkätfrågorna formulerades.

På grund av studiens karaktär och undersökningspopulationens omfattning går det inte att heller dra några generella slutsatser av resultatet, men det visar på några klara tendenser.

Det finns även ett trovärdighetsproblem med studier som syftar till att undersöka hur yrkesverksamma bedömer och uppskattar sin egen kunskap och erfarenhet i relation till sin profession och yrkesroll. Dessutom kan det vara känsligt i att eventuellt formulera kritik mot ledning och organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen. Med anledning av detta är det förtroendeskapande arbetet viktigt. Jag har lagt ner mycket tid i projektets förarbete på att etablera en positiv och personlig kontakt med de yrkesverksamma för att de ska få en fullständig och korrekt bild av kartläggningens bakgrund och syfte. Jag har i samråd med ansvarig chef besökt samtliga personalgrupper i samband med personal- eller arbetsplatsmöten.

I mötet med de yrkesverksamma har jag poängerat att syftet med projektet är att fånga upp de yrkesverksammas erfarenheter och upplevelser av det dagliga arbete som de utför kopplat till sexualitet och sexuell hälsa. Genom detta tillvägagångssätt har jag fått tillgång till en annars relativt stängd yrkesgrupp som det i tidigare undersökningsommanhang har varit svårt att få engagerade i kartläggningar och studier med liknande syfte som denna.

Ett exempel där svarsfrekvensen var låg, är tidigare nämnd undersökning *Att kunna se, att våga se* (2011) där Cecilia Kjellgren och Niclas Olsson undersökte socialsekreterares arbete med unga sexualförövare.

Det finns dessutom svårigheter och problem med den selektiva urvalsmetoden av intervjupersoner eftersom risken finns att endast de med befintligt engagemang och kunskap i ämnet väljer att delta i intervjuundersökningen.

Min uppfattning är att respondenterna, trots de nämnda svårigheterna varit uppriktiga i sina svar. En nämndvärd aspekt som talar för utsagornas trovärdighet är att de i många avseende är samstämmiga med övriga respondenter i enkät- såväl som i intervjuundersökningen.

7.5 Etiska överväganden

Undersökningens ämne får bedömas att i vissa avseende innehålla känsliga områden. Det är inte heller alltid enkelt att förhålla sig neutral och uppriktig i förhållande till sin arbets- och uppdragsgivare som man befinner sig i ett beroendeförhållande till. Därför har för undersökningens trovärdighet respondenterna garanterats anonymitet och genom att deras profession inte nämns försvåras också risken för att enskilda respondenter kan identifieras.

8. Presentation av resultat

Det övergripande syftet med kartläggningen har varit att undersöka hur individ- och familjeomsorgen arbetar med unga risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa. Metoder som använts för att uppnå detta syfte har varit en enkätundersökning samt intervjuer med yrkesverksamma som arbetar inom individ- och familjeomsorgen i Malmö och Hörby. I sammanfattningen av samtliga delar i kartläggningen kommer resultaten från enkäten och intervjuerna presenteras och jämföras med varandra genom textanalys, tabeller, diagram och citat från genomförda intervjuer.

Frageställningar som kartläggningen har försökt att besvara är:

- Hur relevant är ämnet risktagande kopplat till sexualitet och sexuell hälsa för arbetet inom individ- och familjeomsorgen?
- Hur pratar de yrkesverksamma om ämnet i samtal med klienter?
- Hur pratar de yrkesverksamma om ämnet med sina kollegor och chefer?
- Med vilka aktörer och på vilket sätt samverkar individ- och familjeomsorgen kring ämnet?
- Hur ser ytterligare behov av samverkan ut?
- Hur ser kunskapsläget ut gällande sexualitet och risktagande inom individ- och familjeomsorgen?
- Vilka utmaningar ser yrkesverksamma gällande arbetet med ämnet?
- Hur ser individ- och familjeomsorgens behov av kompetensutveckling ut inom ämnet?
- Vilka förslag finns det på utbildningsinsatser inom ämnet?

8.1 Populationen

Enkäten inleds med åtta frågeställningar om bland annat respondentens ålder, kön, geografisk hemvist och anställningstyp. Av svaren framgår det att 61 (85 %) av de svarande är kvinnor och 11 (15 %) är män.

75 % av respondenterna är födda mellan 1970-1991 medan endast 25 % är födda mellan 1969- 1950, vilket visar på att majoriten av de yrkesverksamma som deltagit i enkätundersökningen är under 43 år.

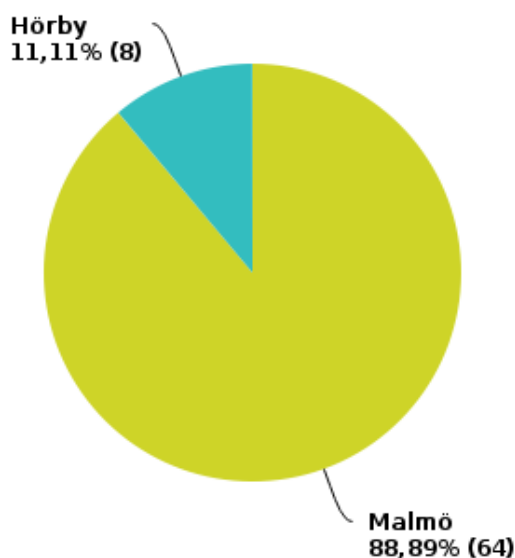
Nästan samtliga (99 %) av respondenterna uppgav att deras högsta utbildning är en högskole- eller universitetsutbildning medan 1 uppgav två- eller treårigt gymnasium som högsta utbildning. I enkäten fick respondenterna även uppge vilken enhet de tillhör. Enheten för barn och familj hade flest representanter med 42 (62 %) svaranden, medan Verksamheten ensamkommande barn hade 12 (18 %) och familjevården 9 (13 %). 5 (7 %) uppgav att de arbetade på Vuxenenheten. Majoriteten (53) av respondenterna uppgav att de var tillsvidareanställda medan 13 hade en visstidsanställning.

Av nedan redovisade tabeller framgår det att 64 av de svarande (89 %) arbetar i Malmö medan 8 (11 %) arbetar i Hörby kommun. De som arbetade i Malmö fick även möjlighet att ange vilket stadsområde eller förvaltning deras enhet tillhör där 24 (41 %) tillhör Söder, 23 (40 %) arbetar inom Innerstaden och 11 (19 %) arbetar inom Sociala resursförvaltningen där Verksamheten ensamkommande barn ingår.

Då det endast var de yrkesverksamma med anställning i Malmö stad som svarade på frågan kring stadsområde/förvaltning är bortfallet i denna fråga anmärkningsvärt högt (17 st).

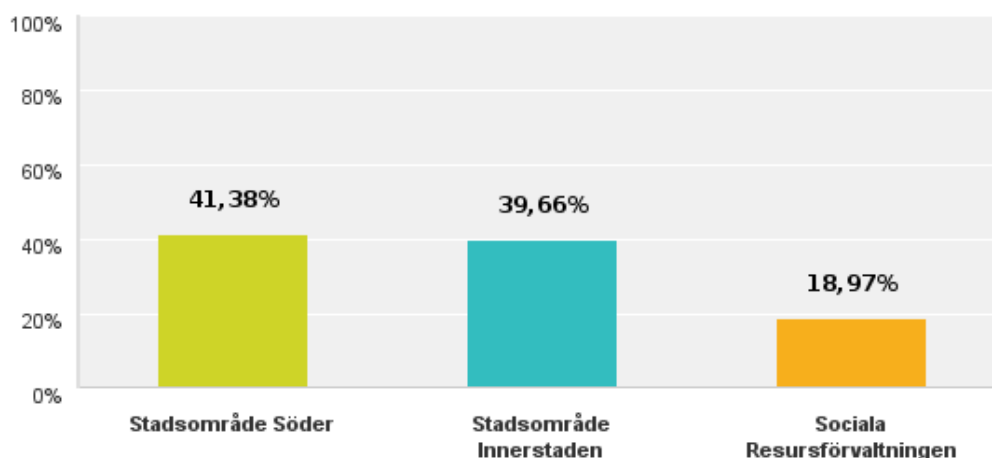
Q5 Vilken kommun arbetar du i?

Svarade: 72 Hoppade över: 3



Q6 Vilket stadsområde/förvaltning arbetar du i?

Svarade: 58 Hoppade över: 17



8.2 Ämnets relevans för det dagliga arbetet

I enkätundersökningen ställs frågan hur relevant kompetensutveckling och utbildning inom ämnet risktagande och sexualitet är för det dagliga arbetet. Genom att respondenterna får uppskatta på en skala mellan 1-6 där 1 är inte alls relevant och 6 är mycket relevant framgår det att medelvärdet är 4,6 vilket får anses vara ett högt värde. Vidare anser 52 svaranden (81 %) att ämnet sexualitet och risktagande är mycket relevant eller relevant för deras dagliga arbete. Även i de genomförda intervjuerna menar respondenterna att ämnet är både viktigt och aktuellt för arbetet med målgruppen, en åsikt som genomsyrar svaren från både socialsekreterare och familjehemssekreterare inom samtliga verksamheter och förvaltningar. Nedan citat illustrerar detta ytterligare:

"Och vems ansvar är det att verkligen fånga upp det, att se till att ungarna får den informationen som de behöver. För jag tänker att med mer information och kunskap så minskar man risktagandet. Jag anser att det är vi som har det yttersta ansvaret inom socialtjänsten. Med det sagt tycker jag inte att vi måste ge informationen, men vi måste se till att den ges av någon. Detta gör vi dock inte. För att vi ska kunna göra det behöver vi bli säkrare på vad och vilken information som ska ges".

"Det kanske görs ibland, alltså det görs några satsningar kring detta, men det skulle behövas en alltså en vad ska jag säga, en känsla av att ledningen tycker att dessa frågor verkligen är viktiga och sedan sprida det".

"Jag tror att arbetet med frågor med sexualitet och sexuell hälsa drivs ändå rätt så mycket av eldsjälarna och de som tillfälligt har tid. Och som jag sa tidigare så ses det inte som en prioriterad fråga av cheferna. Och det beror väl på olika saker, tänker jag".

"Jag tror vi kan diskutera och försöka skaffa oss en allmän kännedom om sexualitet och om vilka områden som är viktiga. Vi har ju fått höra att det är många i vår målgrupp som har en jättestor oro kring sin sexualitet".

