



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Vi ska inte utreda mer än nödvändigt

En kvalitativ studie om vilket utrymme socialsekreterare ger
ämnet sexuell hälsa i utredningssamtal med ungdomar

SQ4562 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
VT 2015
Författare: Anna Nilsson och Sandra Nyberg
Handledare: Maria Söderberg

Abstract

Titel: Vi ska inte utreda mer än nödvändigt - En kvalitativ studie om vilket utrymme socialsekreterare ger ämnet sexuell hälsa i utredningssamtal med ungdomar.

Författare: Anna Nilsson och Sandra Nyberg

Handledare: Maria Söderberg

Nyckelord: Sexuell hälsa, ungdomar, risk, riskbeteende, prevention, socialsekreterare.

Uppsatsens syfte har varit att belysa hur socialsekreterare i utredningssammanhang kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar. Genom studiens frågeställningar har ambitionen även varit att synliggöra vilket utrymme som ämnet sexuell hälsa ges i utredningssamtal med ungdomar. Empirin bygger på semistrukturerade intervjuer med sju socialsekreterare, som arbetar i fyra olika kommuner med utredning av barn och ungdomar inom socialtjänsten. De teoretiska verktyg som vi använt för att analysera, är valda efter en tematisering utav empirin, studien har därmed en induktiv forskningsansats. De teoretiska verktyg som analys och resultat bygger på är risk, prevention och gräsrotsbyråkrati. Resultatet visar att socialsekreterarnas handlingsutrymme avgör vad som inryms i respektive utredningssamtal, och att ämnet sexuell hälsa ofta utesluts. Resultaten visar även att socialsekreterare kan misstänka att ungdomar tar sexuella risker som följd av ett annat riskbeteende, men att det primära riskbeteende fokuseras. Därtill ger resultatet en bild av hur socialsekreterare arbetar/skulle kunna arbeta förbyggande för att stärka ungdomars sexuella hälsa.

Förord

Först och främst vill vi rikta ett stort tack till Er sju socialsekreterare som avsatte tid för att medverka i våra intervjuer, trots Ert redan pressade schema. Utan Er inställning hade denna uppsats inte varit möjlig. Vi vill även tacka vår handledare Maria för stöd, tips och idéer. Sist men inte minst vill vi tacka varandra för ett gott samarbete som innehållit både panik men framförallt mycket skratt.

Anna och Sandra

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
1.2 Problemformulering.....	2
1.3 Syfte och frågeställningar	3
1.4 Relevans för socialt arbete	3
1.5 Definitioner.....	4
1.5.1 Sexuell hälsa.....	4
1.5.2 Sexuellt risktagande	5
1.5.3 Barns behov i centrum (BBIC)	5
1.5.4 STI /HIV	6
1.5.5 Promotion och prevention.....	7
1.6 Disposition	7
2 Tidigare forskning	7
2.1 Ungdomar och sexuell hälsa	8
2.2 Risktagande kopplat till ungdomars sexuella hälsa	9
2.4 Socialtjänstens arbete med utredning av ungdomar kopplat till sexuell hälsa	10
2.5 Sammanfattning av den tidigare forskningen	11
3 Teoretiska referensramar	13
3.1 Risk.....	13
3.2 Kärleksideologin.....	16
3.3 Prevention	17
3.4 Gräsrotsbyråkrati.....	19
4 Metod	22
4.2 Förförståelse och forskningsansats.....	23
4.3 Avgränsningar.....	25
4.4 Metodval	26
4.5 Urval.....	27
4.6 Sammanställning av intervjuguide.....	28
4.7 Insamlandet av empiri	29
4.8 Etiska överväganden	30
4.8.1 Informationskravet.....	31
4.8.2 Samtyckeskravet.....	31
4.8.3 Konfidentialitetskravet	31
4.8.4 Nyttjandekravet.....	32
4.9 Analysmetod.....	32
4.10 Arbetsfördelning	34
4.11 Reliabilitet och validitet.....	34
4.12 Generaliserbarhet.....	35
4.13 Metodkritik	36
5 Resultat och Analys	37
5.1 Att inte utreda mer än nödvändigt - makten att avgränsa.....	38
5.2 Att sätta riskbeteenden i relation till sexuell hälsa	46
5.3 Naturliga ingångar till samtal.....	52
5.3 Förebyggande arbete.....	54
5.4 Slutsatser	59
6 Avslutande diskussion	61

6.1 Förslag till vidare studier.....	67
7 Referenslista.....	68
Bilaga 1 - Informationsmail	73
Bilaga 2 - Missiv	74
Bilaga 3 - Intervjuguide.....	76

1 Inledning

Ungdomsåren präglas ofta av ett sökande i flera bemärkelser. Känslor som bygger på frihet och krav har en växelvis påverkan i skapandet utav en identitet i ungdomsåren. Tankar om sex och sexualitet upptar ofta en stor del utav en ungdoms liv. Vad är rätt och vad är fel, hur ska jag känna och hur känner jag, vad är normalt och vad är inte normalt? Det är inga lätta frågor för en ungdom att svara på, och svaret att det inte finns något svar på den typen av frågor är en klen tröst i jakten på att passa in. När vuxna personer avfärdar ämnet sexuell hälsa som något som ungdomar inte vill prata med de om, bygger det då på erfarenhet eller på vuxnas osäkerhet i ämnet? Om vuxna har svårt att ta upp ämnet sexuell hälsa i en samtalssituation med ungdomar, vilket motstånd känner då inte ungdomen själv? Att utsätta sig för risker som påverkar den sexuella hälsan borde inte ses som ett biproblem som endast berörs om det finns en påtaglig oro kring det. Samhället gör idag satsningar med målet att stärka ungdomars sexuella hälsa. Socialstyrelsen sammanställde år 2009 en nationell handlingsplan för klamydiaprevention med fokus på ungdomar och unga vuxna under åren 2009-2014. I handlingsplanen talas det om att det pågår en klamydiaepidemi i Sverige och att ungdomar och unga vuxna tillhör den grupp där ökningen sker mest (Socialstyrelsen 2009). Handlingsplanens intention har varit att skapa samlade strategier för att genom preventiva metoder minska antalet klamydiainfektioner. Utformningen av handlingsplanen grundar sig i regeringens proposition 2005/06:60, i vilken det deklarerades att statliga åtgärder borde vidtas för att förebygga och minska spridningen av HIV och andra sexuellt överförbara infektioner. Socialstyrelsens handlingsplan betonar vikten av ett tvärprofessionellt samarbete vid preventionsarbetet av sexuellt överförbara infektioner i syfte att öka ungdomars sexuella hälsa. Prioriterade samhällssektioner som klamydiapreventionen enligt Socialstyrelsens handlingsplan kan utgå ifrån är hälso- och sjukvård, skola och fritid, då det är arenor där de professionella möter många ungdomar (Socialstyrelsen 2009).

Den svenska skollagen reglerar läroplanen för grundskolan och gymnasieskolan. Flera ämnen (såsom biologi, samhällsvetenskap och historia) innefattar att elever i skolan ska få kunskap om sex, sexualitet, hälsa och livsstil och enligt Skolverkets läroplaner är det rektorns ansvar att se till att denna bestämmelse efterföljs (Skolverket 2011; SFS 2010:800).

