

Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar

FÖRORD

Genom att underteckna FN:s barnkonvention har Sverige åtagit sig att ge alla barn nödvändig hälso- och sjukvård. I detta åtagande ingår även förebyggande vård samt undervisning om och stöd i frågor som rör sexualitet och samlevnad.

De första ungdomsmottagningarna startade tidigt 70-tal och i samband med att abortlagen trädde i kraft 1975 fick det abortförebyggande arbetet bland unga en naturlig plats på ungdomsmottagningarna. Huvuddelen av de ungdomar som sökte sig till mottagningarna var flickor, som önskade preventivmedel. Så småningom har även arbetet att med att förebygga sexuellt överförbara sjukdomar kommit att ingå i ungdomsmottagningarnas primära uppdrag. Många mottagningar har också tagit ett bredare ansvar för ungdomars fysiska och psykiska hälsa.

Genom de kontakter som skapades med pojkar i samband med ungdomsmottagningarnas utåtriktade sex- och samlevnadsundervisningen blev det naturligt att ge råd och stöd även till pojkar. Cirka tio procent av de individuella besöken på ungdomsmottagningarna görs idag av pojkar.

Socialdepartementet gav i september 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård mm. ”Som en del av uppdraget skall Socialstyrelsen göra en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I sammanhanget skall särskilt pojkarnas möjlighet till stöd och råd uppmärksammas.”

Arbetsgruppen som genomfört detta uppdrag har haft följande sammansättning :
Claes Mebius, enhetschef, Socialstyrelsen, Björn Montin, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen, Marianne Wedin, byrådirektör, Socialstyrelsen, Stig Gårdmark, gynekolog, ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp i obstetrik och gynekologi, Viveca Odling, gynekolog, medlem av Socialstyrelsens expertgrupp i obstetrik och gynekologi, Tomas Jansson, kurator, Ungdomshälsan Göteborg och ordförande i föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM), Geo von Krogh, dermatovenereolog, Hudkliniken KS, Dan Carlsson psykolog ungdomsmottagningen Väster, Västra Frölunda. Marta Hansson Bocangel, barnmorska, Sex- och samlevnads-mottagningen HS, vice ordförande i FSUM, har varit utredningens sekreterare.

Expertgruppsrapporten med Socialstyrelsens förslag till åtgärder överlämnas till regeringen för vidare åtgärd

Kerstin Wigzell

INNEHÅLL

1. SAMMANFATTNING.....	3
2. UPPDRAGET	5
3. UNGDOMARS HÄLSA.....	6
4. UNGDOMSMOTTAGNINGARNAS HISTORIA OCH UTVECKLING.....	7
5. VERKSAMHETENS INNEHÅLL	11
6. HUR SER POJKARS BEHOV UT?	13
7. UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR ATT NÅ POJKAR.....	17
8. ANDRA AKTÖRER, SAMARBETE OCH AVGRÄNSNING.....	23
9. STÖD TILL MÄN SOM ARBETAR MED SEX- OCH SAMLEVNADSFRÅGOR	26
10. GLESBYGD – STORSTAD.....	27
11. UNGA MÄN MED INVANDRARBAGGRUND	28
12. GRUPPER MED SPECIFIKA BEHOV	29
13. UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING.....	30
14. RESURS- OCH KOMPETENSBEHOV	31
REFERENSER.....	32

1. SAMMANFATTNING – UNGDOMSMOTTAGNINGARNAS KONTAKTER MED POJKAR

Denna rapport ger en kort beskrivning av ungdomsmottagningarnas historia, innehåll och behov av utveckling för att tillgodose pojkars behov. Grunden i ungdomsmottagningarnas verksamhet är en helhetssyn på unga utifrån det tvärprofessionella arbetet, där de olika personalkategorierna kompletterar varandra.

Mottagningarna har utvecklats utifrån lokala behov och förutsättningar vilket innebär att det finns en stor variation framförallt i organisation och förankring. Otydliga mål för verksamheten försvårar kvalitetssäkringsarbetet. Socialstyrelsen kommer därför i en kommande rapport att göra en översyn av kompetens och resursbehov för mottagningarna. Sekretessproblematiken bör också belysas.

I ungdomsmottagningarnas utåtriktade arbetet nås alla ungdomar, medan endast ca 10 procent av de individuella besöken på ungdomsmottagningen görs av pojkar.

Socialstyrelsens uppfattning är att ungdomsmottagningarna även fortsättningsvis skall rikta sig till pojkar och unga män i sin individinriktade verksamhet samt förbättra och intensifiera det utåtriktade arbetet. Förutsättningen för att få unga män att komma på individuella besök är att kvalitén i det utåtriktade arbetet är hög och att man i större utsträckning än idag utvecklar arbetet såväl inom de medicinska som psykosociala områdena.

Socialstyrelsen anser att ett viktigt led i att attrahera pojkar i större utsträckning än idag är att det finns män som är engagerade i verksamheten och som även kan delta i det utåtriktade arbetet. Att integrera både ett manligt och ett kvinnligt perspektiv på sexualiteten i såväl det utåtriktade som det individuella arbetet på mottagningarna är grunden för att ungdomsmottagningarnas verksamhet skall kunna attrahera pojkar och unga män. Socialstyrelsen anser att det om möjligt bör finnas en speciell mottagningstid endast för pojkar och att det bör finnas tillgång till både manlig och kvinnlig personal

Med en kompetens- och resursförstärkning på ungdomsmottagningarna med inriktning på pojkarnas behov skulle områden som manlig reproduktiv hälsa, STD-prevention, pojkars tonårsutveckling, psykologiska och psykosomatiska besvär samt abortförebyggande arbete för pojkar, få en tydligare plats i mottagningarnas verksamhet. Socialstyrelsen är medveten om att detta kräver en långsiktighet i planering och finansiering. Huvudmännen måste här ta ansvar för och se till att de mottagningar som drivs håller en hög kvalitet på alla områden som verksamheten omfattar.

Invandrarungdomar utgör en del av besökarna på ungdomsmottagningen. Det rör sig om ungdomar från många olika länder vars kulturella bakgrund uppvisar stor variation. Ungdomarna kommer ofta i kläm mellan sin kulturs traditionella normer och de normer som råder bland svenska jämnåriga. Ungdomsmottagningarna kan genom sin lättillgänglighet och öppenhet spela stor roll för invandrarungdom och deras föräldrar. Socialstyrelsen anser det angeläget att resursnivåerna anpassas till antalet ungdomar som bor i upptagningsområdet liksom till områdets socioekonomiska struktur.

Socialstyrelsen vill poängtera vikten av en hög kompetensnivå när det gäller ungdomsmottagningarnas psykosociala arbete. Detta behövs så att man inte tvekar att försöka hjälpa ungdomar med identitetssvårigheter och därmed sammanhängande symtom av ångest, depression, ätstörning, psykosomatiska besvär och sexuella svårigheter. Socialstyrelsen anser att en ambition bör vara att flertalet ungdomsmottagningar, även om det inte är möjligt för alla, förfogar över psykosocial kompetens.

En av ungdomsmottagningarnas viktigaste samarbetspartners är skolan, framför allt när det gäller sex- och samlevnadsundervisning. Ungdomsmottagningarna kan här utgöra ett utmärkt komplement till skolan som dock har det övergripande ansvaret. Viktiga samarbetspartners för ungdomsmottagningarna är också socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien.

Socialstyrelsen anser vidare att mottagningar för bi- och homosexuella unga män bör finnas i de större städerna. Mottagningar bör även finnas för kvinnor. Specialistkompetens kring funktionshinder och sexualitet behöver utvecklas, framför allt på de orter som har specialskolor för dessa ungdomar. Detta har redan gjorts på en del orter och är under uppbyggnad på andra.

Socialstyrelsen vill starkt poängtera behovet av ytterligare forskning runt pojkars behov. En för mottagningarna gemensam och bättre besöksstatistik behövs och är ett sätt att få en säkrare uppfattning om volym och typ av problemställningar. Invandrapojkars behov behöver specifikt belysas.

Enligt Socialstyrelsens mening behöver kvalitetsfrågor få en större tyngd i arbetet med ungdomsmottagningarna. Huvudmännen behöver formulera lokala mål för verksamheten och därutöver klargöra lednings- respektive verksamhetsansvar.

Socialstyrelsen anordnade i samarbete med Allmänna Barnhuset våren 1999 en konferens om ungdomsmottagningarnas arbete med pojkar. Syftet var att belysa pojkarnas behov och möjligheter till kontakt med ungdomsmottagningarna och att förmedla erfarenheter av det praktiska arbetet med pojkar på mottagningarna. Andra områden som belystes vid konferensen var depressioner hos ungdomar och problematiken kring pojkar såsom förövare av sexuella övergrepp. Konferensrapporten "Pojkar på ungdomsmottagning: Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Socialstyrelsen 1999" bilägges.

2. UPPDRAGET

Socialdepartementet gav i september 1998 Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka barnkompetensen inom hälso- och sjukvård mm.

”Som en del av uppdraget skall Socialstyrelsen göra en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet. I sammanhanget skall särskilt pojkmarnas möjlighet till stöd och råd uppmärksammas.”