Ett genomgående mönster i intervjumaterialet är att de yrkesverksamma efterfrågar ett tydligare engagemang från ledningen kring ämnet. Samtliga är överens om att sexualitet och risktagande är relevant för det arbete som de yrkesverksamma utför men att detta även bör prioriteras och synliggöras hos cheferna. I intervjuerna nämns flera exempel på åtgärder

som cheferna bör implementera och förankra hos sina personalgrupper, exempelvis tydliga riktlinjer, kontinuerliga diskussioner och förankrade rutiner kring handläggning av ärenden.

Jag återkommer till just behoven av förankrade riktlinjer och regelbundna diskussioner kring sexualitet och risktagande längre fram i rapporten.

8.3 Att arbeta med risktagande och sexualitet

8.3.1 Utredningsverktyg

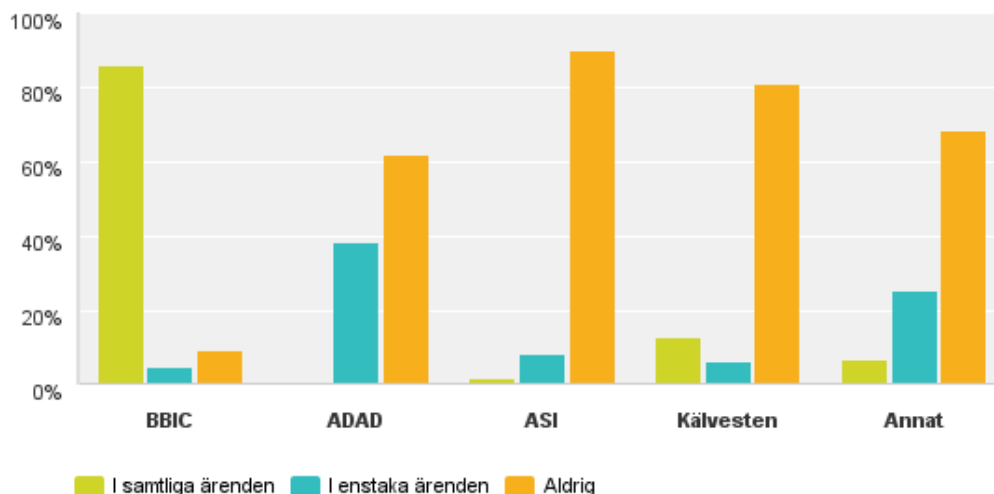
Samtliga respondenter som deltagit i kartläggningen arbetar som socialsekreterare och/eller familjehemssekreterare, vilket innebär att de efter inkommen anmälan eller ansökan till socialtjänsten arbetar med någon form av utrednings- eller uppföljningsarbete.

Utredningsförfarandet kan se olika ut beroende på vilken enhet den yrkesverksamma arbetar på. Gemensamt för Malmö stads och Hörbys individ- och familjeomsorg är emellertid att i utrednings- och uppföljningsarbetet använder de yrkesverksamma sig av flera olika bedömningsinstrument eller utredningsformulär. Dessa verktyg innehåller olika tema- eller livsområden såsom fysisk och psykisk hälsa, utbildning och känslö- och beteendemässig utveckling där frågor om sexualitet och sexuell hälsa är inkluderade.

Tabellen nedan illustrerar vilka utredningsverktyg och bedömningsinstrument de yrkesverksamma använder sig av i sitt arbete inom individ- och familjeomsorgen i Malmö stad och Hörby.

Q11 Hur ofta använder du dig av följande bedömningsinstrument/utredningsformulär?

Svarade: 65 Hoppade över: 10



Av svaren framgår det att 55 (86 %) av respondenterna använder sig av BBIC (Barns behov i centrum) i samtliga ärenden. BBIC är ett system som används inom socialtjänsten för utredning, planering och uppföljning av klientärenden. Den höga siffran beror förmodligen på att 42 (62 %) av de yrkesverksamma som svarat på enkäten arbetar på Enheten för barn och familj där BBIC är ett implementerat system.

ADAD- intervjun (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är ett standardiserat bedömningsinstrument för unga missbrukare och unga med social problematik och kan användas vid utredning, behandlingsplanering och utvärdering. Inga av respondenterna uppger att de använder sig av ADAD i samtliga ärenden medan 23 (38 %) anger att de använder ADAD i enstaka ärenden.

Även ASI-intervjun är ett standardiserat utredning- och uppföljningsinstrument inom missbruks- och beroendesammanhang, men då ADAD riktar sig till unga används ASI i samtal med klienter som är äldre än 18 år. Eftersom det endast var 5 (7 %) av respondenterna som arbetar inom Enheten för vuxna är antalet respondenter som svarat att de använder sig av ASI i samtliga ärenden lågt (1 svarande).

Kälvesten-metoden är en halvstrukturerad intervjumetod som används av familjehemssekreterare i samband med utredning av familjehem. 7 (10 %) av de yrkesverksamma som svarat på enkäten arbetar som familjehemssekreterare och 8 (13 %) har svarat att de använder sig av Kälvesten i samtliga ärenden. Ytterligare exempel på utredningsformulär eller bedömningsinstrument som respondenterna har nämnt att de använder sig av i sitt arbete är ASEBA, ESTER och FREDA.

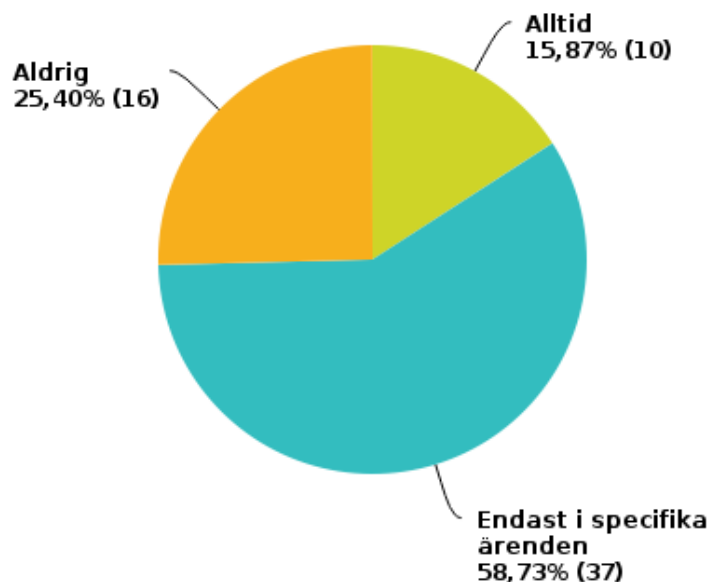
8.3.2 Samtal kring sexualitet med klienter

Av enkät- och intervjustavaren drar jag slutsatsen att det är vanligt förekommande att som socialsekreterare använda sig av någon form av utredning- eller bedömningsinstrument i utrednings- och uppföljningssammanhang.

Som jag tidigare nämnt finns frågor som handlar om risktagande, sexualitet eller sexuell hälsa i samtliga av de nämnda utrednings- och bedömningsinstrumenten. Av tabellen på nästa sida kan man utläsa att det är ett relativt litet antal av de yrkesverksamma (10 svaranden) som alltid använder sig av frågorna som berör dessa ämnesområden.

Q12 Hur ofta använder du dig av frågorna i bedömningsinstrumentet/utredningsformuläret som handlar om sexualitet/sexuell hälsa/sexuellt risktagande?

Svarade: 63 Hoppade över: 12



Hur många frågor som finns i formulären samt karaktären på frågorna varierar beroende på om socialsekreteraren använder sig av BBIC, ADAD, ASI eller Kälvesten. Att ADAD och ASI är ett standardiserat formulär innebär att socialsekreterare ska ställa samtliga frågor som är formulerade i formuläret i samband med intervjun. Kälvesten-metodens intervjumaterial består av ett särskilt avsnitt som handlar om sexualitet och intimitet och som ska ställas till samtliga familjehem för en komplett familjehemsutredning. När det gäller BBIC har socialsekreteraren möjlighet att välja bort frågor och/eller temaområden som inte bedöms som relevanta för den aktuella utredningen.

För att få svar på hur det kan komma sig att majoriteten av de yrkesverksamma väljer bort frågorna som handlar om risktagande och sexualitet, lät jag de yrkesverksamma fundera på när och hur de ställer frågor kring dessa ämnen. Gemensamt för respondenterna var att de oftast väljer bort dessa frågor när denna möjlighet finns, alltså i samband med BBIC-intervjun. Anledningen till detta är, enligt flera av respondenterna framför allt osäkerhet och kunskapsbrist gällande sexualitet och sexuell hälsa. Flera nämnde att de inte kände sig säkra på vad de skulle göra med eventuellt känsliga svar eller hur de skulle svara på följdfrågor. Samtidigt upplever många att ett standardiserat utredningsinstrument som exempelvis ASI kan vara till stor hjälp när frågor om sexualitet ska ställas. I samband med att frågan uppkommer kan socialsekreteraren/familjehemssekreteraren påtala för klienten att frågorna ställs till samtliga klienter då den yrkesverksamma använder sig av ett standardiserat intervjuformulär. Samtalet upplevs också bli mer lättamt och naturligt om man använder ett formulär som stöd.

"Jag tycker nog att det fattas kunskap hos oss. Vi är inte så mycket på konkret plan nere i dessa frågor så jag tror att man missar att ställa dem i ärenden om jag ska vara riktigt ärlig. Så jag kan nog ändå säga att det finns nog mycket som vi missar".

”Man känner sig osäker på vad man ska göra med informationen man eventuellt får. Man vill inte röra runt i känslorytan hos ungdomen om vi inte kan hantera det åt dem liksom. Det är det man är rädd för”.

”När vi gör ASI-utredningar kommer det ju upp, om man varit utsatt för sexuellt våld och sexuella övergrepp. Men det kommer också upp ganska naturligt för till exempel om man har inkomst för prostitution och där kan det bli följdfrågor om man svarar ja på de frågorna. På ASI följer man ett formulär och kan inte välja bort frågorna men man kan välja att inte svara. Men alla frågor ställs”.

”Vi har säkert behov av hur vi ska prata om de här frågorna, hur ska vi bli bekväma att ställa dem och hur ska vi bli bekväma med att hantera info som vi får i utredningsarbetet”.

”Och det är faktiskt ungdomar som är i jäkligt utsatta situationer och ändå tror jag att vi är rätt dåliga att prata om det i utredningar till exempel. Man hoppar gärna de frågorna. Ja, kanske att man själv känner sig osäker och så. Nej, jag tror nog det behövs att vi blir mer bekväma här att prata om det för att man ska våga lyfta in det i ett utredningssamtal till exempel”.