1.2 Problemformulering

Samtidigt som Socialstyrelsen i konsultation med regeringen sammanställer en nationell handlingsplan med målet att minska spridningen av sexuellt överförbara infektioner, menar Lindroth (2013) att de ungdomar som innehar minst kunskap och som tar mest sexuella risker är de som är omhändertagna av samhället. Mot denna bakgrund vill vi uppmärksamma att det finns en profession som inte integrerats i Socialstyrelsens handlingsplan som en av de yrkesgrupper som genom preventivt arbete kan bidra till en hälsofrämjande sexuell hälsa för ungdomar, nämligen socialsekreterarna. På grund av detta blir utredande socialsekreterare på individ och familjeomsorgen intressanta att prata med om dessa frågor, eftersom alla de ungdomar som fått olika typer av insatser från socialtjänsten först har passerat denna enhet. I rapporten "Unga Risktagande" (Grander 2013) framkommer det att många av de utredande socialsekreterarna aktivt väljer bort att samtala om sexuell hälsa, dels på grund av osäkerhet och dels på grund av okunskap. Ytterligare en bidragande faktor kan handla om en rädsla att tränga sig på och att ämnet upplevs som privat. Detta är intressant eftersom det rör sig om ungdomar som i väldigt många andra avseenden befinner sig i en utsatt situation och i många hänseenden blir granskade. Det finns studier som hävdar att sexuell hälsa, i betydelsen en upplevelse av nöjdhet med sin sexualitet och inte endast avsaknad av STI, graviditet och abort erfarenheter är viktigt för människors hälsa generellt (RFSU 2010; Grander 2013). Lindroth (2013) skriver att även en i vuxnas ögon risktagande sexualitet kan vara en hälsosam sexualitet på vissa plan då den

utgår från en känsla av att känna sig behövd, få närhet och bekräftelse. Vi vill genom uppsatsen belysa under vilka omständigheter socialsekreterare samtalar med ungdomar om sexuell hälsa i samband med utredningsarbetet, och i vilka fall som ämnet utesluts. Då sexuell hälsa innefattas i BBIC:s (Barns Behov i Centrum, se Definitioner) behovsområde som rör hälsa, vill vi ta reda på hur och när BBIC används för att få en ingång i den typen av samtal, eller om det är så att socialsekreterare snarare tenderar att välja bort ämnet under omständigheter då sexuell hälsa inte är i utredningsfokus?

1.3 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att belysa hur socialsekreterare i utredningssammanhang kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar. Därtill vill vi undersöka huruvida BBIC-manualen kan utgöra ett stöd vid samtal om sexuell hälsa med ungdomar. Med hjälp av detta syfte vill vi synliggöra vilket utrymme ämnet sexuell hälsa har i utredningssamtal med ungdomar. För att svara på uppsatsens syfte så utgår vi ifrån tre frågeställningar.

1. I vilka sammanhang samtalar socialsekreterare med ungdomar om sexuell hälsa under utredningen?
2. Hur uppmärksammar socialsekreterare sexuell hälsa kopplat till ungdomars riskbeteenden vid utredningssamtal?
3. Hur upplever socialsekreterare att de kan arbeta förebyggande för att stärka ungdomars sexuella hälsa?

1.4 Relevans för socialt arbete

Det krävs ingen vidare motivering för huruvida belysandet av hur socialsekreterare arbetar har relevans för socialt arbete. Däremot om kan det råda oenighet om sexuell hälsa är ett område som hör hemma i det sociala arbetet. En del menar att det är ett ämne för hälso- och sjukvården. Forskning som vi senare kommer att redogöra för, (se Tidigare forskning)

har kommit fram till att ungdomar som påvisar ett riskbeteende så som missbruk, kriminalitet eller skolk, även tenderar att i större utsträckning än andra ungdomar även ta sexuella risker (Lindroth 2013). De ungdomar som har ett riskbeteende kommer ofta, på ett eller annat sätt, i kontakt med socialtjänsten. Därigenom anser vi att ämnet har relevans för det sociala arbetet, då den sexuella hälsan är en del av den totala hälsan och något som socialtjänsten i och med sitt uppdrag ska bidra till att stärka hos klienter (SoL kap 1§1). Vi vill därför hävda att området sexuell hälsa inte bara är relevant att studera inom hälso- och sjukvården utan även inom det sociala arbetet.

1.5 Definitioner

I följande avsnitt så redogör vi för centrala begrepp som återkommer i uppsatsen. Vi vill poängtera att detta är definitioner utav begreppen som vi använder i vår uppsats. Vi vill inte göra gällande att det är de enda definitionerna utav begreppen i allmänhet utan så som vi utgår ifrån dem.

1.5.1 Sexuell hälsa

Begreppet folkhälsa kan tolkas utifrån olika ideologiska hållningar. Inom biomedicin talas det om att hälsa är samma sak som avsaknaden av sjukdom eller skada. Ur ett humanistiskt perspektiv på hälsa tas mer hänsyn till människors upplevelser av det egna måendet (Häggström-Nordin, Magnusson & Berg 2009). Giami (2002) diskuterar utvecklingen av begreppet sexuell hälsa. Giami skriver att det inte råder någon internationell konsensus kring innehållet i begreppet, men att det efter WHO:s definition ingår i flera länders upprättande av offentliga strategier och dokument för att minska STI/HIV smittspridning samt för att främja reproduktiv hälsa. WHO (2015) sammanfattar sexuell hälsa som en upplevelse av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten. Med sexuell hälsa avses även möjligheter till respektfulla och ömsesidiga relationer, samt avsaknad av tvång, våld, diskriminering. Definitionen innefattar också möjlighet till säkert sex och rätten att bestämma över sin egen kropp. Folkhälsomyndigheten (2015) ger på sin

hemsida en liknande bild av sexuell hälsa när de skriver att sexuell hälsa är lika med frånvaro av våld, tvång, frihet från diskriminering och fördomar. Definitionen av sexuell hälsa som vi utgår ifrån i vår uppsats är dels avsaknaden av sexuellt överförbara infektioner (STI/HIV), och dels upplevelsen av att det finns goda förutsättningar att undvika STI/HIV. Därtill innefattar vår definition, även hur personer upplever välbefinnande i sin sexualitet både fysiskt och mentalt. Att ha en god sexuell hälsa omfattar såväl frånvaro av våld och tvång som diskriminering (jmf RFSU 2015).

1.5.2 Sexuellt risktagande

Enligt Frisé (2006) är experimentella företeelser kring sexualiteten något utav ett naturligt inslag under ungdomsåren. Testandet av roller tillhör en utvecklingspsykologisk etapp och kan vara ett konstitutivt led i att finna sin vuxenidentitet. När ungdomar utsätter sig för situationer i samband med sex som de inte själva har mognad för att hantera, kan man istället tala om ett sexuellt risktagande. Sexuellt risktagande kan leda till oönskade konsekvenser för individen, individens eventuella partner eller partners eller för någon som blivit offer för någon annans risktagande (ibid.).

1.5.3 Barns behov i centrum (BBIC)

BBIC är ett manualbaserat system utvecklat för socialtjänsten för att kunna skapa ett enhetligt och sammanhållet system i Sveriges alla kommuner vad gäller arbetet med utredning, planering och uppföljning av barn- och unga, där barns och ungas behov står i centrum (Socialstyrelsen 2013). Målet med BBIC är att ge alla barn samma chanser och förutsättningar i livet, oavsett om ett barn/ungdom är/har varit aktuell hos socialtjänsten eller ej (ibid.). BBIC är en utveckling av dess motsvarighet i Storbritannien, Integrated Children's system (ICS) som anpassats för att vara användbart i en svensk kontext (The National Archives 2015; Socialstyrelsen 2013). BBIC utgår ifrån att barnet eller den unges behov står i centrum. Systemet innefattar idag sju identifierade behovsområden; hälsa, utbildning, känslö- och beteendemässig utveckling, identitet, familj

och sociala relationer, socialt uppträdande samt förmåga att klara sig själv (Socialstyrelsen 2013). Systemet är utvecklat för att täcka in barnets/den unges behov inom alla nivåer, micro, meso-, exo- och macronivå, och är teoretiskt uppbyggt utifrån bland annat ett utvecklingsekologiskt och anknytningsteoretiskt synsätt (ibid.).