Rapporten är ett expertgruppsutlåtande utifrån nuvarande kunskapsläge. Analysen bygger på diskussioner i arbetsgruppen och refererade studier. Nya studier har inte genomförts inom projektet. Rapporten har remissbehandlats.

Arbetsgruppens sammansättning

Claes Mebius, enhetschef, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, enheten för medicinsk praxis.

Björn Montin, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, enheten för medicinsk praxis.

Marianne Wedin, byrådirektör, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, enheten för medicinsk praxis.

Stig Gårdmark, gynekolog, ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp i obstetrik och gynekologi.

Viveca Odllind, gynekolog, medlem av Socialstyrelsens expertgrupp i obstetrik och gynekologi.

Tomas Jansson, kurator, Ungdomshälsan Göteborg och ordförande i FSUM, föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar.

Geo von Krogh, dermatovenereolog, Hudkliniken KS

Dan Carlsson, psykolog, ungdomsmottagningen Väster, Västra Frölunda.

Marta Hansson Bocangel, barnmorska, Sex- och samlevnadsmottagningen HS, vice ordförande i FSUM, har varit utredningens sekreterare.

3. UNGDOMARS HÄLSA

WHO:s europaregion beskriver i dokumentet "Hälsa 21 – hälsa för alla år 2000", 1999, en ny hälsopolitisk strategi med 21 mål. Grunden för att dessa mål skall kunna uppnås är en jämlik hälsa såväl inom som mellan länder.

Folkhälsoprogrammet slår i sin slutrapport från 1998 (1) fast att "kärnan i ett välfärdssamhälle är en jämlik fördelning i hälsa". Sverige har under många år varit på väg mot detta mål, men enligt Socialstyrelsen kan det nu, för första gången på länge, vara så att den unga generationens möjlighet till god hälsa inte är självklart bättre än för tidigare generationer.

Folkhälsoprogrammet har definierat de faktorer som bäddar för ohälsa: arbetslöshet, relativ fattigdom, en ökande social och etnisk segregation och utslagning som i sin tur skapar oro, otrygghet och bristande framtidstro. Vidare menar man att då dessa skillnader beror på sociala omständigheter är de också möjliga att åtgärda.

En självklar huvudstrategi är att se till att problem ej uppstår. Det finns idag ett gap mellan vad vi vet om olika problems omfattning och utbredning och vad som görs för att undvika problemen.

Alla orsakssamband kring ohälsans uppkomst är inte kända men vi har idag tillräckligt kunskapsunderlag för att vidta förebyggande åtgärder.

Omfattande forskning och en rad praktiska exempel visar på ett övertygande sätt att problem kan förebyggas genom att bedriva ett brett folkhälsoarbete, vilket enligt slutrapporten från Folkhälsokommittén kan indelas i hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Ungdomsmottagningarnas arbetssätt omfattar båda dessa nivåer.

4. UNGDOMSMOTTAGNINGARNAS HISTORIA OCH UTVECKLING

Den första ungdomsmottagningen startades i Borlänge 1970 på initiativ av barn- och ungdomsläkare Gustav Högberg. Han såg i sin dagliga verksamhet att ungdomar hade ett stort behov av att få diskutera livsfrågor och hans tanke var att medvetet förena frågor om kropp och själ och integrera dessa med sex- och samlevnadsfrågor. Ett litet antal mottagningar startades runt om i landet utifrån denna modell.

I samband med att den nya abortlagen trädde i kraft 1975 fick det abortförebyggande arbetet bland unga en naturlig plats på ungdomsmottagningarna. Många mottagningar som startades under denna tid utgick ifrån ett samarbete mellan mödravård och socialtjänst. Fokus i verksamheten lades på att förebygga oönskade graviditeter och bevara den reproduktiva hälsan framför allt hos flickor och unga kvinnor. Barnmorskor med förskrivningsrätt blev den vanligaste yrkeskategorin på ungdomsmottagningen (2).

I och med det förändrade STD-panoramat, Sexually Transmitted Diseases, i början och mitten på 1980-talet, med upptäckten av HIV och möjligheten att diagnosticera och behandla klamydia, blev även provtagning för och prevention av sexuellt överförda infektioner, STD, integrerat i verksamheten. Detta medförde ett ökat behov av att nå unga män varför specifika insatser riktade till dem utvecklades succesivt.

Statliga ekonomiska bidrag utgick till landstingen för preventivmedelsrådgivning under 70-talet. Statliga HIV-förebyggande bidrag fördelades till kommuner och landsting sedan 80-talet. Dessa ekonomiska bidrag har gjort det möjligt att utöka antalet ungdomsmottagningar.

På många håll breddades verksamhetsområdet successivt och mottagningarna utökade och utvecklade det utåtriktade preventiva arbetet.

Vad är en ungdomsmottagning

Varken landstinget eller kommunen som har det övergripande ansvaret för verksamheten har någon gemensam definition på vad en ungdomsmottagning är. Enligt det policyprogram för ungdomsmottagningar som Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, FSUM, skrivit, skall en ungdomsmottagning vara en lättillgänglig, förebyggande verksamhet som bygger på frivillighet.

Vidare skriver man ”att arbetet bör genomsyras av en öppenhet och positiv syn på sexualiteten. Det förebyggande arbetet är brett; från att förhindra oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner till att förebygga psykisk och social ohälsa och missbruk av alkohol, tobak och narkotika. Frågor om livsstil utgör en viktig del i samtalet för att medvetandegöra attityder och stärka självkänslan samt påverka beteenden. För att dessa insatser skall vara möjliga att erbjuda skall personalen på mottagningen bestå av minst följande tre yrkeskategorier: barnmorska, socionom/psykolog samt läkare.”

Dessa personer skall ha arbetstid avsatt på mottagningen. Detta är ett minimikrav för att grundinnehållet i verksamheten skall kunna garanteras och för att man enligt FSUM skall få definiera sig som en ungdomsmottagning (3). Arbetet på ungdomsmottagningen består av individuella besök på mottagningen och utåtriktad verksamhet.

Organisation och ledning

Administrativ och medicinsk ledning är trots många års verksamhet fortfarande oklar för många mottagningar och avsaknad av övergripande strukturer runt ungdomsmottagningarna har varit och är ett stort problem. Mottagningarna finns ofta i utkanten av den ordinarie verksamheten, både inom kommun och landsting. Uppdragen är otydliga och många mottagningar saknar en formulerad målbeskrivning från huvudmannen/männen. Utvärdering av verksamheten kan därför vara svår att göra.

De finansiella ramarna är många gånger osäkra och det är inte ovanligt att ungdomsmottagningar delvis drivs med tillfälliga statliga HIV-medel. (2)

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, FSUM

Föreningen bildades 1988 och är en frivilligorganisation för mottagningar över hela landet. FSUM har idag, hösten 1999, 212 medlemsmottagningar (4). En av föreningens viktigaste uppgifter är att stimulera landsting och kommuner till att inrätta ungdomsmottagningar där sådana saknas och att stödja utvecklingen av redan befintliga mottagningar samt verka för att dessa skall få en bred yrkesrepresentation och en hög kunskapsnivå.

Föreningen gör en årlig statistik över antalet individuella besök och gruppbesök som görs på mottagningarna. Föreningen skall vidare samla och sprida information, stimulera och underlätta utbyte av erfarenheter ungdomsmottagningar emellan och också medverka till fortbildning inom aktuella områden (3).

Det finns ett litet antal mindre mottagningar som ej är medlemmar i föreningen, främst de som är knutna till mödravården och endast har öppet några timmar per vecka.

Aktuella data om ungdomsmottagningarna i Sverige

Det finns idag (1999) drygt 200 ungdomsmottagningar i Sverige. De har ofta vuxit fram ur de behov som identifierats lokalt. Många mottagningar har tillkommit på initiativ från engagerad personal. Detta gör att mottagningarna är olika uppbyggda när det gäller huvudmannaskap, storlekar, personalsammansättning och bredd på verksamheten.

<i>Huvudman</i>	%
Landsting och kommun	43
Landsting enbart	40
Kommun enbart	15
Privat	2

Målgrupper

Mottagningarna vänder sig huvudsakligen till ungdomar i åldersgruppen 13 – 20 år. Många mottagningar tar emot ungdomar upp till 23 år och till och med ända upp till 25 år. Vissa mottagningar har högre åldersgräns för män än för kvinnor.

Individuella besök

Besöksstatistiken baseras på underlag från 168 av ca 210 medlemsmottagningar i FSUM under 1998. Totalantalet besök på dessa drygt 200 mottagningarna har beräknats till 390.000.

Besöken fördelas på följande sätt:

<i>Personalkategori</i>	<i>Besök</i>	
	<i>Absoluta tal</i>	<i>%</i>
Barnmorska	300.000	77
Kurator/psykolog	59.000	15
Läkare	31.000	8
Totalt	390.000	

<i>Kön</i>	<i>Besök</i>	
	<i>Absoluta tal</i>	<i>%</i>
Flickor	355.000	91,2
Pojkar	35.000	8,8
	390.000	

Då man beräknar att varje pojke gör 1,6 besök på mottagningen under ett år innebär det att ca 29.000 pojkar besökte en ungdomsmottagning under 1998.

Varje flicka gör i genomsnitt fler besök på ungdomsmottagningen under ett år än pojkarna, 2,0.