Av citaten ovan och av intervjumaterialet generellt drar jag slutsatsen att de yrkesverksamma är positiva till att i utrednings- och uppföljningssammanhang lyfta frågor kring risktagande, sexualitet och sexuell hälsa. Som tidigare nämnts beskriver majoriteten av respondenterna ämnet som relevant för arbetet som socialsekreterare. Många av de intervjuade respondenterna beskriver utredningsarbetet som komplext och tidskrävande där de som socialsekreterare ska säkerställa att klienternas behov av tillsyn, behandling, stöd och omsorg blir tillgodosedda. För att detta arbete ska fungera krävs det att en grundlig social utredning genomförs med klientens behov i fokus, där man som socialsekreterare uppmärksammar klientens totala och sammanhängande sociala situation. Syftet med utredningsförfarandet är att öka insatsens (exempelvis boende, behandling, tillsyn och omsorg) tillgänglighet. Samtidigt upplever socialsekreterarna som deltagit i denna kartläggning att den grundliga utredningsprocessen står i motsats till socialsekreterarnas uppdrag att endast utreda det mest nödvändiga och undvika att så kallat ”överutreda”. Denna komplexitet beskriver de intervjuade socialsekreterarna som motsägelsefull och ibland svår att förhålla sig till när beslut ska fattas kring vilka ämnesområden som ska inkluderas i en utredning.

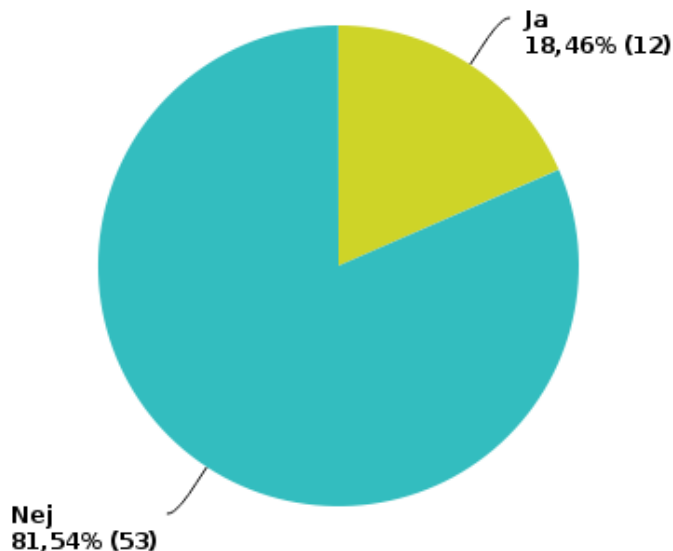
I genomförd kartläggning framkommer det att de yrkesverksamma dessutom upplever ett stort behov av fördjupad kunskap och tillgång till användbara verktyg för att känna trygghet och säkerhet i samtal kring sexualitet och sexuell hälsa. Utan nödvändig kunskap upplever respondenterna sig som otrygga och osäkra i förhållande till det ämne de vill lyfta och väljer därför att bortse från sexualitet och sexuell hälsa i utredningen av klientens behov av tillsyn och stöd. Detta trots medvetenheten om ämnets relevans för att utredningen ska bli så heltäckande som möjligt. Denna uppfattning är gemensam för samtliga yrkesverksamma, oberoende av om de arbetar i Malmö stad eller Hörby kommun.

8.3.3 Samtal kring sexualitet med personalgruppen

Ett genomgående mönster i intervjumaterialet är respondenternas behov av fler kontinuerliga diskussioner på arbetsplatsen som berör ämnet sexualitet och sexuell hälsa. Ett flertal uppger att frågor kring ämnet kommer upp i samband med ärendehandledning men att detta inte upplevs som tillräckligt. Majoriteten av respondenterna menar att om man som socialsekreterare ska kunna arbeta med denna fråga, bör ämnet diskuteras även på personalmöten, arbetsplatsmöten och andra gemensamma forum. Dessvärre upplevde de intervjuade att detta inte görs i tillräckligt hög utsträckning. Enkätundersökningen bekräftar detta ytterligare där 53 svarande (82 %) uppger att diskussioner inte förs på arbetsplats- eller personalmöten.

Q13 Förs diskussioner kring risktagande och sexualitet på din arbetsplats (tex på APT eller personalmöten)?

Svarade: 65 Hoppade över: 10



"Jag tycker att som sagt det saknas den här vardagsdiskussionen. Det som jag tänker att barn får någon annan stans som är upp vuxen i Sverige som de får av sina kompisar, hemma eller i skolan som våra ungar inte garanterat får på det sättet. Och det kan jag sakna. Hur vi jobbar med frågan".

"Jag upplever att vi aldrig pratar med våra ungdomar om detta. Med varandra pratar vi ibland och i så fall på fikaraster och vissa möten. Vad vi kommer fram till då är att alla saknar rutiner och verktyg för att ta upp de här ämnena. Och eftersom vi inte har det, väljer ingen att göra det".

"Jag vet ju hur våra APT är pressade till max med saker som ska diskuteras och lyftas. Sen kan jag tycka det är skrämmande att det inte finns utrymme för de diskussionerna mer naturligt".

"Nu pratar vi nästan enbart om det när vi pratar om sexuella övergrepp. Och då handlar det om barn och ungdomar som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Så inte så mycket om förövare och inte heller om sexualitet i en positiv bemärkelse".

"Jag tänker ju att det finns många vuxna som flyr på grund av sin sexuella läggning och varför återspeglas inte detta hos de ensamkommande? Är det för att de inte flyr, eller att de inte vågar säga det eller att de inte är klara över vilken läggning de har? Där tänker jag att vi kan göra massor i det. Och det pratas inte om det, det finns liksom inga bra forum".

Flera av respondenterna berättar att Malmö stad infört något som kallas Månadens fråga och som ska diskuteras vid varje arbetsplatsmöte. Denna diskussionsfråga tar oftast upp ämnen relaterade till jämställdhet, mångfald och värdegrundsfrågor. Respondenterna som nämnde Månadens fråga i intervjuerna ansåg att det var ett effektivt sätt att föra upp viktiga ämnen på dagordningen, men att frågan ofta innebar diskussioner med en negativ prägel, i synnerhet när frågan handlade om genus eller sexualitet. Respondenterna efterfrågade en mer salutogen syn på ämnet där även ett sexual positivt synsätt kunde inkluderas i diskussionen.

De intervjuade påpekade emellertid att en anledning till varför det hälsofrämjande och salutogena arbetssättet inte lyfts fram inom socialtjänsten, är att socialtjänsten ofta fokuserar på klienternas problematik istället för klientens egen kraft och resurser i utrednings- och uppföljningssammanhang. Då socialsekreterare ofta möter människor i kris bidrar detta till att samtalen framför allt handlar om riskbeteenden och destruktivitet av olika slag.

Längre fram i rapporten redogör jag för hur kunskapen kring olika ämnen gällande sexualitet ser ut inom individ- och familjeomsorgen, där bland annat bristen på det sexualpositiva synsättet nämns.

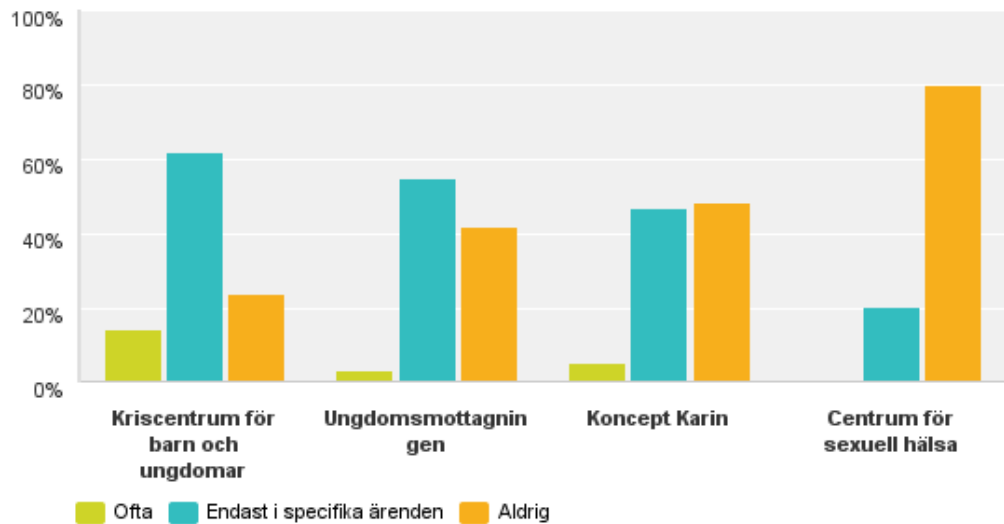
8.4 Samverkan

Ytterligare en aspekt att ha i åtanke i de yrkesverksammas utredningsarbete är att en klient kan ställa följdfrågor till den utredande socialsekreteraren när ämnet sexualitet tas upp i ett samtal. Att kunna hantera följdfrågor såväl som svar som kan innehålla känslig information kräver kunskap om vart den yrkesverksamma kan hänvisa klienten för mer fördjupad information och kunskap. Det kräver dessutom kännedom om vilka insatser som finns att tillgå som kan tillgodose klientens behov av specialiserad kunskap, råd och stöd. De yrkesverksammas uppdrag att bevilja rätt form av insats och kännedom om vart klienten kan hänvisas, underlättas av en fungerande samverkan. Ett flertal organisationer, verksamheter och föreningar i Skåne har den specialistkunskap som krävs för att kunna tillgodose klientens behov av stöd och information kring frågor gällande risktagande och sexualitet.

I enkätundersökningen fick respondenterna svara på vilka aktörer de samarbetar med kring frågor som rör sexualitet och sexuell hälsa. För att underlätta för respondenterna exemplifierades några av de aktörer som arbetar med sexuell hälsa och sexualitet i Skåne. Av tabellen nedan kan man utläsa att det endast är Kriscentrum för barn och ungdomar som fler än 10 % av respondenterna nämner att de samarbetar med ofta. Majoriten av de svarande uppger att de aldrig samverkar med Centrum för sexuell hälsa eller Koncept Karin och endast 3 % uppger att de ofta samverkar med Ungdomsmottagningen.

Q14 Vilka aktörer samarbetar ni med i ert arbete kring frågor som rör sexualitet?