I uppsatsen riktas fokus mot behovsområdet ”hälsa” och framförallt sexuell hälsa. Behovsområdet hälsa har varit ett viktigt område att ta med i utvecklingen av BBIC eftersom det tidigare var ett område som inte beaktades tillräckligt mycket (ibid.). Behovsområdet innefattar både fysisk och psykisk hälsa. Inom ramen för detta behovsområde ingår sexuell hälsa som en möjlig punkt för utredning. Då utredning har inletts ska socialsekreteraren beakta vad som står i anmälan/ansökan och därefter välja ut de behovsområden som anses vara relevanta för utredningen (ibid.). I de fördjupnings- och stöddokument som finns till BBIC finns sexuell hälsa med som ett möjligt område att utreda för barn och unga som är mellan 10-16 år och uppåt (Socialstyrelsen 2011). Dokumenten behandlar bland annat frågor kring den unges kunskaper om kroppens utveckling, preventivmedel, graviditet och om den unge har kunskap om ungdomsmottagningens arbete.

I dagsläget genomför Socialstyrelsen en revidering av BBIC som syftar till att ytterligare stärka rättssäkerheten och barn och ungdomars delaktighet i utredningen. Dessutom är förhoppningen att det nya reviderade BBIC ska underlätta det systematiska arbetet för socialsekreterarna både vad gäller utredning, planering och uppföljning av behov och insatser (Socialstyrelsen 2015).

1.5.4 STI /HIV

STI är förkortning för Sexual Transmitted Infections eller sexuellt överförbara infektioner på svenska, så som klamydia, gonorre, syfilis, kondylom och herpes. HIV (humant immunbristvirus) är en virussjukdom som kan smitta genom oskyddat sex, genom blod eller vävnad (RFSU 2015).

1.5.5 Promotion och prevention

Det brukar ofta pratas om preventivt arbete i samband med ungdomar och sexuell hälsa. Det preventiva arbetet handlar om förebyggande arbete och att försöka förhindra oönskade konsekvenser, exempelvis med hjälp av preventivmedel för att förhindra graviditet/STI. Promotivt arbete handlar istället om att främja hälsa och är ett salutogent synsätt där fokus hålls på fungerande faktorer som hjälper människor att bibehålla eller öka sin hälsa (Socialstyrelsen 2014).

1.6 Disposition

Här efter följer kapitel 2, där vi redogör för tidigare internationell och svensk forskning kopplat till uppsatsens forskningsområde. Kapitlet ska ge en övergripande bild av det arbete som utförts inom de fält vi har valt att studera. I kapitel 3 beskriver vi de teoretiska verktyg som vi analyserat vår empiri med, nämligen risk, prevention och gräsrotsbyråkrati. Efter det följer kapitel 4 i vilket vi redogör för forskningsprocessen och dess tillvägagångssätt. I metodkapitlet motiverar vi även för de val vi har gjort, både när det gäller avgränsningar och metodval och därtill även vilka etiska överväganden som vi har beaktat. I kapitel 5 presenteras vår analys och vårt resultat, följt utav slutsatser vi gjort. I uppsatsens sista kapitel 6, kommer vår avslutande diskussion som utgår ifrån resultatet.

Avslutningsvis ger vi i den avslutande diskussionen även förslag på hur ämnet vidare skulle kunna studeras.

2 Tidigare forskning

Den forskning vi har valt är relevant på grund av att den ringar in det fält som vi är intresserade av att få reda på något om, nämligen ungdomar och sexuell hälsa. Forskningen vi valt har också bidragit till att utveckla vår förståelse för, dels de problem och risker som ungdomar kan möta i relation till sexuell hälsa, och dels för det sociala arbetets möjligheter och svårigheter att angripa ämnet.

Vi har valt att redogöra för tidigare forskning som är relaterad till vår uppsats genom att presentera den utefter tre teman: Ungdomar och sexuell hälsa, risktagande kopplat till ungdomars sexuella hälsa samt socialtjänstens arbete med utredning av ungdomar kopplat till sexuell hälsa. Kategoriseringen utav den tidigare forskningen kan ge en övergripande bild utav vårt forskningsområde och fält utifrån olika perspektiv snarare än utifrån olika publikationer.

2.1 Ungdomar och sexuell hälsa

Myers och Milner (2007) skriver att sexuell hälsa handlar om frånvaro av sjukdomar, oönskade graviditeter, frihet från våld, tvång och diskriminering, men att sexuell hälsa också utgörs av en trygghet i sin sexualitet och att kunna njuta av sex. De påpekar också att det oftast är en förutsättning för att ha en trygg sexualitet och möjlighet att njuta av sex att en person inte blir utsatt för tvång/våld och/eller diskriminering.

I sin forskning fokuserar Lindroth (2013) på de ungdomar som bor på Statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem. Lindroth har strävat efter att få en större kännedom om de berörda ungdomarnas sexuella hälsa och även att med hjälp av ungdomarnas egna betraktelser inhämta material för att ta fram en för målgruppen anpassad modell för att bedriva en promotiv sex- och samlevnadsundervisning i institutionsvård (Lindroth 2013). Den grupp ungdomar som Lindroth uppmärksammar är på intet sätt en homogen skara. Det som däremot utgör en gemensam grund för de är att de allra flesta tvångsvårdas enligt Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU¹) på något av statens särskilda ungdomsboende. Lindroth jämför sina resultat med resultaten från "UngKab09", vilken är en svensk nationell enkätstudie som bygger på svar från drygt 15000 ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15-29 år, om ungdomars kunskap, attityder och sexuella handlingar (Tikkanen,

¹ Tvångslagstiftningen LVU, kan aktualiseras då samtycke till vård saknas från den unge och/eller dennes vårdnadshavare, och ungdomen riskerar att fara illa på grund av brister i hemmiljön eller att ungdomens eget beteende är en fara för den enskildes utveckling och välmående (SFS 1990:52).

Abelsson & Forsberg 2011). Det finns en rad likheter mellan Lindroths (2013) studie och UngKab09 vad gäller ungas risktagande när det kommer till sexualitet. Lindroth får dock fram resultat som visar på att de unga i hennes studie i än större utsträckning är beredda att ta risker kopplade till sex och sexualitet. Lindroth (2013) drar slutsatsen att ungdomar som är i samhällets vård är mer benägna att ta risker, men att dessa ungdomar ofta är medvetna om de risker de tar. Lindroth menar även att det finns indikationer på att ungdomar bedömer att det är värt att ta riskerna eftersom fördelarna väger tyngre, exempelvis att känna sig behövd, få närhet och att sex i viss mån ger status. Av samma studie framkommer att ungdomarna i många fall tar rationella beslut kopplade till vilken kontext de själva lever i (ibid.). Ett exempel på detta är en informant som beskriver hur hon i samband med att hon druckit alkohol/tagit droger kan ha svårt att ha sex. För att inte bli utnyttjad beskriver intervjupersonen att hon omger sig med personer som tagit lika mycket droger/druckit alkohol. Detta, menar Lindroth (2013), kan vara ett exempel på när ungdomar tar rationella beslut, även om det kanske ej ses som ett rationellt beslut att ta droger.