Andelen pojkar som besöker mottagningarna uppgår alltså till ca 10 procent dvs ett något högre tal än det som man får om enbart besök räknas. Denna siffra är ändå väsentligt lägre än den andel på procent pojkar på ungdomsmottagningar som Barnpsykiatrikommittén anger i betänkandet "Det gäller livet" (SOU 1998:31) och som kan förklaras av att man i det betänkandet enbart räknat besök hos kurator och psykolog det vill säga, den psykosociala personalen.

Enligt G. Jarlbros rapport (2) är det de mindre mottagningarna, med få timmars öppethållande per vecka, knutna till mödravården som har den lägsta besöksfrekvensen av pojkar.

På många mottagningar bokförs inte besök av pojkar som kommer för att hämta kondom. Endast de besök som föranleder journalanteckning statistikförs. Detta medför att en del av ungdomsmottagningarnas arbete med pojkar i individuella besök inte blir statistikfört och således inte heller synliggjort. Kvalité och innehåll i rådgivningen vid kondomhämtning varierar från mottagning till mottagning. Förslag finns att i kommande FSUM-statistik bokföra spontana besök exempelvis för kondomhämtning för att få en tydligare bild av det arbete som faktiskt utförs.

Siffrorna är något osäkra då alla mottagningar inte rapporterar in sina aktiviteter till FSUM.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser det angeläget att få en tydligare bild av arbetet med pojkar på ungdomsmottagningar. En för mottagningarna gemensam och bättre besöksstatistik behövs och är ett sätt att få en säkrare uppfattning om volymen.

5. VERKSAMHETENS INNEHÅLL

Övergripande målsättning

I Socialstyrelsens rapport ”Hälsovård före, under och efter graviditet” (SoS-rapport 1996:7) anges följande övergripande mål:

- Att verka för att unga kvinnor och män kan uppnå och bevara god reproduktiv hälsa
- Att verka för att förhindra oönskade graviditeter.
- Att verka för att upptäcka och förhindra spridning av sexuellt överförda infektioner, STD.
- Att arbeta för en öppen och positiv syn på sexualitet.
- Att verka för framtida god hälsa genom att upptäcka och påverka riskbeteende, t ex drogmissbruk.

Som specifika mål anges:

- Att alla ungdomar ska ha tillgång till de resurser som en komplett ungdomsmottagning kan erbjuda.
- Att alla skolor ska ha tillgång till den experthjälp som finns på ungdomsmottagningen. (5)

I FSUM:s policyprogram ges följande definition:

”Det övergripande målet är att förebygga fysisk och psykisk ohälsa. Stärka ungdomar i att hantera sin sexualitet, respektera sig själva och sin omgivning, samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.

Utvecklande av en sexuell identitet är central i den unga kvinnans och mannens liv. Det är därför angeläget att de som arbetar på ungdomsmottagningarna är beredda att möta dessa frågor och ge råd och stöd. De skall också stärka ungdomar i deras naturliga nyfikenhet kring lusten och glädjen i sexualiteten.” (3)

Ungdomsmottagningarnas verksamhet är förebyggande, huvudsakligen primär- och sekundärpreventiv men också hälsofrämjande, inriktad på att stärka det friska hos tonåringar . Verksamheten riktar sig till alla ungdomar och bygger på frivillighet.

Besöken på ungdomsmottagningarna förutsätts ej vara avgiftsbelagd.

Verksamheten på ungdomsmottagningarna

Verksamheten kan indelas i följande arbetsområden både på individ- och gruppnivå:

- Sexualitet och samlevnad
- Preventivmedelsrådgivning
- Abortrådgivning och frågeställningar kring oönskade graviditeter
- Könroller, attityder och värderingar
- Kulturrelaterade frågeställningar
- Sociala problem och frågeställningar
- Tonårs- och kroppsutveckling
- Sexuellt överförda sjukdomar
- Gynekologiska sjukdomar och avvikelser

- Psykiska frågeställningar och besvär/problem
- Allmänmedicinska frågeställningar
- Sexuella övergrepp

Det är vanligast att ungdomarna behöver hjälp på flera områden samtidigt, oavsett om de till en början sökt för frågor som endast rör ett område. Ett teamarbete där alla kompetenserna, medicinska, psykologiska och sociala arbetar tillsammans över yrkesgränserna utgör ungdomsmottagningarnas styrka. Detta arbetssätt innebär att fysiska, psykiska och sociala faktorer och problem inte ses som skilda ifrån varandra utan man har ett helhetsperspektiv på den unge (6).

Individuella besök

Unga kan komma antingen på ”öppet hus”, det vill säga en drop-in mottagning eller på ett tidsbokat besök.

Ungdomar besöker mottagningen dels för att de har frågor kring den reproduktiva hälsan, önskar preventivmedel, har frågor om kroppen och kroppsutvecklingen känner oro för graviditet och sexuellt överförda sjukdomar, eller bara för att testa sig. Många kommer också för att de känner sig oroliga och deprimerade, har problem hemma eller i skolan, utsatts för sexuella övergrepp, behöver hjälp att bearbeta känslor inför eller efter en abort både som ung kvinna och ung man.

Utåtriktad verksamhet

I arbetet möter ungdomsmottagningen alla ungdomar, både flickor och pojkar, antingen i form av studiebesök på mottagningen eller i form av besök ute i skolorna. Förutom information om vad ungdomsmottagningen är och var den finns, arbetar man i det utåtriktade arbetet mycket med ungas attityder, normer och värderingar när det gäller sex- och samlevnadsfrågor. Många ungdomsmottagningar, 42 procent, deltar aktivt i skolornas sex- och samlevnadsundervisning (2).

Det förekommer också att man har möten eller grupper med föräldrar för att prata om hur det är att vara tonårsförälder och de konflikter som kan uppstå kring frågor om tider, pengar, alkohol med mera.

Ungdomsmottagningarna utgör utöver det ovan nämnda, ofta en kunskapsbas för andra instanser som möter ungdomar.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att en målformulering för verksamheten bör utformas lokalt av varje huvudman, utifrån de förutsättningar och omständigheter som råder.

Den utåtriktade verksamheten har hög prioritet.

6. HUR SER POJKARS BEHOV UT?

Få manliga besökare

Av de individuella besöken på ungdomsmottagningen görs som vi tidigare nämnt cirka 10 procent av pojkar.

Att pojkar utgör en så liten andel av besökarna kan ha flera orsaker. Majoriteten av dem som arbetar på ungdomsmottagningen är barnmorskor, som oftast är kvinnor och vars specialistutbildning huvudsakligen fokuserar på kvinnlig sexualitet och reproduktiv hälsa. Få män är engagerade i verksamheten, endast 4 procent enligt G. Jarlbro (2). Tyngdpunkten i verksamheten ligger på de flesta mottagningar på preventivmedelsrådgivning, något som hittills varit och fortfarande huvudsakligen är kvinnors ansvar.

Besök på ungdomsmottagningen görs ju också oftast av en flicka och har fokus på sex och samlevnadsfrågor. Flickorna besöker mottagningarna för att söka råd och stöd för hur de ska hantera mötet med partner och planera inför en sexuell relation. De söker hjälp vid menstruationsbesvär eller vid misstanke om graviditet. Motsvarande behov av besök har inte pojkar givit lika tydligt uttryck för även om allt fler besöker mottagningarna. För pojkar handlar det inte om vem som tar ansvar – det handlar om fysiska skillnader, traditioner och könsroller. Behovet av stöd är troligen lika stort för pojken som för flickan. Inkörsporren till ungdomsmottagningen är för många ungdomar frågor om kroppen och där har av tradition flickor det lättare. Studier visar att även pojkar vill ha en möjlighet att få komma till ungdomsmottagningen men då med kroppen och underlivet som inkörspport.

Gynekologer finns på 42 procent och allmänläkare på 41 procent av mottagningarna medan venerolog – ibland kallad ”mannens gynekolog” – endast finns på 12 procent av landets ungdomsmottagningar och ännu färre har barn- och ungdomsläkare i sin personal. Andra skäl till den låga andelen pojkar kan vara att män dels generellt tenderar att söka vård mer sällan än kvinnor, dels väntar längre innan de söker hjälp. Detta bekräftas av de psykologer och kuratorer som arbetar på ungdomsmottagningar.

Grundläggande svensk forskning om pojkars behov av ungdomsmottagningens ”tjänster” är svår att finna så vi vet idag ganska litet om hur pojkars behov ser ut och internationell forskning är i detta sammanhang inte applicerbar på svenska förhållanden. Olika projekt och försök som genomförts har ofta saknat teoretisk kunskapsgrund. Några konkreta tips och önskemål från pojkar själva har dock framkommit vid enkätundersökningar.

Erfarenheter från telefonrådgivning och frågespalter via bland annat Internet visar att pojkar har många frågor och funderingar kring kroppsutveckling, sex, relationer till det motsatta och egna könet, sexuell läggning, ensamhet och annat. Detta behöver dock inte innebära att man behöver besöka en mottagning för att få svar på alla sina frågor. Men det visar på ett behov av en bättre och för pojkar mer anpassad utåtriktad verksamhet vid ungdomsmottagningar och i skolornas sex- och samlevnadsundervisning.