Svarade: 64 Hoppade över: 11



När respondenterna får svara på om de önskar ytterligare samverkan med nämnda eller andra aktörer svarar 41 (67 %) ja på frågan. Flera av respondenterna nämner att organiserad och kontinuerlig samverkan önskas med bland annat RFSU, RFSL, sjukvården, ungdomsmottagningarna, forskningsfältet och Malmö stads råd och stödteam sexuella tjänster. Behovet av en strukturerad samverkan blir också tydlig i intervjumaterialet där majoriteten av respondenterna kopplar bristen på kunskap och information kring sexualitet till avsaknaden av etablerad och regelbunden kontakt med frivilligorganisationer, sjukvård och ungdomsmottagningar. Det nämns emellertid flera goda exempel på samverkan med bland annat Malmö stads råd och stödteam sexuella tjänster och Kriscentrum för barn och ungdomar.

”Absolut har vi behov av att stötta och hjälpa våra familjehem i att möta våra ungdomars vardag och problematik, sexualitet, risktagande, allt. Det är ju de som möter den unge varje dag liksom. Så absolut, det vi idag gör, nu har vi inte varit i ett sådant läge men om vi hade varit det så finns ju ungdomsmottagningen, men vi har ingen samverkan”.

”Ja, kanske sjukvården mer, både psykiatrin och den somatiska vården skulle nog behövas. Det handlar också om rutiner så att man vet exakt vem man ska ringa men också hade det varit bra att veta vad klienten kommer möta där, vilka undersökningar kommer man få göra”.

”Alltså, jag tänker om det kommer någon som kommer till oss och som vi också har i våra rutiner är det ju Barnkriscentrum och Råd och stöd-teamets -FAST och KAST. Det är väl dem. Och sen sjukvården liksom. Det är de insatserna som vi använder oss av. Sen vet jag att det finns behandlingshem och så men det är inget som har varit aktuellt för oss”.

”Jag tror att det här med samverkan skiljer sig från hur nyanländ klienten är och också vad man blivit utsatt för. För det finns en oklarhet kring till exempel när det handlar om trafficking. Då ska de inte till Barnkriscentrum utan då ska vi kontakta gränspolis och barnsjukvården istället. Så det här konceptet med att det ska vara allt på ett ställe det faller ibland bort när det gäller våra klienter, vilket jag kan tycka är lite synd. Men det är när det gäller trafficking. Så ibland är det lite smalt, att det känns som att våra klienter inte riktigt passar in i hur Barnkriscentrum ska jobba. Så det behövs förbättras”.

”Ja egentligen skulle vi kanske utifrån att vi har nog en bristande förmåga att komma bakom det som inte sägs öppet gällande olika problem gällande sexuella frågor. Då tror jag nog att vi skulle behöva mer samverkan och kunskap. Jag vet inte hur riktigt. Vi kanske skulle behöva ha mer forskningsrelaterad samverkan”.

”Samverkan med Råd- och stödteamet har varit jättebra för vi har också kunnat konsultera dem på ett jätligt bra sätt. Så även om det inte har varit något som de ska jobba med så har de ändå kunnat kanske ge andra namn och förslag. Det känns bara som de har varit tillmötesgående”.

”Barnkriscentrum är dem vi vänder oss till på central nivå. Nu har vi ju väldigt mycket våld hos oss så av den orsaken blir det också mycket kontakt, men jag tycker de är oerhört lättjobbade. Jag tycker det funkar väldigt väldigt bra”.

”Men det som finns i ungdomsmottagningar till exempel eller som finns någon annanstans. Jag tänker även på RFSL, skulle vi behövt mer av. Vi skulle ha ett flöde av input in i verksamheten.”

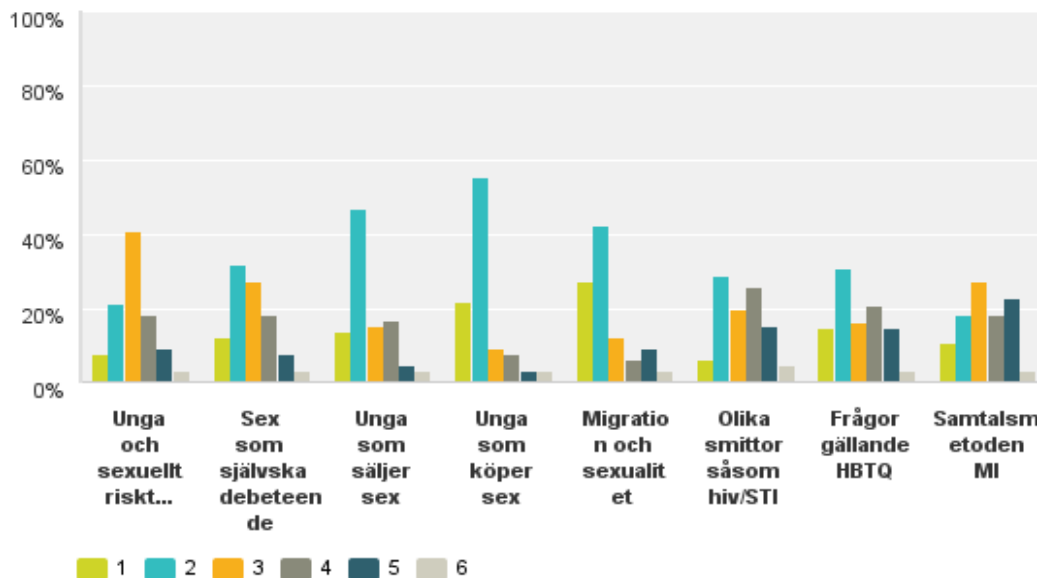
8.5 Kunskap om sexualitet och risktagande

8.5.1 Allmänt risktagande och frågor kring hbtq och normkritik

En viktig aspekt av kartläggningen har varit att undersöka hur de yrkesverksammars kunskaper och erfarenheter ser ut inom området risktagande och sexualitet. Som nämnts saknas en enhetlig definition på vad begreppet risktagande innebär, samtidigt som det råder en osäkerhet kring vilka bakomliggande faktorer som har ett samband med ett sexuellt risktagande. Med anledning av detta har jag valt att i enkäten ange sex olika ämnesområden som jag anser vara av vikt i individ- och familjeomsorgens arbete med målgruppen ungdomar och unga vuxna. Respondenterna har fått uppskatta sin kunskap på en skala mellan 1-6 där 1 är ingen kunskap alls och 6 är mycket kunskap och tabellen på nästa sida illustrerar hur respondenternas skattning ser ut. Av tabellen kan vi se att det generellt sett är anmärkningsvärt höga siffror gällande ingen kunskap alls och lite kunskap på flera av ämnesområdena.

Q10 Anser du ha tillräckliga kunskaper inom nedan nämnda områden? Ringa in ditt svar på en skala mellan 1-6 där 1 = ingen kunskap alls och 6 = mycket kunskap.

Svarade: 66 Hoppade över: 9



Av svaren framgår det exempelvis att ca 81 % av de yrkesverksamma upplever att de har ingen kunskap alls eller lite kunskap inom området **migration och sexualitet**. 86 % av respondenterna uppger att de har ingen kunskap alls eller lite kunskap gällande **köp av sexuella tjänster** och 71 % upplever att de har ingen kunskap alls eller lite kunskap kring **sex som självskadebeteende**. Även där siffrorna är lägst gällande **kunskap om hiv/STI** (55 %) och **hbtq-frågor** (62 %) får siffrorna anses relativt höga.

I intervjuerna ställde jag flera frågor kring hur respondenterna skulle beskriva sina kunskaper kring ovan nämnda ämnesområden. Respondenterna var överens om att det saknas kunskap inom många olika områden där flera nämnde normkritik, hbtq-frågor och sexuellt risktagande i allmänhet. Somliga upplevde också att karaktären på samtalen med klienterna skriftade beroende på bland annat klientens kön. I intervjuerna beskrev de yrkesverksamma att det är vanligt förekommande att man i samtal med klienterna utgår ifrån ett offerperspektiv när man pratar med tjejer och ett förövare perspektiv när man pratar med killar.

”Vi har ganska lätt att se tjejer som offer och ganska svårt att se dem som förövare och tvärtom med killar, så här har vi en form av problematik som jag tror att i det vardagliga är ganska svårt att komma åt. Man får försöka bredda sin kunskap och vara vaken för både statistik och forskning men kanske på annat sätt också. Att vara vaken att ta in ny information och försöka tänka, vad betyder det med dem vi möter? Vad kan jag vara beredd på, vilka frågor krävs det att jag ställer? Och det är väl det man kan göra liksom”.

”Jag tycker det är mer sällan att vi pratar om hbtq-frågor. Känns som ett svårare område för när man börjar prata om det så är blir folk mer osäkra eller vet inte. Eller kanske också mer osäkra i hur man skulle bemöta klienter. Ja men hur man gör för att köna klienter så lite som möjligt för att de ska slippa bli felkönade. Nej det blir en osäkerhet kring och en ganska stor okunskap också. Alltså att man inte har tänkt på det så mycket”.

”Jag tänker mycket kring hbt- frågor där det gäller unga som kanske kommer många gånger från ett sammanhang där man absolut inte vågar uttrycka sin sexuella tillhörighet eller frågor ens kring det. Och funderingar på att vi inte ens på socialtjänsten vågar ta i de här frågorna. Hur ska man då våga? Det är svårt liksom”.

”Det jag tänker är att man frågar för lite och att man inte har tillräckligt med kunskap att till exempel ställa åldersanpassade bra frågor. Att man missar förövare helt som vi gör nu och att man väldigt mycket missar den positiva aspekterna av sexualitet. Att det blir väldigt fokus på offerskap och övergrepp”.

”Kring sexuellt risktagande har jag inte tillräckliga kunskaper. När det gäller faktamässigt så känner jag att jag har kring könssjukdomar och sex överhuvudtaget är jag ganska påläst. Men inte i förhållande till risktagande. Där brister jag”.

8.5.2 Migration och sexualitet

Även när det handlar om religion och etnicitet beskrev de intervjuade en problematik i bemötandet av bland annat ensamkommande ungdomar som är nyanlända till Sverige. Även familjehemssekreterarna nämnde att frågor kring sexualitet och sexuell hälsa kunde vara problematiskt i samtal med familjehem som har ett annat ursprung än det svenska. I linje med enkätresultatet där ämnesområdet migration och sexualitet framträder som ett område där det råder stor kunskapsbrist, tog respondenterna i intervjuerna framför allt upp svårigheten att ställa frågor kring sexualitet och sexuell hälsa där klienten hade en annan etnicitet än svensk. De yrkesverksamma efterlyste mer kunskap om hur man pratar om sexualitet och risktagande med nyanlända och asylsökande klienter och poängterade också svårigheten att prata om dessa frågor med en närvarande tolk.