2.2 Risktagande kopplat till ungdomars sexuella hälsa

Freedman, Salazar, Crosby och Di Clemente (2005) uppmärksammar betydelsen av hur attityder till exempelvis kondomanvändning inom olika miljöer påverkar huruvida ungdomar har säkert sex. Denna kvalitativa studie utgår ifrån fokusgruppsintervjuer med ungdomar som är placerade på ungdomsfängelser i Georgia, USA. Studiens deltagare definieras tillhöra en högriskgrupp när det kommer till att ta sexuella risker då deras ålder för sexdebut är låg; de har sex i större omfattning än andra ungdomar i samma ålder, de har haft fler olika sexpartners och använder inte kondom i samma utsträckning som övriga ungdomar. Alla dessa ovan nämnda beteenden utgör riskfaktorer som ökar sannolikheten för att bli smittad av någon sexuellt överförbar infektion. Studien betonar även att tillgången till kondomer och kunskap om sex och sexualitet inom miljöer som skola,

familj, kompisgäng och ungdomshem spelar en stor roll för ungdomars sexuella hälsa. Ungdomarna själva lyfter i studien fram en önskan om en mer gedigen sex- och samlevnadsundervisning och fler möjligheter att få tala med vuxna om sex (ibid.).

Marston och King (2006) har i en litteraturstudie granskat ungas sexuella beteenden. Bakgrunden till studien är att unga mellan 15-24 år utgör närmare hälften av alla nya fall av HIV-smittade världen över. Författarna menar att för att minska smittspridningen av HIV måste dessa ungdomars sexuella beteende förändras. Författarna har identifierat sju teman eller faktorer vilka verkar ha stor betydelse vad gäller ungdomars sexuella beteende och dessa teman är tillsynes inte beroende av kulturell bakgrund eller nationalitet (ibid.). De teman som har identifierats har alla med preventivmedelsanvändning i allmänhet och kondom användning i synnerhet att göra, men med olika förklaringsmodeller. De flesta identifierade teman är relaterade till sociala faktorer, så som förväntningar beroende på kön, rädsla för repressalier eller andra typer av för individen negativa sanktioner från partners eller vänner. Det verkar vara så att de unga är medvetna om risker som finns kopplade till sex och att inte använda kondom, men att de hot som upplevs finnas i form av sanktioner från samhället är av större betydelse än att faktiskt skydda sig med hjälp av kondom (ibid.). Författarna skriver att fokus på kondom användning och att dela ut gratis kondomer genom HIV/STI-kampanjer, inte har gett önskat resultat. De menar att för att det preventiva arbetet ska ge resultat, behöver mer fokus ligga på samtal med unga för att få fram de bakomliggande orsakerna till varför de tar sexuella risker (ibid.).

2.4 Socialtjänstens arbete med utredning av ungdomar kopplat till sexuell hälsa

Myers och Milner (2007) skriver att det är självklart att verksamma inom socialt arbete och socialtjänst måste arbeta med sexuell hälsa. Det finns en tydlig koppling mellan fattigdom, social exkludering och sexuell ohälsa. Den sexuella ohälsan kan bland annat bestå i ofrivilliga graviditeter,

STI/HIV och missnöje med sina sexuella prestationer och även sex mot/för betalning (Myers & Milner 2007). Myers och Milner tar även upp möjligheten att göra välinformerade val som en grund för sexuell hälsa. Författarna påpekar att det är naivt att anta att de som kommer till socialtjänsten har haft full tillgång till information från exempelvis sex- och samlevnadsundervisningen i skolan och därmed tillgång till rationella beslut i relation till sexualiteten. Därför menar de att det är viktigt att socialtjänsten pratar om dessa frågor eftersom frågor om sexuell hälsa är särskilt viktig när det kommer till ungdomar. De tar sin utgångspunkt i en brittisk kontext, och där sker de flesta ungdomars sexdebut när de är 16 år (Myers & Milner 2007). Även i Sverige sker de flesta ungdomars sexdebut i sextonårs ålder (Tikkanen et. al. 2011). I Tikkanen et. al. (2011) uppger 70 procent av de svarande att de hade oskyddat vaginalt eller analt samlag vid senaste tillfället (där skydd innebär kondom). Samma tendenser hos ungdomar beskriver även Myers och Milner (2007). Att inte använda kondom kan ses som ett sexuellt risktagande hos ungdomar, då det finns forskning som visar på att ungdomar är de som i störst utsträckning får HIV eller annan STI och också blir ofrivilligt gravida beräknat på hela befolkningen (Marston & King 2006). Eftersom socialarbetare arbetar med ungdomar som ur flera aspekter kan ses som utsatta och även i högre grad än andra tar risker i samband med sex, stärks anledningarna till att prata om detta ytterligare.

2.5 Sammanfattning av den tidigare forskningen

Sammanfattningsvis belyser den tidigare forskningen hur ungdomar som är aktuella inom samhällets vård och behandling, i större utsträckning tenderar att ta sexuella risker än andra ungdomar i samma ålder. I den amerikanska studien som Freedman et. al. (2005) gjort utifrån ungdomar som är placerade på ungdomsfängelser lyfter ungdomarna själva fram en önskan om att få möjlighet att tala med vuxna personer om sex. Mot bakgrund av att det finns en överrepresentation av sexuellt risktagande hos ungdomar som är aktuella inom samhällets vård, finns det i en svensk kontext anledning att undersöka hur de som är yrkesverksamma inom

socialtjänstens utredningsenhet av ungdomar förhåller sig till frågor som rör deras klienters sexuella hälsa.

I sökandet efter tidigare forskning till uppsatsen har vi hittat en hel del svenska artiklar och rapporter som berör sexuell hälsa utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och utbildningsperspektiv (t.ex. Lalos, Blom, Morén & Olsson 2014; Sundbeck 2013). Det finns en del rapporter och forskning som har utgångspunkt i socialt arbete utifrån ett behandlingsperspektiv (t.ex. Lindroth 2013). Det finns också studier som tyder på att när socialsekreterare möter klienter i utredningssammanhang sker ofta ett val där samtal om sexuell hälsa undviks, även då det uttryckligen finns med som en tänkbar samtalspunkt i utredningsmanualen. I BBIC finns sexuell hälsa med under behovsområdet hälsa och utifrån ett holistiskt perspektiv på hälsa innefattas där även den sexuella hälsan. Det finns exempelvis forskning som tyder på att ungdomar som använder alkohol och/eller narkotika i större omfattning än de som inte gör det, utsätter sig/utsätts för risker kopplat till sex, så som oskyddat samlag, sex mot/för betalning, sex mot sin vilja och så vidare (Lindroth 2013; Myers & Milner 2007). Eftersom alla ungdomar som blir föremål för placering på exempelvis SiS, familjehem eller annat ungdomsboende alltid kommer i kontakt med socialtjänsten för utredning, skulle socialsekreterare kunna vara den vuxna som bjuder in till att tala om sexuell hälsa. Genom att lyfta ämnet skulle socialsekreterare kunna kartlägga om det finns ett vidare behov hos ungdomen att samtala om sexuell hälsa eller vara behjälplig med att skapa en kontakt med ungdomsmottagningen. Det har dock varit svårt att hitta forskning där ungas sexuella hälsa berörs inom socialtjänstens verksamhetsområde, åtminstone i ett utredningsskede. Det finns därmed en kunskapslucka inom det undersökta fältet. Därför ser vi en möjlighet genom denna uppsats att rikta fokus mot socialtjänstens arbete kopplat till sexuellt hälsofrämjande hos ungdomar.