Exempel på projekt och studier som vänt sig till pojkar och unga män

Uddevalla ungdomsmottagning

”Projektet killar till Ungdomsmottagningen, PTU”, genomfördes åren 1992–93 (15). Målet var att få fram ett antal konkreta förslag på förändringar i avsikt att locka killar till ungdomsmottagningen i större utsträckning. Man använde sig dels av djupintervjuer, 15 st, och enkäter som besvarades av 426 tonårspojkar. Enkätsvaren visade att man önskade temadagar i skolan om sexualitet och känslor, att personalen på ungdomsmottagningen skall visa att pojkar är lika viktiga som flickor på mottagningen genom att de efterfrågas, att personalen har förväntningar och krav på att de skall komma. Pojkarna tyckte slutligen att skyltningen borde vara bättre med speciella affischer som vänder sig till dem.

Stockholm skolors ungdomsmottagning

I en artikel i Läkartidningen (7) redovisas ett lyckat försök med pojk-mottagning för medicinska frågeställningar, två timmar per vecka under två år.

Besöksfrekvensen låg tidigare på 7 procent och antalet besök av pojkar ökade med 25 procent under projektiden. Man frågade bland annat efter om det spelade någon roll vilket kön undersökaren hade. För 42 procent spelade det en stor roll och hälften av dessa ville bli undersökta av en man medan hälften föredrog en kvinnlig undersökare. Slutsatsen blev att det bör finnas tillgång till både kvinnlig och manlig personal.

74 procent svarade att det var viktigt med en speciell mottagningstid för pojkar, framför allt uppskattades frånvaron av flickor i väntrummet.

92 procent värderade högt att få komma utan tidsbokning, på så kallad ”drop in” mottagning. Slutligen redovisar man att de flesta kommer med en tydlig fråga men att man under samtalsgången tar upp mer sexualrelaterade problem. Det bör alltså finnas väl tilltagen tid för att skapa möjligheter att lyssna och till fortsatt samtal.

Ungdomshälsan i Uppsala

Sedan 1995 har man haft mottagning med venereolog en kväll i veckan året runt och vänt sig enbart till unga män. Från en blygsam början har verksamheten utan speciell annonsering snabbt ökat. Under 1998 besöktes mottagningen av 1.100 unga män, vilket utgjorde cirka 14 procent av samtliga besök. Mottagningen har haft karaktären av ”drop-in” och besöksanledningarna har varit ytterst varierande, t.ex. STD-symtom eller oro för STD, behov av testning för HIV/STD, oro för anatomiska avvikelser, hudförändringar, ”knölar”, potensproblem och även relationsproblem och mycket annat.

Övre åldersgränsen är 25 år och personalen har noterat att det inte sällan kommer män, som är ännu äldre, ibland såsom partner till yngre flickor.

Ungdomsmottagningen i Borlänge

Lars Holmberg, barn- och ungdomsläkare vid ungdomsmottagningen i Borlänge och Vivian Wahlberg, professor vid Nordiska hälsohögskolan i Göteborg har gjort två studier kring unga män och

abort (8, 9). Den första är en enkätstudie bland ungdomsmottagningar för att ta reda på vilka möjligheter som idag finns för pojkar och unga män att på ungdomsmottagningen få råd och stöd i beslutsprocessen om abort. Man ville också få kunskap om personalens syn på de unga mäns tankar, känslor och attityder till abort. Målet var att utveckla modeller för rådgivning och stöd för pojkar i en abort/graviditetssituation.

Slutsatserna i studien var:

- att unga män vill vara delaktiga i beslutsprocessen vid en graviditet
- att den potentielle fadern, liksom modern, behöver aktivt stöd och information både tillsammans med sin partner och individuellt
- att många mottagningar saknar rutiner för ett omhändertagande av den unge mannen.

Den andra studien är en kvalitativ intervjustudie med 18 unga män, 15–26 år, med en medianålder på drygt 18 år, vars partner nyligen hade fått besked om en positiv graviditetstest. Den visar att för majoriteten av männen var beskedet en chock som gav upphov till en rad motstridiga känslor. Behovet av råd, stöd och information är stort för att tillsammans med partnern kunna fatta ett beslut. Slutligen föreslås en modell för stödjande insatser till unga män i en graviditets/abortsituation.

Venereolog på ungdomsmottagningar i norra Stockholm

Hudkliniken och Sex- och samlevnadsenheten (SESAM) vid Karolinska Sjukhuset har under 1996–99 drivit ett projekt med venereologisk konsultverksamhet på ungdomsmottagningar (10) vars huvudmål varit:

- Att såsom medicinskt ansvarig resursperson vid ungdomsmottagningen bidra till att optimera bekämpning av klamydia och andra STD genom kvalitetssäkring och samordning av diagnostik, behandling och prevention.
- Att för ungdomar erbjuda specialistkompetens med en lättillgänglighet för att söka för STD-undersökning, vård och individuell rådgivning.
- Att för ungdomar ta fasta på behov av kommunikation runt vår tids sexuella medvetenhet och att erbjuda kontakt med sjukvården som komplement till den mediala och IT-förmedlade informationen som rör sexualiteten.
- Att vid ungdomsmottagning öka fokus på unga män genom att etablera "killmottagningar" som ger medicinsk vård, rådgivning och stödsamtal rörande STD, sex- och samlevnad av samma kvalitet som erbjuds unga kvinnor.

RFSU-kliniken

RFSU har sedan 1992 drivit en Mottagning för Unga Män, MUM-mottagningen, i Stockholm. Hit kan unga män vända sig för att få hjälp med STD-provtagning och undersökning. Verksamheten innehåller, till skillnad från ungdomsmottagningens, inte någon kurativ verksamhet men terapeut finns att tillgå på kliniken vid behov. I utvärderingen (11) tillfrågades männen vart de skulle ha vänt sig om de inte hade gått till RFSU. En tredjedel visste inte vart man skulle ha gått och det är framför allt de yngre besökarna som svarar så. Ungdomsmottagningen var för de tillfrågade unga männen tydligen inte ett självklart alternativ.

Folkhälsoinstitutet, FHI

FHI beviljade under åren 1993 – 1997 ett stöd till ungdomsmottagningar för att utveckla uppsökande och/eller mottagningsverksamhet för pojkar. 13 mottagningar deltog i projektet som utvärderades

och publicerades i en skrift, "Det handlar om killar – några ungdomsmottagningars satsning på "killprojekt" (12). De pojkar som nåddes av den uppsökande verksamheten var i genomsnitt 17 år medan de som själva sökte ungdomsmottagningen för ett individuellt besök i snitt var 20 år.

Målet med den uppsökande verksamheten var att pojkar skulle få bekräftelse och kontakt med vuxna, helst män, i frågor runt sexualiteten.

I det individinriktade arbetet på "killmottagningarna" ville man erbjuda möjlighet att samtala med och få information av en vuxen man. En svårighet för att kunna uppfylla just detta mål, var att rekrytera och kvarhålla männen i de olika verksamheterna, framför allt som det oftast handlade om projekt-tjänster och oftast på deltid.

Rapporten påpekar vidare att erfarenheterna visar att det ofta tar mer än ett år att utveckla mottagningen och få pojkar att komma. En annan viktig slutsats var att uppsökande verksamhet som når många pojkar tidigt och ger en möjlighet att få svar på outtalade frågor var av stort värde för pojkarna.

FHI gör nu en inventering av det sex- och samlevnadsarbete som institutet gjort, riktat till unga män. Detta skall sammanställas i en skrift som beräknas utkomma under år 2000.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att det om möjligt bör finnas en speciell mottagningstid endast för pojkar och att det bör finnas tillgång till både manlig och kvinnlig personal.

Det är värdefullt att kunskaper från olika projekt och studier på ett strukturerat sätt sammanställs och sprids i syfte att snabbt förmedla nya tankar och arbetsmetoder. På så sätt höjs kvaliteten i arbetet.

7. UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR ATT NÅ POJKAR

Det är framför allt två områden i ungdomsmottagningarnas verksamhet där arbetet med pojkar bör utvecklas, det medicinska och det psykosociala, både på de individuella och de utåtriktade nivåerna i arbetet.

Det medicinska området

I Sverige finns lång tradition med sexualupplysning och preventivmedelsrådgivning för unga människor. Det är ur preventiv synpunkt viktigt att de unga får tillgång till kvalificerad rådgivning i frågor som rör sexualiteten. Arbetet söker stärka individen i att hantera sin sexualitet, att sätta ord på emotionella upplevelser, att öka förmågan till empati och respekt för andra människors åsikter, att hantera olika situationer i en relation och att sätta egna gränser i förhållandet till andra människor. Detta är viktiga beståndsdelar i ”känsla av sammanhang” som är väsentlig för förmågan att kontrollera det egna livet.

För att höja den medicinska nivån i arbetet med pojkar finns behov av att utveckla kompetensen i andrologi, venereologi och sexologi hos de personalkategorier som redan idag arbetar på ungdomsmottagningen samt hos den personal som behöver rekryteras för att kunna möta en ökad efterfrågan.

Barnmorskor/sjuksköterskor utgör en första instans för att göra primära bedömningar och ta prover vid vissa medicinska frågeställningar. Därutöver behövs läkarkompetens för medicinsk bedömning. Förutom allmänläkare och gynekologer bör även andra specialister såsom dermato-venereologer (hud- och könsläkare) och adolescensmedicinare (barn- och ungdomsläkare) engageras i verksamheten i större utsträckning än vad som är fallet idag.