”Det finns ju också religion, att man har tankar om att om man kommer från ett visst land så har man en viss religion och den religionen är på visst sätt. Till exempel om man kommer från Afghanistan så är man muslim och om man är muslim så har man en annan sexualmoral. Så det tror jag att man undermedvetet påverkas av. Till exempel än om han kommer från Uganda och är kristen och kristendomen är något som jag vet mer om och därför är det lättare att jobba med det”.

”Jag tror att jag har en förutfattad mening om utifrån vad man lär sig, till exempel de ungdomar som vi möter ifrån Afghanistan och Somalia som inte har sexualupplysning i skolan. Och där många familjer som jag har utrett som är av annan härkomst, där de säger att deras familjer aldrig lärde dem om sexualitet, så har det färgat mig i hur öppen jag känner att jag vågar vara kring de frågorna”.

”Jag tror också att det är viktigt att inte tvinga på någon någonting och jag tror också att man kan bli lite etnocentrisk kring det västerländska sättet. Ja, det är så här man ska prata om sex och så. Jag tycker det är viktigt att vara känslig, men det handlar inte bara om religionen utan det handlar om individen man har framför sig”.

”En utmaning med att möta nyanlända och icke-svensktalande är att man är beroende av tolk. Det är ofta svårt att veta hur tolken översätter mina ord för sexualitet. Jag väljer mina ord noga, men kan inte vara säker på att tolken gör likadant, eller har samma uppfattning om ordens valör”.

Som nämnts uttryckte flera av respondenterna frustration över att inte ha tillräckligt med kunskap för att kunna ställa frågor kring sexualitet på ett professionellt och avslappnat sätt i de samtal där klienten hade en annan etnicitet än svensk eller om de utövade en annan religion är den kristna.

Att frågorna skulle kunna väcka anstöt eller uppfattas som integritetskränkande var något som flera av respondenterna ville undvika, vilket innebar att de valde att helt utesluta dessa frågor i samtal med klienter som var nyanlända eller asylsökande.

Inom forskningsfältet råder det skilda uppfattningar om hur man utifrån ett inkluderande och icke diskriminerande perspektiv bör arbeta kring sexualitet i mötet med personer med annan etnicitet än svensk. RFSU har tagit fram ett metodmaterial (*Sexualundervisning på lättare svenska, 2013*) som vänder sig till yrkesverksamma som bland annat arbetar med undervisning av unga och vuxna som lär sig svenska, på exempelvis SFI. RFSU utgår ifrån ett antidiskriminerande synsätt där alla, oavsett ursprung, etnicitet, religion har rätt till en sexual positiv och normkritisk sexualundervisning. Bland annat skriver författaren Agnes Dahne: ”för att kunna fatta beslut som rör sex och relationer behöver vi människor kunskap om kropp och sexualitet och få möjlighet att föra samtal om dessa frågor med andra” (RFSU, 2013). Materialet har hyllats för att vara det första i sitt slag som kopplar ihop vithet, rasism och svenskhet med synen på sexualitet och materialet används redan i undervisningen på flera svenska skolor.

Kritik har emellertid riktats mot denna form av undervisning och sexualupplysning. Framför allt handlar kritiken om att materialet uppfattas som etnocentrisk och exkluderande i förhållande till bland annat hedersförtryck, sexuellt våld och religion kopplat till sexualitet. Dessa frågeställningar är även något som de yrkesverksamma brottas med i arbetet inom individ- och familjeomsorgen. Hur ställer man en fråga kring sexualitet till en 14-åring som nyligen anlänt till Sverige från Afghanistan? Bör man anpassa frågans karaktär och sättet frågan ställs på utifrån klientens etnicitet eller religion? Om frågan ska ställas på samma sätt oavsett klientens ursprung, utgår jag då ifrån att det svenska och västerländska sättet att se på sexualitet är det sanna och rätta? Dessa och liknande funderingar genomsytrade intervjuerna, oavsett vilken enhet eller förvaltning de yrkesverksamma arbetade på.

Det finns förmodligen inte ett arbetssätt eller en samtalsmetod som är den enda rätta när det gäller samtal kring frågor gällande sexualitet och sexuell hälsa, oavsett om klienten är från Kristianstad eller Kabul. Däremot anser jag det vara viktigt att synliggöra de yrkesverksammans behov av fördjupad kunskap i ämnet. Även behoven av fler regelbundna diskussioner i personalgrupperna kring risktagande, sexualitet och sexuell hälsa kopplat till den målgrupp som man som socialsekreterare och familjehemssekreterare möter i sitt dagliga arbete är värt att understrykas.

8.5.3 Familjehemsutredningar och samtal kring sexualitet

I intervjuerna nämnde flera familjehemssekreterare att de i arbetet med att utreda familjehemmen använder sig av Kälvesten-metoden, en metod som bland annat innehåller ett separat avsnitt kring sexualitet- och intimitetsfrågor. Eftersom dessa frågor ska ställas till samtliga familjehem i samband med utredningen, önskar familjehemssekreteraren grundkunskap i frågor kring sexualitet, gränssättning och övergreppsproblematik. Samtliga respondenter var överens om att den obligatoriska Kälvestensutbildningen inte tog upp dessa frågor i tillräckligt stor utsträckning och flera yrkesverksamma beskrev intervjuformuläret som både exkluderande och heteronormativt.

”Det har väl snarare varit när man stött på de här frågorna som handlar om har du varit med om en sexuell handling du inte tycker om. Där kan jag väl känna att det har varit lite tufft att hantera. Vad river jag upp hos den personen som kanske inte har tänkt på det under 30 år och så sitter vi där och ska prata om det liksom”.

”Det är ett extremt heteronormativt formulär. Det utgår nästan ifrån att du är i en parrelation och sen visst det går att modifiera till att du är ensamstående och hur gör du då för att tillfredsställa dina intima behov. Men skulle du leva i en annan konstellation liksom bigami eller så finns det inget utrymme. Eller om du lever i en öppen relation. Alltså så det är väldigt styrt till det heteronormativa”.

”Just de frågorna som jag brottas mycket med till familjebemmen med var går gränsen, vad är ok. Att prata mycket mer om detta. Hur långt får familjebemmens gränser sträcka sig, vad kan man begränsa? Vi behöver jobba mycket mer med dessa frågor. Internet, och allt som blommat upp nu. Med ungdomar som säljer sex på nätet. Som är jättestora. Det är ju massor av unga inom socialtjänsten som säljer sex utan att någon vet om det eller märker det. Det är en jätteviktig del att jobba med. Vi behöver mer kunskap, var ska vi hämta informationen. Vart ska vi hänvisa våra klienter eller familjebem?”

8.6 Utbildning och kompetensutveckling

Ett återkommande tema i intervjuerna är avsaknaden av kompetensutveckling och utbildning gällande frågor kring risktagande och sexualitet. Samtliga respondenter med undantag av en respondent i enkät- och intervjuundersökningen är utbildade socionomer och intervjupersonerna har således en socionomexamen från en svensk högskola eller universitet. Vad som är anmärkningsvärt är att inga av de tillfrågade respondenterna uppgav att socionomutbildningen tagit upp sexualitet, sexologi eller sexuell hälsa som en del av utbildningen. Det var dessutom få som mindes om kurslitteraturen berörde dessa ämnesområden, samtidigt som flera poängterade att ämnen som genus- och jämställdhetsfrågor inkluderades i utbildningen men inte sexualitet. Även tillgång till ny forskning nämndes som en brist i arbetet inom individ- och familjeomsorgen. Flera av respondenterna upplevde att både ny forskning och beprövade arbetsmetoder kring ämnet är viktigt att inkludera i det dagliga arbetet inom socialtjänsten. Samtidigt upplever de yrkesverksamma att sexualitet inte anses vara en prioriterad fråga inom ledning och organisation och att det kan vara en av anledningarna till att socialtjänsten inte får ta del av ny forskning på området.

”Vi behöver ny kunskap i området som till exempel när jag säger det här med att det är lika många pojkar på gymnasiet som säljer sex. Det är lite konstigt och det kommer massor av följdfrågor, varför är det så till exempel. Handlar det om ekonomi eller handlar det om något annat? Eller både och? Man undrar ju och skulle vilja veta kopplingen”.

”Man har ingen kunskap. Det är liksom inget naturligt inslag, upplever jag. Jag tog examen från Lunds socialhögskola nu nyligen och jag upplever att det fortfarande inte är ett ämne man berörs i utbildningen som den är nu. Man pratar inte om det alls. Jag minns ingen kurslitteratur heller. Det är inget man får i utbildningen, det glöms liksom bort. Och eftersom ingen har kunskapen så vågar inte heller någon ta upp det”.

”Vi behöver utbildning som ska innehålla information som är aktuell och helst om sådana saker som inte är lätt för oss att få information om. Hur ser det ut idag, finns det några tendenser som man ser i samhället? Ja jag vet inte. Som är svärfångat, som får upp våra ögon och som lär oss att ha i bakbjudet när vi möter människor. Sen tycker jag att den ska utmana våra normer för att någonstans så är det ändå där som gör att vi blir blinda”.

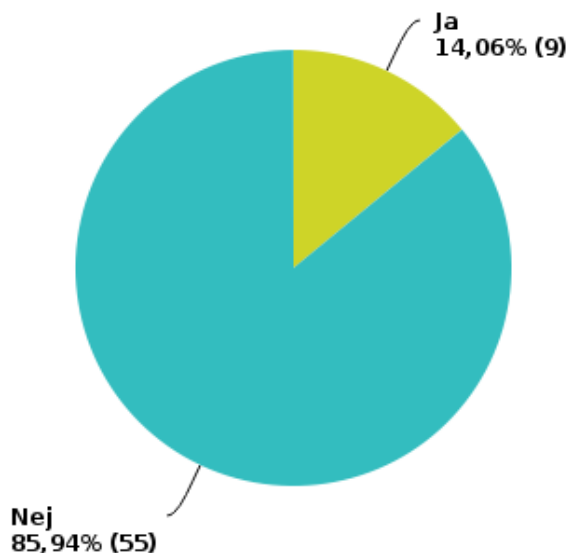
”Socionomutbildningen hade ingen kurs kring detta. Kanske litteratur tror jag, men inget som satt sig. Jag tror att vi hade något som kom in lite när vi pratade om genus, könsmaksordning och så. Kanske sexuell hälsa just. Men det är absolut något jag kan sakna. Det är något som absolut borde inkluderas i utbildningen”.