3 Teoretiska referensramar

I följande kapitel kommer en redogörelse för de teoretiska verktyg som vi avser att tillämpa i analysarbetet. Det empiriska materialet, vilket uppsatsen bygger på, handlar i stor utsträckning om risker som ungdomar utsätts eller utsätter sig för. Vi har därför valt att utgå från teorier som rör risk i meningen riskbeteende, risktagande och riskutsatthet. Vi har också valt att använda oss av den så kallade kärleksideologin för att synliggöra normativa föreställningar om sexualitet och romantik. För att koppla ihop ungdomarnas riskbeteende med hur socialsekreterare arbetar i utredningssammanhang på en förebyggande nivå för att främja ungdomars sexuella hälsa, har vi därtill använt oss utav prevention som ett teoretiskt verktyg att analysera empirin med. Vi är medvetna om att prevention inte är ett egentligt teoretiskt perspektiv, men då vi sett att mycket i vår empiri handlar om hur socialsekreterare kan arbeta förebyggande, vill vi ändå ha med begreppet prevention som ett verktyg för att analysera empirin.

Då det återkommande under intervjuerna med socialsekreterarna finns en uppfattning om att samtala om ämnet sexuell hälsa inte självklart faller under deras uppdrag, så har vi valt att angripa empirin med Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkraten, för att därigenom också kunna analysera hur socialsekreterare använder sitt handlingsutrymme.

I texten nedan kommer ordet medborgare att användas och i detta sammanhang syftar ordet på personer som kommer i kontakt med någon form utav verksamhet där gräsrotsbyråkraten är verksam. Därmed har begreppet medborgare i följande text ingen definition som binds samman med nationalitet eller medborgarskap (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008).

3.1 Risk

Definitionen av risk ser olika ut inom olika vetenskapliga discipliner. Naturvetenskapen anlägger ett objektiva perspektiv på risk, vilket innebär

att en risk finns oavsett om någon uppmärksammat att den finns eller ej. Att betrakta en risk objektivt innebär att det går att identifiera den och därefter räkna ut omfattningen av den och hur den skulle kunna minska eller försvinna (Olofsson & Rashid 2009). Vidare skriver Olofsson och Rashid (2009) att motsatsen är ett subjektivt och mer socialkonstruktivistiskt perspektiv på risk, vilket innebär att risker inte existerar för än någon har uppmärksammat den. Risker uppfattas olika beroende på vem det är som identifierar dem. Den subjektiva uppfattningen av en risk innebär också att vad som betraktas som en risk är olika i olika kontexter och också något som är föränderligt över tid (ibid.).

Olofsson och Rashid (2009) definierar begreppet risk som en möjlighet för att någonting ska hända, exempelvis en kris, olycka eller en katastrof. Ett oskyddat samlag skulle kunna definieras som en risk då det skulle kunna innebära att inblandade parter riskerar att smittas av STI/HIV. Att det finns en risk innebär dock inte att det med absolut säkerhet kommer att hända. Det kan också vara så att en risk är förknippad med annat än negativa konsekvenser, eller tillräckligt många positiva konsekvenser för att väga upp de negativa. Giddens (1990) skriver att risk och tillit är motpoler till varandra. Han menar att i situationer där en människa känner tillit till en annan, kan eventuella risker som inryms i relationen övervägas av en känsla av förtroende för den andre personen. Exempelvis skulle risken för att smittas av STI/HIV vid oskyddat samlag kunna vägas upp av den njutning och närhet som den sexuella situationen skulle kunna innebära.

Christiansson (2009) skriver att ungdomar är en grupp som är särskilt benägna att ta risker vilket också är ett sätt att skapa sin identitet och frigöra sig från sin ursprungsfamilj. Risktagande kan ha både positiva och negativa konsekvenser och beroende på vilket utfallet blir kan det påverka hälsan positivt eller negativt (ibid.). Wall (2009) skriver att risker uppfattas olika av ungdomar och vuxna, och att det dessutom är avgörande vilken typ av risk som studeras. Wall menar dock att det i många fall är så

att ungdomar underskattar risker och utsätter sig för fler risker än vuxna, och använder sin ålder som försvar.

Det finns också forskning som visar på att ungdomar tenderar att koppla risktagande till här och nu, och att de inte ser risker kopplade till ett långsiktigt perspektiv (Lindroth 2013). Hon betonar också att ungdomars riskutsatthet sällan är åtskilda, utan att olika typer av risker ofta är sammanlänkade till varandra. Med detta menas att riskutsatthet eller riskbeteende ofta innebär att ungdomen utsätter sig för flera risker samtidigt.

Giddens (1990) diskuterar hur utvecklingen av risker för människor gått från att bestå av naturliga risker såsom oväder, missväxt och så vidare, till att bestå framförallt av hot om risker som människan själv har skapat, exempelvis atomvapen. Dessa risker kan inte enskilda individer kontrollera och för allmänheten innebär de inte ett risktagande utan snarare potentiella faror eller katastrofer. Engdal och Larsson (2006) skriver att det som kännetecknar risker för individen är sådant som individer själva utsätter sig för, exempelvis oskyddat samlag med en okänd partner under påverkan av alkohol. Den typen av risktagande inrymmer positiva och negativa aspekter, vilka vägs mot varandra, för att bedöma om eventuella konsekvenser för handlandet är värda risken.

Giddens (1990) menar att i takt med att de individuella riskerna har utvecklats, har användningen av så kallad expertkunskap ökat. Med detta menar han att kunskap används som ett sätt att få människor att komma till insikt kring olika risker som de utsätts för, att de ska få hjälp av experter att förstå och kunna räkna med risker och hur de ska undvika dem. Enligt Giddens kan experten vara alltifrån välfärdsstaten till frågespaltsexperter och självhjälpböcker. Öhman (2009) skriver att mycket av den kunskap som idag når individen är förmedlad via massmedia, vilket innebär att den bilden av ett fenomen som media förmedlar också blir den som för individen utgör kunskapen. Detta kan också relateras till andra delar av individens möjligheter att tillskansa sig kunskap, exempelvis via

databaser. Många ungdomar söker svar på sina frågor via internet, och eftersom utbudet av information idag är så enormt kan det vara svårt för ungdomen själv att sortera i informationen. Individen nås av olika typer av rekommendationer kring olika typer av risker och tvingas att själv avgöra vilka av dessa råd som ska vara vägledande. Giddens (1990) påpekar också att den här typen av kunskap förut har kommit individer tillhanda genom erfarenhetsbaserad kunskap som förts vidare från generation till generation, men eftersom den moderna kunskapen är så pass komplex krävs det expertkunskap för att vardagslivet ska kunna fungera. Vidare skriver Giddens att denna utveckling gör att individen påverkas i sina val av livsstil. Individens socialisering sker inte längre inom och med hjälp av familjen, utan för att skapa sin identitet gör individen, i det moderna samhället, det med hjälp av expertkunskap (Beck-Gernsheim 2002). Även sexualiteten blir på så sätt ett identitetsskapande, eftersom sexualiteten genomgått en frikoppling från äktenskap och reproduktion, i egenskap av att individen inte längre är beroende av att skapa relationer i äktenskaplig form för att säkra sin överlevnad (ibid.). Valfriheten, eller tvånget, att välja vilket liv människor själva vill leva leder till att riskerna för individer ökar eftersom alla inte har möjlighet att göra samma val (ibid.). De val som finns till hands för individen är inte anpassade till alla människor utan förutsätter en viss typ av grundläggande trygghet, så som ekonomisk, juridisk och social trygghet (ibid.). Expertsamhället har mandatet att fastställa vilka kunskaper som anses mest riktiga, och utifrån det vilka val som individen borde göra för att uppnå hälsa, jämställdhet, ekonomisk trygghet och så vidare. Om individen då inte har full tillgång till den kunskapen, kan det medföra att de personliga riskerna ökar (Beck-Gernsheim 2002).