Arbetet vid mottagningarna rör sig från det helt normala och friska till ibland komplicerade medicinska och psykologiska frågeställningar. Målet är att kvalificerat bedöma vem som har behov av akuta åtgärder, av återkommande stöd och när det behövs hänvisning till annan medicinsk specialist eller annan instans. Läkaren på en ungdomsmottagning har dels patientrelaterad mottagningsverksamhet med diagnostik och behandling av vissa sjukdomstillstånd, dels skall han/hon fungera som stöd och kunskapskälla för andra personalkategorier samt kunna formulera medicinska policyprogram för mottagningens verksamhet.

Abortförebyggande arbete bland tonårpojkar

Kondomanvändningen i Sverige har varierat över tid. Den svenska kondomanvändningen minskar alltmer enligt en färsk undersökning ifrån RFSU. Trots all information om HIV och STD via media, skola, samtal med föräldrar och kompisar så skyddar sig inte unga människor konsekvent mot STD eller oönskad graviditet.

Att samtala med unga män, både i det utåtriktade arbetet och på individuell nivå, om kondomen som mannens enda preventivmedel kan vara en framkomlig strategi för att starta tankar och diskussioner om faderskap och relationer. Det är av stor vikt att kunna ge unga män tillfälle att tillsammans med andra få reflektera över vem som skall ta ansvaret för preventivmedelsfrågan i ett förhållande, hur man som man skall kunna ha kontroll över om man skall bli far eller ej och ställa detta i relation till den svenska abortlagstiftningen. Många pojkar känner inte till hur den är formulerad och vilka kon-

sekvenserna kan bli om flickvännen blir gravid - att man inte kan avsäga sig ett faderskap även om man innan graviditetssituationen uppstod var överens om ett avbrytande.

Erfarenheterna ifrån Borlängestudierna (sid 13) visar att pojkar vill bli mer delaktiga i beslutsprocessen vid en graviditet och att de liksom flickorna behöver stöd och information.

Detta ställer höga krav på personalen att kunna balansera pojkarnas önskemål om större delaktighet i beslutsfattandet med det faktum att det är kvinnans beslut om en graviditet skall avbrytas eller fullföljas. Förutsättningen för att pojken skall kunna bjudas in till samtal kring en graviditet är att flickan vill och godkänner det.

Prevention av sexuellt överförda infektioner, STD

Även om ungdomsmottagningar främst byggts upp för att stödja det friska hos individen, har mottagningarna en stor potential i det STD-förebyggande arbetet genom att de är lättillgängliga, besöken är gratis och bygger på frivillighet.

STD-förebyggande insatser bland ungdomar uppfyller rimliga krav på evidensbaserad prevention med hög prioritet. Följande nivåstrukturering finns:

- Hälsobevarande: befolkningsinriktad sex- och samlevnadsundervisning, information om preventivmedel, kondomutdelning, information om alkohol och droger.
- Primärt förebyggande: individuell rådgivning med diskussion omkring riskbeteende inklusive missbruk.
- Sekundärt förebyggande: tidigt insatt behandling, samt partneruppföljning.
- Tertiärt förebyggande: att förhindra irreparabel skada eller sjukdom, t.ex. infertilitet.

För att det STD-preventiva arbetet skall lyckas, måste ett antal nyckelområden bevakas: god tillgänglighet och kvalitet för diagnostik och vård, preventiv information och beteendepåverkan, samt adekvat epidemiologisk övervakning.

Gonorré ger vanligtvis upphov till tydliga symtom. Prevalensen av gonorré - och syfilis - har minimerats tack vare ett medvetet arbete vid landets STD- mottagningar där särskilt kompetens etablerats för diagnostik, behandling och partneruppföljning för de båda könen. Arbetet har skett i samverkan med flera viktiga aktörer såsom gynekologi, mikrobiologi, smittskyddsläkare och primärvård - i synnerhet ungdomsmottagningarna. Dessa sjukdomar är fortfarande mycket vanliga i övriga världen, och importsmitta kan lätt ta sig in i landet. Mindre endemiska utbrott av gonorré bland ungdomar har under 1998 och 1999 förekommit i Stockholm. Det är därför viktigt att upprätthålla en god beredskap för tidig diagnostik, behandling och mycket aktiv partneruppföljning.

Parallellt med den globala spridningen av HIV har under de två senaste decennierna nya utmaningar uppstått i STD-arbetet. Genital herpes (HSV) och genital papillomavirus (HPV) infektion har ökat och drabbar nu 15-30 procent av sexuellt aktiva människor. Ofta smittas dessa svårbehandlade virusjukdomar redan under tonåren; ett stort behov finns av information och primärpreventiva insatser bland sexuellt aktiva ungdomar.

Den lättbehandlade sjukdomen klamydia har uppmärksammats som ett folkhälsoproblem framförallt på grund av hög risk för infertilitet. Genom mikrobiologisk metodutveckling, lagstiftad partneruppföljning och effektiv antibiotikabehandling har förekomsten av klamydia minskats med 50 procent under åren 1988–1994. Därefter har emellertid en platånivå runt 15 000 fall per år nåtts och under senare år har en uppåtgående trend noterats bland tonåringar, där prevalensen antas ligga runt 5–10 procent.

Klamydia skiljer sig från t.ex. gonorré genom att symptomatiska fall endast representerar ”toppen av isberget”, emedan upptill 80 procent av fallen länge pågår utan att ge upphov till några typiska symptom men ändå medför risk för vidare smitta. Klamydia sprids därför effektivt bland unga män och återsmitta är vanligt. Kalkyler pekar på att det räcker med ett enda partnerbyte per år för att befintlig prevalens upprätthålls om inte en aggressivare strategi börjar tillämpas. Det kan antas att enbart en fraktion av klamydiafallen hittas genom partneruppföljning och att en optimalare strategi snarare bör bygga på riktad screening. Ungdomar känner föga till att klamydia utan symptom är så pass vanligt. En strategisk potential finns för att via informationskampanjer, i media och i lokalsamhället - t.ex. via skolornas sex- och samlevnadsundervisning - lyckas nå ungdomarna med budskapet att aktivt söka för klamydiascreening.

Unga kvinnor screenas för klamydia redan idag i stor utsträckning i samband med gynekologisk undersökning. I detta kvinnodominerade perspektiv har mottagningarna inte lyckats nå pojkarna i någon utsträckning. Med modern molekylärbioologisk metodik kan idag klamydia diagnostiseras genom ett enkelt urinprov, vilket ger goda förutsättningar för att möta pojkarnas potentiella behov av att ”testa sig för säkerhets skull”. Mannen är ofta handlingsinriktad, tenderar att somatisera i mötet med vården och söker gärna med konkreta problem och frågeställningar. Lyckas man på detta vis nå den unge mannen kan ungdomsmottagningarna potentiellt kunna inta en strategisk roll som ”fyrto” i såväl klamydiabekämpningen som i det STD-preventiva arbetet i lokalsamhället.

En högkvalitativ och väl utbyggd STD-vård, kontinuerlig övervakning samt upprepade preventiva insatser mot HIV och andra STD, är epidemiologiskt de strategiskt viktigaste verktygen. I takt med att engagemanget för pojkar ökar på ungdomsmottagningen är det av vikt att det utformas riktlinjer och lokala instruktioner av specialistläkare exempelvis för STD-omhändertagande.

Erfarenheter visar att rådgivning av männen omkring en somatisk åkomma ofta ger upphov till andra frågor rörande identitet och sexualitet. För mannen kan finnas ett stort behov av att ”få svar på frågor som finns men som inte ställs”. Eftersom klamydia, HSV och HPV är vanligt förekommande bland sexuellt aktiva människor, ger möten med de ungdomar som drabbats av – eller är oroliga för – en eller flera av dessa infektioner förutsättningar för väsentlig attitydpåverkan om konsultationen ses som ”ett gyllene pedagogiskt tillfälle” för individuella samtal och rådgivning om livsstil och hälsorisker. Dessa samtal bör framför allt syfta till att stärka pojkarna i deras självkänsla (”empowerment”) och deras strategiska förhållningssätt till minskat risktagande (”coping”). Många unga män som söker har ännu inte haft samlag. En stor del söker primärt för att få en vuxen att tala med och ”ingången” kan då vara att presentera ett medicinskt problem, såsom frågor kring det egna könet, acne, eller en oro för att kunna få en STD.

Ur det STD-preventiva perspektivet är det ytterst väsentligt att stödja etablering av speciella mottagningstider för pojkar och unga män på ungdomsmottagningen som med rimlig kontinuitet kan erbjuda medicinsk sakkunskap och kompetent omhändertagande av de unga människors behov.

I TON-ARG:s (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Tonårsgynekologi) rapport nr 40 "Ungdomsgynekologi" skriver man i kapitlet tonårspojken på ungdomsmottagning: när det gäller sexualrelaterad problematik som STD och genitala utslag kan det vara en fördel att ha kompetens inom venereologi och dermatologi. Venereologen har dessutom stor vana vid att undersöka män men en killmottagning kan naturligtvis också handhas av allmänläkare, ungdomsläkare eller intresserad läkare med annan specialitetsbakgrund.