”Frågan är inte prioriterat uppifrån och det kommer inte ner till oss. Det försvinner i mängden av prioriteringar av alltifrån barns behov i centrum, till budget, till alltså det är så mycket vi ska hålla i huvudet hela tiden. Det är nya saker hela tiden, nya metoder som kommer, nya behandlingsställen som kommer. Jag tror bara det försvinner i mängden”.

I enkäten ställdes frågan om den yrkesverksamma deltagit i någon form av utbildning relaterad till risktagande och sexualitet. 55 (86 %) svarade att de inte fått någon sådan utbildning, vilket jag bedömer vara ett högt antal med tanke på att 52 (82 %) ansåg att ämnet var mycket relevant eller relevant för deras dagliga arbete. De 9 svaranden (14 %) som hade fått en utbildning i ämnet nämnde bland annat RFSUs grundutbildning och Malmö stads utbildning i hbtq-frågor.

Q16 Har ni fått någon utbildning relaterad till ämnet unga risktagande och sexualitet ?

Svarade: 64 Hoppade över: 11

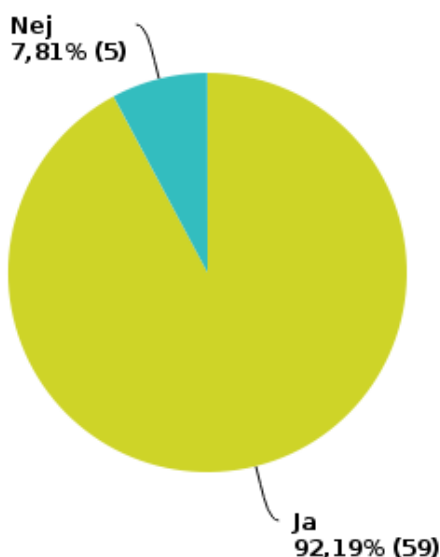


De intervjuade respondenterna fick också svara på hur de har förvärvat den kunskap som de har kring ämnet risktagande och sexualitet. Flera nämnde att de i sitt arbete inom Malmö stad deltagit i RFSUs grundutbildning i sexualitet och att de upplevde dessa utbildningsdagar som mycket konstruktiva och viktiga i det konkreta arbetet med målgruppen. Malmö högskolas grundkurs i sexologi och utbildningar genom RFSL nämndes också som positiva exempel på kompetensutvecklande insatser. Respondenterna hade emellertid deltagit i dessa utbildningar på sin fritid.

Som tidigare nämnts bedömer jag att gemensamt för de yrkesverksamma som har deltagit i kartläggningen är att majoriteten är i behov av någon form av kompetensutvecklande insats gällande risktagande och sexualitet. I enkäten framgår det exempelvis att 52 (92 %) upplever att de har behov av utbildning inom ämnet, vilket talar sitt tydliga språk.

Q17 Ser du ytterligare behov av utbildning eller kompetensutveckling inom ämnet?

Svarade: 64 Hoppade över: 11



När de yrkesverksamma fick frågan kring vad de skulle önska att en framtida utbildningsinsats skulle innehålla var samstämmigheten tydlig. Kunskap kring hbtq-frågor, normkritik och samtalsövningar nämndes som viktiga områden och moment att inkludera i en utbildningsinsats. De flesta poängterade också behovet av praktiska övningar och workshops i kombination med föreläsningar och konferenser. Vidare nämnde några respondenter att riktlinjer och handlingsplaner som reglerar arbetet med sexualitet och sexuell hälsa är användbara under förutsättning att de är tydligt förankrade i verksamheten och i det konkreta arbetet.

"Det är mycket fokus på risk här upplever jag verkligen. Men jag tror det har blivit bättre sedan vi har haft utbildningsinsatser av till exempel RFSU. Jag tror den var väldigt viktig för både de som jobbar här och på boendena. Jaha, vi kan ha kondomer framme och vi kan säga att sex är bra också och vi kan prata om sex med ungdomarna. Det är ju inte alla som ville det. Det tror jag har varit jätteviktig. Det kan bli bättre, men det finns en väldigt lång väg att gå. Nu vågar vi iallafall prata om riskerna med sexualitet. Nu kan vi iallafall ställa de frågorna. Men att ställa de frågor som inte handlar om risker det är ju ännu större".

"Riktlinjer är viktigt men jag tror jättemycket på värdegrundsdagar där man på riktigt bryter ner dokumentet på ett lätthanterligt sätt och inte bara låta oss sitta i bikupor och diskutera det och sen prata i storgrupp. Utan med olika övningar. Övningar är skitbra och rollspel. Att man får gå in i rollen och testa hur det är att fråga en människa olika saker och att man verkligen får möta sina egna fördomar. Sådana övningar. Och sen att man har dem kontinuerligt och följer upp. Och att man bestämmer att den dagen pratar vi om hur har vi förankrat detta, hur har vi jobbat med det, vad har man stött på för hinder och hur kan vi undanröja dem".

"Jag tror att riktlinjer redan finns för detta arbete men att de inte är förankrade hos oss. Det ska inte vara på ett APT eller någonting där man läser upp ett program. Alltså här är den och ni kan läsa den när ni har tid. Man måste göra något mer av det. Kanske en workshop eller halvdag så att man får arbeta och tänka till lite. För alla är så stressade så de sitter bara och väntar på att mötena ska vara slut".

I enkäten fick respondenterna uppskatta hur mycket tid under ett år de kunde avvara på en utbildningsinsats gällande risktagande, sexualitet och sexuell hälsa. Även om flera intervjupersoner uppger tidsbrist och en allt för hög arbetsbelastning som främsta skäl till varför ämnet inte prioriteras på arbetsplatsen, anser majoriteten (60 %) av respondenterna att de kan avvara antingen en halv- eller heldag på en utbildningsinsats kring ämnet. Dessa siffror illustrerar att respondenterna inte enbart uttrycker ett stort behov av olika former av kompetensutvecklande insatser, utan att de också är motiverade att avvara dyrbar tid till förmån för ökade kunskaper i hur man kan arbeta hälsofrämjande i relation till sexualitet och sexuell hälsa.

9. Analys och sammanfattning

9.1 Sexuell hälsa som en mänsklig rättighet

I Smittskyddsinstitutets förslag till nationell SRHR strategi (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) för 2013 understryks alla människors rätt till en god sexuell och reproduktiv hälsa. Denna rättighet innebär, enligt Smittskyddsinstitutet att alla människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att kunna bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp. I praktiken kan denna rättighet innebära allt ifrån kunskap om preventivmedel, tillgång till hiv -tester och säker mödravård till information och rådgivning om säkrare sex (Björngren Cuadra, 2010).

I Sverige arbetar Statens folkhälsoinstitut med att främja hälsa samt fästa särskild vikt vid de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Folkhälsoinstitutet anger som övergripande mål för folkhälsan ”att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (www.fhi/om-oss/overgripande-mal-for-folkhalsa/). Vidare understryker Folkhälsoinstitutet att folkhälsa handlar om allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är elva övergripande målområden för folkhälsan. Som nummer åtta anges *sexualitet och reproduktiv hälsa*, vilket är det folkhälsomål som är särskilt intressant för denna kartläggning. Med hänvisning till folkhälsopolicyn och dess skrivningar om reproduktiv hälsa, sexuellt välbefinnande och en trygg och säker sexualitet kan man konstatera att Statens folkhälsoinstitut fäster stor vikt vid sexualitet och sexuell hälsa som en del av folkhälsan. Detta konstaterande anser jag vara av stor vikt för utvecklingen av individ- och familjeomsorgens arbete då denna kartläggning indikerar att rätten till en god sexuell och reproduktiv hälsa inte är prioriterad i socialtjänstens arbete.

9.2 Region Skånes arbete med sexuell och reproduktiv hälsa

Region Skånes folkhälsoarbete utgår från det ovan nämnda övergripande nationella målet för svensk folkhälsopolitik . I sitt folkhälsoarbete inkluderar Region Skåne sexuell hälsa och poängterar att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter gäller alla människors samlevnad, relationer och livskvalitet, vilket också inkluderar rättigheten att själv bestämma över sin egen sexualitet och kropp (Regional folkhälsostrategi för Skåne, 2010-2014).

Region Skånes övergripande styrdokument för arbetet med sexuell hälsa, *Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne 2011- 2015* lyfter fram prioriterade grupper och strategiska arbetsområden inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

Målen med strategin är:

- Att förebygga sexuellt överförbara infektioner inklusive hiv
- Att förebygga oönskade graviditeter
- Att förebygga sexuellt våld, könsstympning och prostitution
- Att förebygga våld och diskriminering på grund av sexuell läggning

I strategin understryks behovet av att utveckla det förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa och även arbetet med att synliggöra särskilt riskutsatta grupper nämns som ett prioriterat arbetsområde. Region Skåne har i strategin valt att fokusera på fyra av den nationella strategins sju identifierade särskilt riskutsatta grupper, nämligen män som har sex med män, personer med injektionsmissbruk, personer med utländsk bakgrund samt ungdomar och unga vuxna. Därtill identifierar Region Skåne även personer utsatta för våld samt individer med funktionshinder som särskilt riskutsatta grupper.

För att det hälsofrämjande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa ska vara så effektivt och framgångsrikt som möjligt understryker strategin vikten av samverkan och kunskapsutbyte mellan bland annat hälso-sjukvården, kommunerna, frivilligorganisationerna och studentkårerna.

I genomförd kartläggning är just samverkan mellan socialtjänsten och Region Skånes aktörer något som lyfts fram som ett viktigt arbetsområde som behöver utvecklas och förbättras. Bland annat nämns behovet av fördjupad kunskap och erfarenhet kring vilka aktörer inom sjukvården som arbetar med sexuell hälsa, vart man som socialsekreterare kan hänvisa en klient och vad klienten kommer att mötas av gällande provtagning, behandling och bemötande. Behovet av samverkan gäller primärvården såväl som ungdomsmottagningar och specialiserade avdelningar inom SUS såsom Kvinnokliniken, Infektionskliniken och Centrum för sexuell hälsa.

Utifrån Region Skånes strategi har konkreta handlingsplaner tagits fram med syfte att ge en tydlig inriktning för hur arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska bedrivas i Region Skåne. (Handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), 2013-2015). Handlingsplanen innehåller specifika insatser kopplade till strategins prioriterade grupper samt strategiska arbetsområden såsom förebyggande arbete, tillgänglighet och jämlik vård, god kvalitet på rådgivning och behandling, samarbete samt kunskap, forskning och utveckling.