3.2 Kärleksideologin

Som en ytterligare del av det moderna samhällets utveckling skriver Giddens (1992) om den romantiska kärleken. Han hävdar att den romantiska kärleken varit grunden för äktenskapet, sexualiteten och reproduktionen under de senaste 200 åren. Innan denna tid var äktenskapet

något som byggde på trygghetens grund och var ett förbund mellan olika släkter för att på så vis säkra framförallt ekonomisk trygghet inom familjen, och för att säkra familjens fortlevnad (ibid.). Under slutet av 1700-talet menar Giddens att den romantiska kärleken började träda fram, och att fler och fler äktenskap började bygga på en grund av kärlek, vilket tidigare varit något som ansetts kunna förstöra ett äktenskap. Den romantiska kärleken började således existera inom äktenskapets ramar, och det var också där de sexuella relationerna skulle finnas. Sex utanför äktenskapet var fortfarande något som ansågs fel, och inte för än under 60-talet (i västvärlden generellt och i Sverige specifikt) kom sex att accepteras utanför äktenskapet (Forsberg 2007). Dock var sexualiteten fortfarande starkt sammankopplad med romantiken och kärleksideologin. Kärleksideologin är den som stipulerar sex mellan två människor och gör handlingen legitim (Häggström-Nordin 2009). Synen på killars och tjejers sexualitet är fortfarande olika, exempelvis att ha haft många sexpartners kan ge killar status, medan det samma för tjejer kan leda till att stämplas som slampa (Giddens 1992; Forsberg 2007). Giddens (1992) menar att sexuella relationer idag fortfarande är starkt styrda av romantiken och kärleken, men den är inte längre så starkt sammankopplad med reproduktionen idag som den tidigare varit. I takt med att normer, samhällen och kulturer förändras, förändras också synen på vad som anses vara en accepterad sexualitet (Häggström-Nordin 2009).

3.3 Prevention

Vad som definieras som prevention är beroende av vilken kontext som avses. I uppsatsen har vi valt att anlägga ett perspektiv av prevention kopplat till hur samhället kan arbeta förebyggande för att undvika oönskade utgångar kopplat till ungdomars beteenden. En förutsättning för att arbeta preventivt är att det finns en tro på att det finns en chans att problemet kan undanröjas eller underlättas (Sahlin 1992). I skolan arbetas det utifrån en preventiv ansats när det exempelvis undervisas om sex och samlevnad i syfte att stärka eleverna i sin sexualitet och i sin sexuella hälsa.

Inom preventionsforskning så talas det om olika nivåer av det preventiva arbetet (t.ex. FoU 2006). De olika nivåerna blir aktuella beroende på vilka mål som vill uppnås. När en förebyggande insats innebär förändringar för hela samhället eller en stor del utav det, talas det om *primär prevention* där insatserna är universella. Utgångspunkten för en sådan insats bygger ofta på att politiska beslutsfattare vill komma åt ett problem genom att besluta om vissa omständigheter för att nå en förändring. Det kan exempelvis vara att politiker beslutar om att satsa på att öppna fler fritidsgårdar med målet att ungdomar inte ska “dra runt på gatorna”. Arbetssättet utgår ifrån ett preventivt arbete på en samhällsnivå och de mål man vill uppnå med insatserna går inte att nå genom att endast arbeta med få individer (Ander 2005).

När ett preventionsarbete istället riktas mot vissa specificerade grupper i samhället så talas det om *sekundär prevention* och där är det selektiva insatser som utgör metoden (Ander 2005). Det kan röra sig om att det finns en definierad riskgrupp som man väljer att rikta insatserna till. Exempelvis kan det vara riktat till vissa gäng som påvisat att de lever i riskzonen för att utveckla kriminalitet eller ett drogmissbruk. Genom fältarbete kan insatsen gå ut på att försöka fånga upp personer som ingår i ett sådant gäng, till att medverka på aktiviteter på fritidsgårdar. Viktiga yrkesverksamma som ofta utför insatserna inom detta preventionsarbete är personal på fritidsgårdar, fältarbetare, socialtjänst eller lärare (Ohlsson 2001).

Om den preventiva insatsen istället riktar sig till en specifik ungdom som på grund av ett visst agerande skapat en oro kring att vidareutveckla ett destruktivt beteende definieras arbetet som en *tertiär prevention* vilket kan medföra indikerande insatser (Ander 2005). Exempelvis kan det röra sig om att en ungdom blivit omhändertagen berusad utav polis ett flertal gånger och att ungdomen utifrån det får en behandlingsinsats beviljad från socialtjänst för att få verktyg att upphöra med sitt drickande (Ohlsson 2001).

Hur det preventiva arbetet ska gå till är avhängigt vilka riskfaktorer som är synliga i samhället. Ofta så är det inte en ensam riskfaktor som leder till att en ungdom senare utvecklar en social problematik utan istället samspelar flera faktorer. Därav kan det vara svårt att ringa in på vilket sätt det preventiva arbetet bör starta och på vilken nivå. Därmed menar Ander (2005) att det är viktigt för de professionella inom det sociala arbetet att tydligt definiera problemen och vilken målgrupp som innefattas, för att en adekvat åtgärd sedan ska kunna vidtas.

3.4 Gräsrotsbyråkrati

År 1980 lanserade Michael Lipsky sin teori om *street-level bureaucrats* på svenska översatt till *gräsrotsbyråkrater*. Teorin fokuserar på de tjänstemän som i sin profession representerar staten i mötet med medborgare (Lipsky 2010). Exempel på verksamheter där gräsrotsbyråkrater arbetar är bland annat polis, skola, sjukvård och socialtjänst. Även om dessa olika verksamheter skiljer sig på flera plan så har de det gemensamt att de står i direktkontakt och har därmed interpersonell kontakt med medborgare, samtidigt som de har makten att besluta över resurser som staten fogar över. Personal inom välfärdsområden besitter ett handlingsutrymme vilket medför att de i sitt arbete har viss handlingsfrihet och att deras personliga omdöme inverkar på verksamheten och på de beslut som fattas (ibid.). Eftersom verksamheter som gräsrotsbyråkraterna är yrkesverksamma inom innefattar direktkontakt med medborgare som ofta är i behov av stöd och service, är det också en förutsättning att arbetet bedrivs med en individuell inriktning. Alla vårdtagare, klienter eller elever har olika behov och besitter därmed en individuell problematik (Lipsky 2010). Gräsrotsbyråkraternas arbete inrymmer enligt Lipsky en stor handlingsfrihet och en makt att kunna ta beslut rörande individers liv. På detta sätt menar Lipsky att det är de enskilda tjänstemännen i en gräsrotsbyråkrati som faktiskt skapar den reella politiken och inte politikerna själva. Anledningen till att det förhåller sig så mellan politiken och gräsrotsbyråkraternas handlingsutrymme är att människobehandlande verksamheter kräver professionell kunskap på området för att rätta

bedömningar ska göras. Kommunalpolitikerna beslutar om hur satsningar, styrdokument och budget ska se ut för socialtjänsten i en kommun, men sedan är det den enskilde socialsekreteraren som i varje ärende genom sin sakkunskap bedömer vad varje klient borde få bistånd till. Mot bakgrund av det betonar Lipskys teori att gräsrotsbyråkraten förvisso decentraliserar den offentliga politiken till sitt handlingsutrymme när det handlar om innehållet, men det är de politiska beslutsfattarna som indirekt styr verksamheterna genom att det är de som bestämmer om förutsättningarna genom att besluta om tilldelning av resurser utav olika slag (Sannerstedt 2008).