Det psykosociala området

Kristina Berg Kelly, beskriver i sin bok "Ungdomsmedicin" (14) en modell som hon kallar ungdomsmedicinska mottagningar med bredare kompetens.

Dessa mottagningar skulle kunna vara de nuvarande ungdomsmottagningarna men med ett bredare medicinskt och psykosocialt åtagande för att kunna "utreda och behandla ungdomar med problem-anhopning och dess multifaktoriella bakgrund".

Mottagningar enligt denna modell finns sedan många år tillbaka exempelvis i Göteborg.

Ny forskning om tonårsdepressioner visar att när det gäller pojkar missas många gånger den korrekta diagnosen då de yttre symtomen i form av aggressivitet och rastlöshet misstolkas (16). Utåtagerande pojkar som mår dåligt hamnar ofta hos socialtjänsten och söker inte ungdomsmottagningen i första hand. Enligt barnpsykiatrikommittén (17) är pojkar klart överrepresenterade när det gäller psykiatriska syndrom såsom MBD, ADHD med flera.

Tysta inåtvända pojkar däremot är en viktig målgrupp som ofta kommer till mottagningen där kompetens för att möta dem finns/bör finnas tillgänglig.

Ungdomsmottagningarnas psykosociala arbete erbjuder ungdomar en möjlighet till möte och samtal med psykologer och kuratorer, där ungdomarnas upplevelse av sig själva och sin inre värld tas på allvar och kan utforskas.

Det talas ofta om svårigheterna att nå ut till ungdomar som skulle behöva hjälp. Många tonåringar och unga vuxna känner t.ex. stark tveksamhet inför den specialiserade psykiatriska vården och avstår från att vända sig dit efter hjälp, även när de är i verkligt stort behov. Ungdomsmottagningarnas inriktning på primär hälso- och sjukvård och normalutveckling, snarare än att rikta sig mot någon särskild patologi i det psykiska, sociala eller kroppsliga området, har varit framgångsrik och åtnjuter stort förtroende hos ungdomar.

Utåtriktat arbete

Det utåtriktade pedagogiska arbetet i samarbete med skolor och andra är en viktig del för att skapa detta förtroende. Därför bör kuratorer och psykologer ha så mycket tjänstgöringstid på ungdomsmottagningen, att de aktivt kan delta i det arbetet. Då skapas möjlighet att på ett konkret sätt, både levandegöra och avdramatisera vad samtal hos kurator eller psykolog kan innebära och ge. För pojkar och de unga människors skull är det önskvärt att informationen kan förmedlas av en manlig kurator eller psykolog.

Det finns ofta motstridiga motiv, med starka känslomässiga laddningar hos en ung man som funderar på att söka hjälp för psykiska svårigheter. Därför är det viktigt att informationen siktar in sig på att uppmuntra till att söka hjälp och till att göra det i ett tidigt skede. Informationen bör därför vara utformad som ett allmänt erbjudande, som inte på förhand utesluter någon med ett visst hjälpbehov eller vissa svårigheter.

Adolescensutveckling

Ungdomstiden är den period i livet då individen dels ska konsolidera sin personlighet med avseende på drifternas, jagfunktionernas och objektrelationernas utveckling, dels definiera sina värderingar och mål i förhållande till samhället. Som en naturlig del i den utvecklingsprocessen experimenterar ungdomar med olika förhållningssätt och beteenden. Det innebär alltid ett moment av risktagande, som i vissa fall kan leda in i problembeteende.

Nya krav, både inifrån och utifrån, gör att den inre världen behöver stuvas om och omvärderas i förhållande till yttre betingelser, för att identitetsutvecklingen ska gå vidare. Om hindren blir för stora riskerar den unge att tappa fotfästet. Det är ofta i ett sådant skede som ungdomarna kommer till ungdomsmottagningen.

Kroppens oberäkneliga förändringar i puberteten bekräftar lätt på fantasiplanet ungdomars farhågor att "något är fel". Ungdomsmottagningarnas inriktning på sex och samlevnad drar till sig ungdomar som förlägger sina psykologiska bekymmer just i det kroppsliga. Att skapa sig en ny inre relation till sin sexuellt mognade kropp är en central utvecklingsuppgift i ungdomsåren. Många ungdomar är ambivalenta och rädda inför att bli vuxna och kan också uttrycka det. Därför kan det dölja sig många svåra frågor som har med kroppsbild och därmed sammanhängande identitet att göra, under till synes enkla frågor om kroppens mognad och växt, om preventivmedel eller om STD.

Adolescensutvecklingen innebär en uppgift att förändra relationen till föräldrarna både på ett inre och yttre plan. Hur relationen tidigare upplevts aktualiseras ofta. Föräldrarnas sätt att förhålla sig i de konflikter som uppstår spelar stor roll. Deras upplevelse av sin egen uppväxt och tonårstid utgör en del av deras referensram.

I Sverige växer nu upp många barn och ungdomar med föräldrar, som är födda och uppväxta i ett annat land, under radikalt annorlunda förutsättningar. Den starka segregationen i samhället innebär stora svårigheter för dessa föräldrar och skapar stor osäkerhet hur de ska förhålla sig till sina ungdomar. Ungdomsmottagningarna kan, genom sin lättillgänglighet och öppenhet, spela stor roll för dessa ungdomar och deras föräldrar.

Individuellt arbete

Män söker i mindre omfattning än kvinnor hjälp i form av samtal och terapi. Det gäller unga, såväl som vuxna. De unga män som kommer till ungdomsmottagningarna håller ofta kvar sin kontakt under kortare tid än de unga kvinnorna. Det visar på något av svårigheten för de unga männen att söka hjälp och det är därför särskilt viktigt att de så långt möjligt får hjälp på det ställe dit de först söker sig. Speciellt vad det gäller de unga männen, bör ungdomsmottagningarna försöka dra fördel av att de inte ses som en institution som arbetar med det sjuka och avvikande.

Ett initiativ att för första gången ta ansvar för sig själv och sitt välbefinnande, genom ett beslut att söka hjälp, innehåller i sig en konstruktiv kraft. Det är kanske första gången i livet som den unge på ett medvetet sätt känner sig nyfiken på sitt inre liv, sin levnadshistoria och sin framtid, sin roll i familjen, vad de svårigheter han söker för betyder och hur de kan ha uppstått.

I ett sådant skede finns stora möjligheter att genom några samtal eller med psykoterapi göra viktiga insatser. Det är av stor vikt att unga pojkar och män ges ett utrymme, en plats där de får reflektera över sig själva. En möjlighet att tillsammans i ett möte med en vuxen, sortera sina upplevelser, skapa mening och ge sammanhang i en tid när mycket ställs på sin spets, både i yttre och inre mening. I den mån det bryter onda cirklar erbjuder det en möjlighet för honom att gå vidare i sin utveckling. Det är viktigt att det som kanske är den unges första egna begäran om hjälp, får ett bemötande som stärker det hopp en sådan begäran representerar.

Att vid ett senare tillfälle söka hjälp kan då bli en möjlighet i stället för att lindra och döva sin smärta på skadliga vis, med t.ex. droger. Det första bemötandet är också viktigt för de som inte är mogna för psykoterapeutisk behandling, men som senare i livet kan komma att välja det alternativet. Ett sådant här arbete med ungdomar är i hög grad förebyggande – både för den unge själv och för de relationer som han kan komma att ingå i. Det förefaller naturligt att i ett sådant arbete i första hand satsa på behandling som inriktas på att förstå och normalisera psykologiska reaktioner i stället för att psykiatisera dem.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att förutsättningarna för det medicinska omhändertagandet av pojkar bör vara desamma som för unga flickor. Det innebär tillräcklig konsultationstid, även hos läkare, för att aktivt kunna stimulera till fortsatta samtal.

I enlighet med den allmänna målinriktningen för ungdomsmottagningarna syftar samtalen till att stärka pojkarna i deras självkänsla, ge kunskap, förmedla en positiv attityd och ett strategiskt förhållningssätt till användning av kondom för att minska risktagande både för STD och oönskade graviditeter.

En ökad utbildning för personalen om pojkars specifika behov är nödvändig.

Socialstyrelsen anser vidare att det är viktigt att ha en hög kompetensnivå när det gäller ungdomsmottagningarnas psykosociala arbete. Detta behövs så att man inte tvekar att försöka hjälpa ungdomar med identitetssvårigheter och därmed sammanhängande symtom av ångest, depression, ätstörning, psykosomatiska besvär och sexuella svårigheter.

Socialstyrelsen anser att en ambition bör vara att flertalet ungdomsmottagningar förfogar över psykosocial kompetens.

8. ANDRA AKTÖRER, SAMARBETE OCH AVGRÄNSNING

Skolan, skolhälsovård och sex- och samlevnadsundervisning

I och med att alla unga nås av skolans sex- och samlevnadsundervisning måste den anses som en oerhört viktig insats ur folkhälso- och preventionsperspektiv.

Enligt många rapporter bland annat Folkhälsoinstitutets "Att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar" av Lena Lennerhed (18), så har sex- och samlevnadsundervisningen försämrats i och med den nya läroplanen, LPO-94, för grundskolan och gymnasiet. Varje enskild rektor har numera ansvar för att elever får kunskaper i sex- och samlevnad och hur undervisningen skall läggas upp. Timmar till förfogande har strukits ur läroplanen vad gäller gymnasieskolan och schemabrytande aktiviteter är svåra att genomföra vilket har lett till att temadagar eller temaveckor i sex- och samlevnad förekommer i mindre uträkning än tidigare.