Exempel på planerade insatser gällande det förebyggande arbetet med ungdomar och unga vuxna är utdelning av gratis kondomer i samverkan med bland annat socialförvaltningarna. Gällande arbetet med personer med utländsk bakgrund nämns bland annat arbetet med att verka för att information och vård kring sexuell och reproduktiv hälsa ges via SFI (svenska för invandrare). Flera av de specifika insatserna kräver samverkan med bland annat socialförvaltningarna i de skånska kommunerna, ett arbete som enligt denna kartläggning är i behov av översyn och utveckling.

9.3 Socialtjänstens arbete med sexuell och reproduktiv hälsa

Som komplement till de ovan nämnda nationella och regionala riktlinjer kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och vad arbetet kan innebära i praktiken, regleras det kommunala arbetet med att främja sexuell hälsa av lokalt framtagna handlingsplaner och strategier. I detta sammanhang kan nämnas *Strategi och handlingsprogram för arbetet med sexuell hälsa i Malmö stad år 2010-2017*.

Malmö stad var 1999 en av de första kommunerna i Sverige som införde ett program för arbetet med sexuell hälsa. I april 2010 antog kommunfullmäktige ett reviderat program för sexuell hälsa där man bland annat konstaterar ”att sexuell och reproduktiv hälsa berör alla människor” (Malmö stad, 2010). Vidare beskriver handlingsprogrammet att socialtjänstens övergripande uppdrag är att stödja, skydda och hjälpa utsatta grupper i samhället. Enligt socialtjänstlagen har socialtjänsten ett särskilt ansvar för insatser mot prostitution, könsstympning, könsrelaterat våld, sexuella övergrepp samt hedersrelaterat våld och förtryck. Även när det gäller STI, hiv och preventivmedel har socialtjänsten en viktig uppgift då de ofta möter riskutsatta grupper i samhället. Enligt handlingsprogrammet är målet för individ och familjeomsorgen inom Malmö stad att det ska finnas ett förebyggande arbete inom förvaltningarna mot olika former av sexuellt våld, tvång och utnyttjande. För att uppnå detta program mål nämns två åtgärder:

- Genomgång av hur förvaltningarna arbetar med sexuellt våld, hedersrelaterat våld och flickor som riskerar könsstympning
- Att utveckla förebyggande insatser mot sexuellt våld hos unga.

Som tidigare nämnts framkommer det i intervjuer med yrkesverksamma inom Malmö stads individ- och familjeomsorg att handlingsprogrammet för arbetet med sexuell hälsa antingen inte är känt på arbetsplatsen eller att det inte används i det konkreta arbetet med klienterna. Samtidigt efterfrågas liknande styrdokument för att rutiner kring arbetet gällande dessa frågor ska bli tydligt förankrade i arbetsgruppen. I det avslutande kapitlet i denna rapport ger jag några förslag på hur ett handlingsprogram som detta kan förankras på ett verkningfullt sätt.

Ytterligare ett dokument som reglerar individ- och familjeomsorgen i Malmö stad är *Planen för individ och familjeomsorgen (IoF-planen)*. Denna plan är Malmö stads styrdokument för insatser, stöd och service inom individ- och familjeomsorgen och här finns politikens intention, inriktnings- och effektmål för individ- och familjeomsorgen i Malmö. Bland annat står det skrivet i planen att det måste finnas olika arbetssätt och metoder som möter klientens individuella behov utifrån en evidensbaserad praktik. IoF-planen inleds med att poängtera att samhället är i ständig förändring. Sociala, ekonomiska och tekniska förändringar erbjuder ständigt nya utmaningar. Därför måste kommunala verksamheter kontinuerligt ompröva och utveckla sin verksamhet (Malmö stad, 2013).

I Hörby regleras individ- och familjeomsorgen av övergripande och generella styrdokument såväl som detaljerade riktlinjer riktade mot specifika verksamheter och enheter. Riktlinjerna som reglerar bland annat arbetet inom Enheten barn och familj och Enheten för vuxna revideras under våren 2014, varför jag inte har haft möjlighet att undersöka om och i så fall hur kunskap och information kring sexualitet och sexuell hälsa inkluderas i styrdokumentet. Jag har kontinuerlig kontakt med de ansvariga för revideringen av styrdokumentet, för att på så sätt säkerställa att kunskap om sexualitet och sexuell hälsa ingår i dessa rutiner och riktlinjer.

Av kartläggningen framgår det att trots att majoriten av de yrkesverksamma upplever ämnet som både relevant och viktigt för det dagliga arbetet inom socialtjänsten, är sexualitet och sexuell hälsa inte ett arbetsområde som är prioriterat av ledningen på arbetsplatsen. Jag kan konstatera att befintlig strategi som reglerar hur arbetet med sexualitet och sexuell hälsa ska genomföras inom Malmö stads individ- och familjeomsorg inte är tillräckligt förankrad i personalgrupperna. Majoriteten av respondenterna känner inte till att strategin är ett av Malmö stads styrdokument.

Det framkommer även att de yrkesverksamma upplever ett stort behov av att inkludera frågor kring sexualitet och sexuell hälsa i utrednings- och uppföljningsarbetet, men att detta inte görs i tillräcklig utsträckning. Anledningar till detta anses vara kunskapsbrist, hög arbetsbelastning och personalomsättning, brist på tydligt förankrade rutiner och riktlinjer samt brist på arbetsmetoder och verktyg.

De yrkesverksamma beskriver dessutom att kunskapen kring flera olika ämnesområden gällande sexualitet och sexuell hälsa inte är tillräckligt stor, vilket innebär att man som socialsekreterare ofta väljer bort frågor kring detta ämne i samtal med klienter. Majoriteten av de yrkesverksamma som deltagit i denna kartläggning är positiva till kompetensutvecklande insatser kring ämnet och kan avvara en halv- eller heldag/år åt dessa insatser.

Alla människor, även de som söker sig till socialtjänsten för stöd och råd kring sexualitet eller sexuell hälsa har rätt till grundläggande information och tillgänglig vård, rådgivande samtal, omvårdnad, stöd och behandling. Med utgångspunkt i kartläggningens resultat anser jag att det finns ett stort behov av att lyfta och synliggöra frågor gällande sexualitet även i socialtjänstens arbete. Detta arbete kan innebära att både hantera olika samtal och situationer i mötet med klienter och att främja klienternas hälsa, välbefinnande och utveckling. I SiS och RFSUs metodmaterial *Berör sexualitet i socialt behandlingsarbete* (2010) beskrivs sambandet mellan sexuell ohälsa och utsatthet av olika slag. En del av klienternas problematik kan exempelvis ha sitt ursprung i situationer som berör sexualitet. En klient som har blivit utsatt för sexuella övergrepp, trakasserier eller diskriminering kan få försämrade psykisk hälsa, bli självdestruktiv eller kränka andra på olika sätt. För andra klienter kan det vara tvärtom, det vill säga att social, ekonomisk och psykisk utsatthet leder till problem även på sexualitetens område (SiS/RFSU, 2010).

I socialtjänstens arbete anser jag det vara viktigt att inkludera och synliggöra frågor om sexualitet i både utredning- och uppföljningssammanhang. Detta eftersom en del klienter behöver stöd och hjälp i sin utsatthet samtidigt som en god sexuell hälsa kan främja även andra livsområden såsom självkänsla, respekt för sig själv och andra och det personliga välbefinnandet. Som nämnts tidigare i denna rapport menar Malmökommissionen att en god hälsa är en av de viktigaste förutsättningar för en positiv utveckling i en människas liv, vilket ytterligare understryker vikten av ett hälsofrämjande arbete, även inom socialtjänsten.

För att kunna tillgodose alla människors rätt till en god sexuell hälsa krävs det alltså att individ- och familjeomsorgen aktivt arbetar med att inkludera sexualitet och sexuell hälsa i arbetssätt, metoder och bemötande. Det kan till exempel innebära att man som socialsekreterare eller familjehemssekreterare ställer frågor om sexualitet/sexuell hälsa, att man möter alla klienter likvärdigt oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck och att man har ett inkluderande och icke normativt förhållande och bemötande av sina klienter.

Jag bedömer att individ- och familjeomsorgen i Malmö stad och Hörby kommun har goda förutsättningar för att kunna infria de målsättningar som är beskrivna ibland annat Folkhälsopolicyn, Malmö stads handlingsplan för arbetet med sexuell hälsa och Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne.

I intervju- och enkätmaterialen framkommer en hel del kritik och en känsla av otillräcklighet gällande det befintliga arbetet som utförs inom socialtjänsten gällande sexualitet och sexuella hälsa. Behovet av fördjupade kunskaper, ökad samverkan med Region Skåne, evidensbaserade metoder och arbetssätt samt förankrade rutiner och styrdokument är stort samtidigt som de yrkesverksamma uttrycker en tydlig motivation till att delta i utbildningsinsatser och kompetensutveckling i ämnet.

Arbetet med att utveckla individ- och familjeomsorgens arbete gällande sexualitet och sexuell hälsa bör göras i enlighet med internationella, nationella och regionala riktlinjer och styrdokument. Denna kartläggning ger en fingervisning om vilka kunskaps- och arbetsområden som behöver utvecklas och prioriteras. För att det preventiva arbetet ska fungera i praktiken krävs organisatoriska förutsättningar som både förutsätter och uppmuntrar ett hälsofrämjande arbete med individens behov, önskemål och förutsättningar i fokus. Majoriteten av de yrkesverksamma som deltagit i denna kartläggning, efterfrågar ett tydligt ställningstagande om att arbetet med att främja klienternas sexuella hälsa bör prioriteras, vilket sätter press på ledning och organisation.

Utvecklingen av individ- och familjeomsorgens preventiva arbete är ett pågående arbete som kräver kontinuitet, engagemang och ett långsiktigt perspektiv där klienternas behov står i fokus.

Under arbetet med projektet Unga risktagande har jag konstaterat att det saknas forskning kring hur socialtjänstens preventiva arbete gällande risktagande, sexualitet och sexuell hälsa bedrivs, är strukturerat och bör utvecklas. Endast få studier har fokuserat på de möjligheter och utmaningar som finns inom det hälsofrämjande arbetet inom socialtjänsten med fokus på sexualitet och sexuell hälsa. Med anledning av detta vill jag uppmuntra till vidare forskning och kunskapsutveckling inom området.