Som tidigare nämnts så påverkas gräsrotsbyråkratens verksamhet utav de resurser som den får tilldelat sig, men det krävs andra incitament för hur det direkta arbetet kan påverkas ovan ifrån. En möjlighet för beslutsfattare och chefer att kunna påverka gräsbyråkratens arbete åt något håll är att förtydliga verksamhetsmålen. En strategi kan vara att implementera någon form av handlingsmanual i arbetet och på det sättet få ökad kontroll över den enskildes arbete (Lipsky 2010). Lipsky menar vidare att gräsrotsbyråkraten inte gärna vill göra avkall på sin autonomi, så viktigt är att tjänstemännen är med på chefens nya förhållningssätt för att en god praktik ska kunna upprätthållas. För att chefer ska undvika att gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme och autonomi upplevs som angripen menar Lipsky att chefers strategier ofta handlar om att lägga tyngd på vissa frågor och på så vis påverka tjänstemannens prioriteringar, fokus och resultat.

I enlighet med hur Lipsky (2010) skriver om gräsrotsbyråkraten, så är det socialsekreterarens uppgift att inom en viss tid fördela service på ett för medborgaren rättssäkert och behovsanpassat sätt. För att göra detta måste gräsrotsbyråkraten förhålla sig till de strukturer och resurser som finns inom organisationen. Inom socialtjänsten är det socialsekreteraren som representerar kommunen samtidigt som den företräder medborgaren och ska tillgodo se dennes behov (Lipsky 2010).

Inom organisationens ramar finns dessutom rutiner, traditioner och normer för praxis att förhålla sig till, vilka skapar förutsättningarna för gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme. Vem som har rätt till en viss resurs är dels en juridisk fråga och dels en fråga om behov. I relation till medborgarens juridiska rättigheter och behov måste gräsrotsbyråkraten också kunna samla in rätt mängd information på relativt kort tid för att kunna göra en så riktig bedömning som möjligt utifrån medborgarens bästa och utifrån de organisatoriska förutsättningar som finns (Lipsky 2010). Gräsrotsbyråkraten behöver besitta en stor kunskap om olika delar i organisationsstrukturen men också känna sig säker i sin yrkesroll för att kunna argumentera för sin klients rätt till en viss insats. Lipsky (2010) menar att en av de faktorer som påverkar gräsrotsbyråkraters möjligheter att fördela resurser är tid och antalet klienter att fördela tiden på. För att gräsrotsbyråkraten ska kunna genomföra sitt arbete inom uppsatta tidsramar finns det inom organisationen strukturer och rutiner att följa för att genomföra arbetsuppgifterna. Dessa rutiner är tänkta att vara en hjälp för gräsrotsbyråkraten för att säkerställa klientens rättssäkerhet. Socialtjänstens reglerade utredningstid på fyra månader kan ses som ett exempel på det. Gräsrotsbyråkraten förväntas dock att behandla varje klient individuellt och anpassa sitt arbetssätt efter varje enskilt ärende (Lipsky 2010). Dessutom kan gräsrotsbyråkraten komma att behöva göra val och prioriteringar som innebär att vissa ärenden eller klienter får mer tid än andra (Sannerstedt 2008).

Gräsrotsbyråkraters handlingsutrymme innebär dels lagar, regler och riktlinjer att förhålla sig till, och dels en viss handlingsfrihet i att tolka reglerna (Lipsky 2010). Handlingsfriheten möjliggör för gräsrotsbyråkraten att själv utforma sin del av arbetet (ibid.).

Lipsky (2010) menar att gräsrotsbyråkraten även besitter tolkningsföreträdare i relation till klienten. Inom socialtjänsten kan det ses som att socialsekreterare har tolkningsföreträdare i relation till sin klient i det avseende att hen avgör vad en utredning ska innefatta. Swärd och Starrin (2006) beskriver detta tolkningsföreträdare som en form av osynlig

makt. Om klienten känner skam i mötet med gräsrotsbyråkraten kan det innebära att denne känner sig otrygg och inte vill dela med sig av sina erfarenheter eller känslor, exempelvis på grund av liten kunskap om sina rättigheter eller möjligheter att få hjälp. Om gräsrotsbyråkraten inte undersöker klientens reaktioner vidare kan gräsrotsbyråkraten tolka klientens beteende som motstånd till hjälp eller att klienten inte förstår vidden av sina problem (ibid.).

Något som enligt Lipsky kan vara positivt för gräsrotsbyråkratin och för att avhjälpa brist på resurser är att låta vissa medarbetare specialisera sig inom ett visst, för organisationen lämpligt område. Specialisering kan innebära att vissa delar hos en klient får möjlighet att bli sedda och avhjälpta, men det kan också innebära att helhetsperspektivet på klienten försvinner (Lipsky 2010).

4 Metod

I kapitlet som följer kommer vi att redogöra för uppsatsens tillvägagångssätt och vår forskningsprocess, genom det vill vi uppnå transparens i studien. Transparensen gör det lättare för läsaren att bedöma kvaliteten i vårt resultat och i de slutsatser som vi har dragit (Bryman 2008). Vi kommer senare i kapitlet ge en genomgående redogörelse av hur vi tänkt kring uppsatsens reliabilitet och validitet.

4.1 Litteratursökning

Sökord och nyckelord: Ungdomar, sexualitet, sexuell hälsa, sexuell ohälsa, risk, sexuellt risktagande, riskutsatthet, riskbeteende, socialtjänsten, handlingsutrymme, preventionsarbete, hälsobefrämjande, teenagers, adolescents, sexuality, sexual health, sexual risk.

Orden ovan har vi försatt i olika konstellationer och sökt i olika databaser efter både tidigare forskning och teoretiska verktyg. De databaser som vi har använt oss utav är LIBRIS, GUNDA, Social Services Abstracts,

Sociological Abstracts, Swepub och CINAHL, och PubMed. I dessa databaser så har kombinationssökningar varit möjliga och endast krävt att man skrivit AND, OR eller NOT, för att utöka eller avgränsa sökningen. Vi har även använt oss utav trunkering vid sökandet i databaserna. Vilket innebär att man söker på en ordstam. Om man inte vill riskera att tappa träffar på grund av att man har fel ändelse eller böjning av ett ord så är det ett bra sätt. Parallellt under sökandet har vi även sökt brett via Google och Google Scholar vilket har varit bra i de fall då vi velat söka information genom att ställa frågor, exempelvis om hur en viss myndighet arbetar. Därtill har vi i stor utsträckning använt oss utav det som Lööf (2005) betecknar som referenssökning eller kedjesökning. Vi har i och med det utgått ifrån referenslistor på olika vetenskapliga artiklar och avhandlingar för att genom dem söka vidare på de källor som publikationerna byggt sitt underlag på. Vi utnyttjade även universitetsbibliotekets tjänst och bokade en bibliotekarie för att få hjälp med att orientera oss i databaserna.