Vissa gymnasieskolor lägger nu istället upp speciella kurser i exempelvis livskunskap där sex- och samlevnad ingår som en del. Kontinuitet i undervisningen är synnerligen viktig likaså att innehållet anpassa till elevernas utvecklingsnivå.

Särskilt bristfällig förefaller sex- och samlevnadsundervisningen vara på det individuella programmet. Här återfinns elever som inte sökt eller kommit in på något av gymnasiets program. Detta är många gånger ungdomar som oftare än andra tar risker i livet och således borde vara en alldeles speciellt viktig grupp att fokusera på.

Det finns också tecken som tyder på att sex- och samlevnadsundervisningen fungerar sämre på skolor med en stor andel invandrarungdomar.

En granskning av ca 80 skolors sex- och samlevnadsundervisnings omfattning och kvalitet har på uppdrag av regeringen genomförts av Skolverket under hösten 1999. I granskningen har också ingått att utröna i vad mån skolorna levt upp till läroplanens mål.

Enligt en kartläggning av Gunilla Jarlbro av sex- och samlevnadsundervisningen på samtliga grundskolor i Sverige (FHI rapport 1997:18) ägnas ca 20 lektionstimmar till sex och samlevnadsundervisningen på högstadiet. Undervisningen tycks enligt rapporten vara mycket traditionell särskilt i invandrartäta skolor, och sker främst inom ämnet biologi, vilket innebär att det ämnesövergripande perspektivet saknas. Endast ca hälften av högstadielokalerna arbetar med mindre elevgrupper, har temadagar, tillämplar rollspel etc. Likaså uppger endast 30 procent av skolorna att extern personal medverkar i undervisningen. Mycket tyder på att kvalitén i undervisningen varierar starkt såväl mellan skolor som mellan en och samma skola.

Ungdomsmottagningarna utgör ett bra komplement till skolans sex- och samlevnadsundervisning, men huvudansvaret för undervisningen ligger på skolan.

Socialtjänsten

Socialtjänsten måste anses ha en stor roll som samarbetspartner till ungdomsmottagningarna. Detta främst mot bakgrund att de flesta ungdomar som är aktuella inom socialtjänsten är pojkar/unga män.

Det är uppenbart att flertalet av dessa uppvisar ett riskbeteende i olika sammanhang och det kan antas att de även har ett riskbeteende gällande frågor som direkt speglar ungdomsmottagningarnas verksamhet. Vill man verka för en god framtida hälsa genom att upptäcka och påverka olika riskbeteenden måste socialtjänsten vara en naturlig kontaktyta för att nå dessa ungdomar.

Som ett komplement till ungdomsmottagningarnas utåtriktade verksamhet torde en strukturerad samverkan med socialtjänsten också kunna innebära en uppsökande verksamhet. Här skulle kunna ges en möjlighet att nå fram till de ungdomar som uppvisar ett riskbeteende och därigenom skulle en negativ utveckling kunna förebyggas. Det är utan tvekan så att ungdomsmottagningarna har ett mycket gott anseende bland ungdom. Detta borde i högre grad kunna utnyttjas i syfte att nå unga män med ett riskbeteende. Att metodutveckla samverkan mellan ungdomsmottagningar och socialtjänst borde i dessa sammanhang äga en hög prioritet. Ett exempel skulle kunna vara att utveckla samarbete och metoder för att rikta sig till de så kallade paragraf-12 hemmen. De unga männen är kraftigt överrepresenterade på dessa institutioner

Barn- och ungdomspsykiatri

Barnpsykiatrikommitténs betänkande "Det gäller livet", SOU 1998:31, innehåller en rad konkreta förslag för att förbättra barns och ungdomars psykiska hälsa. Ett kapitel handlar om ungdomsmottagningar och kommittén menar att mottagningarna har en viktig roll att fylla i förebyggande arbete och för att tidigt fånga upp och ge stöd åt ungdomar med psykiska problem (17).

Regionalt görs på flera håll en översyn av barn- och ungdomspsykiatriens organisation och arbetsätt. Så har till exempel Landstinget i Östergötland i sitt medicinska programarbete tryckt på behovet av ökad samverkan och samsyn mellan olika beslutsfattare i frågor som rör barns och ungdomars psykiska hälsa (19).

Det lokala samarbetet mellan ungdomsmottagningarna och PBU, psykisk barn och ungdomsvård, fungerar mycket olika över landet. Många ungdomsmottagningar anser att PBU-mottagningarnas arbetsätt gör det svårt att föra över unga dit och efterlyser ett mer förebyggande perspektiv inom barn- och ungdomspsykiatri där ungdomsmottagningarna kan vara en plattform för samverkan.

STD-mottagningar, Sex- och samlevnadsmottagningar

Samarbetet mellan STD-mottagningar, sex- och samlevnadsmottagningar och ungdomsmottagningar har redan påbörjats på många håll. STD-mottagningarna utgör en självklar remissinstans för ungdomsmottagningarna vid komplicerade STD och kontaktspåringsfall.

I Stockholms läns landsting har centrala sex- och samlevnadsmottagningar, SESAM, inrättats vid de fyra stora sjukhusen i samverkan mellan dermatovenereologi och gynekologi. Mottagningarna fokuserar framför allt på att bevaka den epidemiologiska situationen, att ansvara för optimal diagnostik och behandling av STD och att koordinera insatserna mot STD och graviditetsskydd med sex- och samlevnadsarbetet inklusive via stöd och samverkan med ungdomsmottagningarna med dermatovenereologisk och gynekologisk kompetens.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att ett gott samarbete med skolan är viktigt så att ungdomsmottagningen kan delta som en del i skolans sex- och samlevnadsundervisning. Viktiga samarbetspartners för ungdomsmottagningarna är också socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien.

Många STD-mottagningar utgör ett väsentligt medicinsk stöd till ungdomsmottagningarna bland annat genom att utveckla riktlinjer för handläggning av STD.

9. STÖD TILL MÄN SOM ARBETAR MED SEX- OCH SAMLEVNADSFRÅGOR

På de mottagningar där det finns manlig personal fast anställd eller i projekt, vittnar flera män om att det varit och är svårt att diskutera och integrera manliga – kvinnliga perspektiv på sexualiteten i verksamheten (12). Att lyckas med att integrera både manligt och kvinnligt synsätt på sexualiteten är grunden för att ungdomsmottagningarnas verksamhet skall kunna attrahera pojkar och unga män. Detta förutsätter framför allt att fler män arbetar aktivt i den utåtriktade verksamheten, men det kräver också både tid för fördjupad diskussion och en öppen attityd i personalgruppen. Vi tror detta skulle förbättra mötet med alla ungdomar såväl pojkar som flickor, på ungdomsmottagningen.

Många män som arbetar med sex- och samlevnadsfrågor både på ungdomsmottagningen och i andra sammanhang såsom skola, fritidsgård, idrottsklubb mm, uttrycker ett behov av att träffas i manliga nätverk.

Det finns ett flertal exempel på sådana nätverk bland annat i Skåne och Stockholm. Landstinget förebygger aids i Stockholm (Lafa), Folkhälsoinstitutet och RFSU har under flera år tillsammans anordnat kurser för män som arbetar med sex- och samlevnad.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att ett viktigt led för ungdomsmottagningarna i att attrahera pojkar i större utsträckning än idag är att det finns män som är engagerade i verksamheten och som även kan delta i det utåtriktade arbetet. Att integrera både ett manligt och ett kvinnligt perspektiv på sexualiteten i både det utåtriktade och det individuella arbetet på mottagningarna är grunden för att ungdomsmottagningarnas verksamhet skall kunna attrahera pojkar och unga män.

Socialstyrelsen anser att det behövs samverkan i form av exempelvis nätverk för att stödja män som arbetar med sex- och samlevnadsfrågor på olika nivåer och inom olika verksamheter.

10. GLESBYGD – STORSTAD

Förutsättningarna för ungdomsmottagningarna i landet ser oerhört olika ut beroende på var mottagningen ligger.

Ungdomsunderlaget för verksamheten och/eller resurttilldelning till mottagningen kanske endast möjliggör öppethållande några timmar per vecka. Under dessa förutsättningar är det naturligtvis svårt att ha speciell tid avsatt för pojkar respektive flickor.

Tillgång till medicinsk kompetens i form av specialistläkare kan vara en omöjlighet på små orter och det kan också vara svårare att hitta rätt utbildad manlig personal till ungdomsmottagningen på landsbygden.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att förutsättningarna för ungdomsmottagningarna i landet ser olika ut beroende på var mottagningen är belägen. Ett sätt att lösa glesbygdspöblem skulle kunna vara en organisation av större mottagningar med mindre satellitmottagningar och med ett internt remissförfarande mottagningarna emellan.

De mindre mottagningarna kan förslagsvis också bygga upp ett kontaktnät av samarbetspartners, något som redan idag fungerar på många håll. Förutsättningen är dock ett gott samarbete huvudmännen emellan och en vilja att ta ett samlat ansvar.