Utifrån kartläggningens resultat kommer projektet att planera och genomföra olika former av kompetensutvecklande insatser riktade till Malmö stads och Hörbys individ- och familjeomsorg under 2014. I det avslutande kapitlet redogör jag för några av de arbetsområden som projektet kommer att prioritera i utvecklingsarbetet av individ- och familjeomsorgens arbete.

10. Slutdiskussion och förslag på fortsatta insatser

Arbetet med att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bör utgå ifrån socialtjänstens ansvar att främja hälsa samt ge god vård och behandling. Som nämnts bör arbetet även utgå ifrån Sveriges nationella policy för SRHR samt de lokalt och regionalt framtagna styrdokument som reglerar individ- och familjeomsorgens arbete.

Sociala resursförvaltningen inom Malmö stad har som nämnts tagit fram *Strategi och handlingsprogram för arbetet med sexuell hälsa i Malmö stad år 2010–2017*, ett dokument som de yrkesverksamma som deltagit i denna kartläggning upplever vara otillräckligt förankrat i det dagliga arbetet inom socialtjänsten. Flera respondenter har förslag på hur ett dokument som detta borde förankras och göras användbart i de yrkesverksammars arbete.

Bland annat nämns samtalsövningar, diskussioner och workshops kopplade till målformuleringarna som exempel på lämpliga metoder för förankring av handlingsprogrammet. Som en del av revideringen av handlingsprogrammet under 2014-2017 kommer projektet Unga risktagande aktivt arbeta för att förankra programmet hos de yrkesverksamma som möter den aktuella målgruppen i sitt arbete.

Genom praktiska samtals- och diskussionsövningar kopplade till handlingsprogrammet kommer de yrkesverksamma få möjlighet att relatera sitt konkreta arbete till målformuleringarna i det.

Med utgångspunkt i respondenternas behov av ökad samverkan och kunskapsutbyte med bland annat Region Skånes aktörer kommer även Region Skånes styrdokument gällande arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inkluderas i projektets kompetensutvecklande insatser. I Region Skånes handlingsprogram för sexuell och reproduktiv hälsa nämns flera specifika insatser gällande bland annat det förebyggande arbetet med ungdomar, personer med injektionsmissbruk och personer med utländsk bakgrund där kommunernas socialförvaltningar är en viktig samverkanspart.

I samband med utrednings- och uppföljningsarbetet inom individ- och familjeomsorgen använder de yrkesverksamma sig av ett flertal olika utredningsverktyg och bedömningsinstrument. Vilket utredningsverktyg eller bedömningsinstrument socialsekreteraren eller familjehemssekreteraren använder sig av är bland annat beroende på vilken enhet han/hon arbetar på och vilken form av utredning som ska inledas i samband med inkommen anmälan eller ansökan. Som tidigare nämnts är de vanligaste utredningsverktygen och bedömningsinstrumenten inom Malmö stad och Hörby kommun BBIC, ADAD, ASI och Kälvesten-metoden. Därtill finns en mängd andra utredningsverktyg, riskbedömningsinstrument och bedömningsmetoder för både utredning av unga, ungdomar och familjehem. Som jag tidigare har nämnt har jag på grund av tidsbrist begränsat projektets omfattning, varför jag har valt att fokusera på ovan nämnda utredningsverktyg.

Samtliga socialsekreterare och familjehemssekreterare inom Malmö stad som använder sig av någon form av utredningsverktyg eller bedömningsinstrument i sitt arbete, deltar i Malmö stads arrangerade utbildningar. Dessa utbildningar och temadagar organiseras av flera olika utbildningssamordnare. Jag har kontaktat samtliga utbildningssamordnare för diskussion kring hur kunskap om sexualitet och sexuell hälsa kan inkluderas i utbildningar, fördjupnings- och temadagar. Denna diskussion kommer att fortgå under 2014.

Därtill har Malmö stad fastställt gemensamma rutiner gällande ärendeprocessen där missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel står i fokus. Utifrån diskussion med ansvarig samordnare för de fastställda rutinerna kommer ett förslag tas fram kring hur kunskap och förståelse för sexualitet och sexuell hälsa kan inkluderas i rutinerna.

Samtliga nyanställda socialsekreterare inom Malmö stads enheter för barn och familj erbjuds att delta i en grundutbildning, arrangerad av stadskontoret. I nuläget råder osäkerhet kring vem som ska ansvara för denna grundutbildning under 2014, men klart är att frågor kring sexualitet och sexuell hälsa inte tas upp i utbildningen. Under 2014 ska beslut fattas kring vem som ska ansvara för utbildningen, varför jag har avvaktat att ta kontakt med stadskontoret innan detta beslut är fattat.

I socionomprogrammet på Lunds universitet och Malmö högskola ingår inte ämnesområdet sexualitet eller sexuell hälsa i grundutbildningen. På Malmö högskola finns däremot möjligheten att välja kursen Kön, sexualitet och socialt arbete som en del av sin avslutande termin på socionomutbildningen.

Med utgångspunkt i kartläggningens resultat där majoriteten av respondenterna upplever otillräckliga kunskaper kring sexualitet, anser jag att en diskussion bör föras med utbildningsansvariga kring möjligheten att inkludera ämnet i grundutbildningen. Under 2014 kommer kontakt att tas med ansvariga arbetsgrupper/personer inom respektive institutioner. Socialhögskolan vid Lunds universitet har exempelvis upprättat en så kallad JÄMLIK-grupp som ansvarar för att bevaka, granska och medvetandegöra så att ämnesområdena genus och sexualitet blir integrerade delar av socionomprogrammet.

Otillräckliga kunskaper och avsaknad av konkreta verktyg och metoder för samtal kring sexualitet och sexuell hälsa återkom ett flertal gånger i kartläggningens enkät- och intervjumaterial. Som en del av projektets fortsatta arbete med att utveckla socialtjänstens arbete kommer olika former av utbildningsinsatser att erbjudas yrkesverksamma inom Malmö och Hörbys individ- och familjeomsorg. Hur insatsernas upplägg, innehåll och omfattning kommer att se ut och genomföras planeras mer utförligt under 2014. Utifrån kartläggningens resultat framgår det att några kunskapsområden är mer bristfälliga än andra, såsom migration och sexualitet, köp och sälj av sexuella tjänster samt sexuell risktagande. Utbildningsinsatserna kommer även att ta fasta på de yrkesverksammas behov av ökade kunskaper i normkritik, hbtq-frågor och samtalsmetoder.

I kartläggningen framgår det att yrkesverksamma inom socialtjänsten upplever svårigheter i att hitta en balans mellan ett främjande- och ett riskperspektiv i arbetet med sexualitet och sexuell hälsa. Denna balans innebär exempelvis att socialsekreteraren ska kunna främja sexualitetens positiva och hälsofrämjande sidor, såsom lust, glädje och energi trots klientens förmodade sexuella riskbeteende såsom hiv/STI, våld och oönskad graviditet. Balansen mellan det hälsofrämjande, sexual positiva perspektivet och ett perspektiv som fokuserar på risktagande och riskutsatthet är något jag bedömer vara väsentligt att inkludera och synliggöra i utformandet av framtida kompetensutvecklande insatser.

I arbetet med projektet har det stått klart att det inom individ- och familjeomsorgen i Malmö stad och Hörby kommun finns både värdefull kunskap och mångårig erfarenhet kring arbetet med målgruppen unga vuxna och ungdomar kopplat till sexualitet och sexuell hälsa. Dessa resurser, är viktiga att ta till vara i arbetet med att utveckla och utforma lämpliga insatser för att på så sätt kunna anpassa insatserna utifrån lokala förutsättningar, med en bred ansats och med uthållighet över tid.

11. Litteratur- och källförteckning

Litteratur, forskning och rapporter

Björngren Cuadra, C., (2010). Kartläggning av preventiva hiv/STI-insatser i Skåne ur ett migrationsperspektiv- AAAQ och grundad tillgänglighet. Malmö: Malmö högskola.

Forsberg, M., (2007). Ungdomars sexuella hälsa- internationella kunskapsammanställningar och svenska erfarenheter för förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen

Holmström, C., (2011). Migration och sexuell hälsa. En litteraturöversikt om sexuellt risktagande och sexuell riskutsatthet i samband med migration. Stockholm: Socialstyrelsen.

Kjellgren, C, Olsson, N., (2011) Att kunna se, att våga se. En studie om ungdomar som begått sexuella övergrepp anmälda till socialtjänst i Malmö, Lund och Kristianstad under 2011. Malmö: Malmö stad

Kommission för ett socialt hållbart Malmö., (2013). Malmös väg mot en socialt hållbar framtid. Malmö: Service Point Holmbergs AB.

Lindroth, M., (2013). Utsatthet och sexuell hälsa- en studie om unga på statliga ungdomshem. Malmö: Malmö högskola

Olsson, N., (2007). När prostitutionen flyttade in i vardagsrummet. Malmö: Malmö stad

RFSL., (2013). Misstro. Om hbtq-personers förtroende för olika samhällsinstanser och vad som behöver förändras. Stockholm

RFSU., (2010). Berör sexualitet i socialt arbete. Stockholm

RFSU., (2013). Sexualitetsundervisning på lättare svenska. Antirasistisk sexualundervisning i praktiken. Göteborg

Ungdomsstyrelsen., (2010). Hon hen han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Stockholm

Ungdomsstyrelsen., (2012). Om unga hbtq-personer. Stockholm

Hemsidor

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/)

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/hivprevention-och-sexuell-halsa/preventionsgrupper/>

www.fhi.se/folkhalsostamman2012

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/hivprevention-och-sexuell-halsa/>

<http://www.malmo.se/Medborgare/Social---familjefragor/Vart-uppdrag-inom-socialtjansten>).

www.rfsu.se

www.socialstyrelsen.se

Riktlinjer och rekommendationer

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén):
Substantive issues arising in the implementation of the ICESCR, General Comment No 14,
2000.

Malmö stad., (2013) Plan för individ- och familjeomsorgen i Malmö stad. Malmö

Malmö stad., (2010-2017) Strategi och handlingsprogram för arbetet med sexuell hälsa i
Malmö stad. Malmö

Region Skåne, Kommunförbundet Skåne., (2010-2014) Regional folkhälsostrategi för
Skåne. Malmö

Region Skåne., (2011-2015) Strategi för sexuell och reproduktiv hälsa i Region Skåne.
Malmö

Region Skåne., (2013-2015) Handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och
rättigheter (SRHR). Malmö

Socialstyrelsen., (2012). Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet
mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Stockholm

Propositioner

Regeringens proposition 2009/10:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra
smittsamma sjukdomar