Skolans sex-och samlevnadsundervisning är en viktig satsning speciellt i glesbygd.

11. UNGA MÄN MED INVANDRARBAKGRUND

Unga män och kvinnor som kommer ifrån kulturer där familjemönster och könsroller ser helt annorlunda ut än de svenska kan ofta känna en stor förvirring inför de samlevnadsmonster de möter i Sverige, både bland svenska och invandrade ungdomar och vuxna, med en helt annan sexualsyn än vad de är vana vid.

Ungdomsmottagningen och skolans sex och samlevnadsundervisning, lärare, fritidspersonal och andra vuxna som möter ungdomar har en oerhört viktig och grannlaga roll och ett stort ansvar i att ta upp dessa olika synsätt och värderingar till diskussion på ett respektfullt sätt.

En förutsättning att kunna arbeta med dessa frågor är förstås att man själv har rannsakat och bearbetat sina egna attityder och åsikter, vilket naturligtvis gäller allt sex- och samlevnadsarbete.

Det finns idag olika pedagogiska metoder som lämpar sig utmärkt för att arbeta med attityder och värderingar i både kulturellt homo- och heterogena grupper. "Risken finns" är ett arbetsmaterial utgivet av Folkhälsoinstitutet och utarbetat av K. Byréus-Hagen/ K. Snickars som riktar sig specifikt till pojkar (20).

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att förutsättningen för att kunna få till stånd ett möte mellan individer i alla sammanhang är en öppen attityd och en respekt för andra människors åsikter. Detta gäller i allra högsta grad sex- och samlevnadsfrågor.

Invandrarungdomar utgör en del av besökarna på ungdomsmottagningarna. Det rör sig om ungdomar från många olika länder vars kulturella bakgrund uppvisar stor variation. Ungdomarna kommer ofta i kläm mellan sin kulturs traditionella normer och de normer som råder bland svenska jämnåriga. Ungdomsmottagningarna kan genom sin lättillgänglighet och öppenhet spela stor roll för invandrarungdomar och deras familjer.

12. GRUPPER MED SPECIFIKA BEHOV

Bi- och homosexuella unga män

Erfarenheter ifrån ungdomsmottagningar som redan idag möter många unga män är att få av dem tar upp specifika frågor om homosexualitet.

Svårigheterna kan vara stora för heterosexuella pojkar att gå iväg till ungdomsmottagningen för att fråga något eller eventuellt blir undersökt, och man kan anta att svårigheterna är än större för gruppen bi- och homosexuella unga män.

För denna grupp skulle speciella mottagningar kunna underlätta, genom att man redan i och med beslutet att söka mottagningen har definierat sig som tillhörande den gruppen.

Under hösten 1999 har en sådan mottagning startat sin verksamhet i Stockholm, "PHUMA – bi- och homosexuella unga mäns egna mottagning". Den drivs av Stockholms läns landstings psykosociala mottagning för stöd och rådgivning till bi- och homosexuella män.

Ungdomsmottagningarnas personal behöver få en fördjupat kunskap om homosexualitet för att på ett bra sätt kunna möta och samtala runt dessa frågor.

Funktionshindrade unga män

Det finns en okunskap om hur olika typer av funktionshinder påverkar den psykosexuella utvecklingen.

Rörelsehindrade ungdomar är en grupp vars behov av en specialiserad rådgivning inom sex- och samlevnadsområdet är mycket stort.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att mottagningar för bi- och homosexuella unga män liksom för kvinnor bör finnas i de större städerna.

Specialistkompetens kring funktionshinder och sexualitet behöver utvecklas, framför allt på de orter som har specialskolor för dessa ungdomar. Detta har redan gjorts på en del orter och är under uppbyggnad på andra.

13. UTVÄRDERING OCH KVALITETSSÄKRING

I Landstingsförbundets broschyr "Att lyckas med folkhälsoprojekt" (21) påpekar man att folkhälsoarbete är långsiktigt och det kan dröja innan man kan se resultat. Därutöver kan det vara svårt att peka ut vilka faktorer som var avgörande för resultatet.

Det ovan nämnda gäller i högsta grad ungdomsmottagningarnas verksamhet, då det till och med finns mottagningar där huvudmannen inte formulerat mål med verksamheten. Ett annat exempel på bristerna i kvalitetstänkande är att det vid många ungdomsmottagningar inte finns någon särskild journalmall för pojkar framför allt i det STD-inriktade arbetet. Väl strukturerade journaler har under senare år utarbetats för ungdomsmottagningar som har tillgång till venereologisk kompetens i Stockholms län (10).

Kvalitetsfrågor måste i framtiden få en större tyngd i ungdomsmottagningsarbetet och huvudmännen måste formulera mål för verksamheten.

Våren 1999 publicerades en kvalitetssäkringsmanual gjord för ungdomsmottagningar, "Kvalitetssäkring på ungdomsmottagningen, KVUM" (22). Skriftens författare har identifierat elva kvalitetsområden varav ett specifikt fokuserar på det medicinska omhändertagandet av unga män på mottagningen.

Socialstyrelsens synpunkter

Socialstyrelsen anser att det finns behov av tvärvetenskaplig forskning runt pojkars behov.

Kvalitetssäkring bör få en större tyngd i verksamheten

Huvudmännen behöver formulera lokala mål för verksamheten och därutöver klargöra vem som har lednings- respektive verksamhetsansvar.

14. RESURS- OCH KOMPETENSBEHOV

Ungdomsmottagningarna har utvecklats utifrån lokala behov och förutsättningar vilket innebär att det finns en stor variation framför allt i organisation och förankring. Otydliga mål för verksamheten försvårar kvalitetssäkringsarbetet

Barnpsykiatrikommittén visade i sin utredning "Det gäller livet" att ungdomsmottagningarnas förebyggande verksamhet kring psykisk ohälsa var mycket billig, jämfört med andra instanser som arbetar med ungdomars psykiska hälsa, och dessutom föredömligt anpassad till ungdomarnas egna behov (17).

Ur STD-perspektiv är en väl fungerande prevention för bevarande av den sexuella hälsan och den reproduktiva förmågan något som spar mycket lidande för den enskilde individen och är samhälls-ekonomiskt lönsam.

Socialstyrelsens synpunkter

Med en kompetensförstärkning på ungdomsmottagningarna med inriktning på pojkarnas behov skulle områden som manlig reproduktiv hälsa, STD-prevention, pojkars tonårsutveckling, psykosomatiska besvär och abortförebyggande arbete för pojkar, få en tydligare plats i mottagningens verksamhet.

För att kunna genomföra detta krävs en långsiktighet i planering och finansiering av verksamheten ifrån huvudmännens sida.

Socialstyrelsen avser att göra en översyn av kompetens och resursbehov för ungdomsmottagningarna. Även sekretessproblematiken kommer att belysas.

REFERENSER

1. "Främja hälsa – förebygg sjukdomar", Slutrapport från Folkhälsoprogrammet, Landstingsförbundet 1998.
2. Verksamheten vid landets ungdomsmottagningar, FHI, 1998, Gunilla Jarlbro.
3. FSUM:s medlemsmatrikel 1998
4. "Vård före, under och efter graviditet", SoS rapport 1996:7.
5. Förslag till gemensamma rekommendationer för Stockholms läns landsting och Stockholms stad avseende ungdomsmottagningarna, C. Skawonius, T. Juvall och M. Hansson Bocangel, 1999
6. Läkartidningen 1998; 95 : nr 32 – 33. Claes Gottlieb, Ingrid Christiansen, Cecilia von Segerbaden och Marianne Wiksten-Alströmer, Ungdomsmottagningen vid Stockholms skolor.
7. The staff's views regarding young men involved in decisions on abortion, Gynecologic and Obstetric Investigation 1999; 47:177 – 181, Lars I. Holmberg, Vivian Wahlberg.
8. The process of decisionmaking on abortion, A grounded theory study of young men in Sweden, 1999, Lars I. Holmberg och Vivian Wahlberg.
9. Rapport FHI projekt 1996 – 1999), Geo von Krogh.
10. Mottagningen för unga män, verksamhetsrapport och utvärdering. RFSU 1996.
11. Det handlar om killar. Folkhälsoinstitutet utvärderar 9/97, Anders Bolin.
12. Svensk Förenings för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Tonårsgynekologi, TON- ARG, "Ungdomsgynekologi", Rapport nr: 40, 1999.
13. Kristina Berg Kelly, "Ungdomsmedicin", Liber förlag 1998.
14. Pojkar till Ungdomsmottagningen, projekt Uddevalla, 1993, Spri.
15. Adolescent depression. Epidemiology, nosology, life stress and social network, 1998, Gunilla Olsson.
16. "Det gäller livet". slutbetänkande av barnpsykiatrikommittén, SOU 1998:31.
17. Att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda sjukdomar, FHI 1996:115. Lena Lennerhed.

18. Psykisk ohälsa, del 1, Medicinska programmet, Landstinget i Östergötland, 1998.
19. Byréus-Hagen / Snickars, "Risken finns" Folkhälsoinstitutet, 1998.
20. Att lyckas med folkhälsoprojekt, Landstingsförbundet, 1996.
21. KVUM – kvalitetssäkring på ungdomsmottagningar, Lafa, Landstinget förebygger aids, Stockholms läns landsting, och FHI, 1998.