4.2 Förförståelse och forskningsansats

Under hösten 2014 deltog vi i projektet unga möter unga, vilket var ett samarbete mellan universitetet och en ungdomsmottagning i staden. Vårt uppdrag var att i olika gymnasieskolor prata med ungdomar om sex, sexualitet och relationer. Vi fick genom detta deltagande en känsla av att ungdomarna som vi var och pratade med inte kände att skolan och samhället i övrigt erbjöd så mycket tillfällen att diskutera sex och sexualitet, och att det var något som de saknade. Vi bestämde oss där av för att vi skulle använda vår uppsats till att på något sätt belysa hur ämnet ungdomars sexuella hälsa uppmärksammas.

När vi inledde uppsatsarbetet så hade vi båda en förförståelse om att ämnet sexuell hälsa ofta uteslöts i utredningssamtal med ungdomar på socialkontoren. Förförståelsen byggde på att vi under vår verksamhetsförlagda utbildning läst samt medverkat vid utredningar av ungdomar på socialtjänsten. Det var i och med det som vi började forma idén om att undersöka om vår uppfattning om att ämnet ofta utesluts gick

att synliggöra och vad som i så fall var orsaken. Vi visste sedan tidigare att sexuell hälsa finns med som en rubrik under behovsområdet hälsa i BBIC-manualen och vi ville då avgränsa oss till att undersöka i vilken utsträckning som socialsekreterare beaktade det i utredningssammanhang. Vi vill dock förtydliga att vi inte har haft som avsikt att vår uppfattning om att sexuell hälsa utesluts i utredningar med ungdomar, skulle vara en hypotes som vi genom uppsatsen velat pröva. Förförståelsen har snarare präglat våra idéer om ämnets relevans (jmf Thurén 2007).

När vi inledde studien hade vi ett antal frågor som vi var intresserade av att undersöka. Dessa formulerades sedan i ett syfte och därtill efterföljande forskningsfrågor. När vi letade efter och läste tidigare forskning på området fick vi en bild utav att socialsekreterare i relativt liten utsträckning pratar med ungdomar om sexuell hälsa. Denna bild var en del i utformningen av vår uppsatsidé, då den påverkade vår förförståelse kring huruvida socialsekreterare samtalar med ungdomar kring sexuell hälsa. Som vi redan nämnt har vi inte utgått ifrån antagandet att socialsekreterare inte samtalar med ungdomar om sexuell hälsa i vår uppsats, och därmed har vi inte en deduktiv forskningsansats. I deduktiv forskning utgår forskaren från en hypotes som sedan prövas mot empirin (Thomassen 2007). Vi hade ambitionen att antagandena inte skulle styra vår insamling av empiri. Vi hade heller ingen på förhand given teoretisk ansats utan den växte fram i takt med insamlingen av empirin, vilket kan tolkas som en induktiv ansats (Bryman 2008). Vi har i uppsatsen inte utgått ifrån att pröva en konkret hypotes och därtill inte haft färdigformulerade teoretiska utgångspunkter. Vi har dock inte heller inlett insamlandet av empiri helt förutsättningslöst då vi anser att vår förförståelse till viss del har präglat vår problemformulering samt konstruktionen av både forskningsfrågor och därigenom även intervjufrågor (Larsson 2005). Vi vill betona att vi i uppsatsen inte har en rent induktiv ingång, då vi inte tror att det är möjligt att förhålla sig helt objektivt. Genom att ha en induktiv *ansats* är vi medvetna om att vi har en förförståelse kring ämnet som påverkar oss i olika riktningar, både vad gäller insamling av empiri och val av teoretiska perspektiv. Vi har genom medvetenheten om vår förförståelse och dess

påverkan, försökt att förhålla oss till insamlandet och analysen av vår empiri så öppet som möjligt (ibid.).

Vi anser oss ha en hermeneutisk utgångspunkt då vår analys och vårt resultat bygger på hur vi tolkar våra respondenter. Genom en hermeneutisk utgångspunkt vill vi försöka förstå det som respondenterna säger, i relation till vilken kontext de befinner sig i. Vi gör inte anspråk på att hävda att resultaten vi ser är en objektiv sanning. Resultaten är formade av vår tolkning av respondenternas svar på våra frågor och vår förförståelse av fenomenet ungdomar i relation till sexuell hälsa, men också det sociala arbetets möjligheter och problem (Ödman 1979).

4.3 Avgränsningar

I ett tidigt stadium var vårt uppslag att genom uppsatsen undersöka hur ungdomar som bor på institution själva upplever sin sexuell hälsa och på vilket sätt de upplever att de kan prata om ämnet med vuxna. Ansatsen är fortfarande lockande men vi fann att idén skulle medföra svårigheter dels för att det är en svårtillgänglig grupp att komma i kontakt med och dels ansåg vi att den inte var etiskt försvarbar. Genom intervjufrågor skulle vi kunna komma att beröra känsliga områden hos ungdomarna som vi sedan inte skulle ha möjlighet att följa upp (Kvale & Brinkmann 2014). Området ungdomar och sexuell hälsa är stort och omfattande. Vår utgångspunkt i denna studie rör istället de personer som ungdomar kommer i kontakt med vid utredning – nämligen socialsekreterare. När vi i uppsatsen skriver ungdomar så menar vi personer i åldrarna 13-20 år. De personer vi refererar till som socialsekreterare arbetar alla inom Individ- och familjeomsorgens utredningsenhet för barn och unga. Socialsekreterarna genomför utredningar enligt lagrum Socialtjänstlagen (2001:453) och Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Arbetet genomförs med BBIC som utredningsmanual. Uppsatsen avgränsas till att belysa hur socialsekreterare i utredningssammanhang kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar. Vi är intresserade av i vilka sammanhang samtal kring sexuell hälsa sker eller skulle kunna ske.

Varför vi väljer detta fokusområde beror på att vi inte kan se att det finns tidigare studier som är gjorda med just denna utgångspunkt vilket ytterligare stärkt oss i arbetet med just dessa frågor. Vi har också påverkats av en kännedom om att ungdomar som i någon form är i fokus för samhällets vård, statistiskt sett är mer risktagande än andra ungdomar (Lindroth 2013).

När vi kommit fram till studiens syfte formulerade vi tre forskningsfrågor för att förtydliga vad vi skulle ta reda på. Forskningsfrågorna fungerade som en avgränsning i den bemärkelse att de hjälpte oss att ringa in vilken empiri som var relevant att samla in i förhållande till studiens syfte. Alltför odefinierade forskningsfrågor medför en risk att förlora sitt fokus och att insamlandet av empiri blir för gediget, vilket sedan kan försvåra analysarbetet (Bryman 2008).

När vi bestämt oss för att det var socialsekreterare och deras arbete med sexuell hälsa vi ville undersöka, bestämde vi oss för att titta på hur BBIC kan utgöra ett stöd i de samtalen. BBIC är utformat i sju olika behovsområden som beroende på barnets eller ungdomens behov av stöd ingår i utredningen. Under behovsområdet hälsa finns det frågor som rör sexualitet. Även i behovsområdet känslö- och beteendemässig utveckling samt behovsområdet familj och sociala relationer finns frågor som rör sexualitet men ur ett perspektiv som mer riktar in sig på utsatthet i form av våld och/eller exploatering. Vi har, för att ha möjlighet att besvara våra forskningsfrågor, valt att endast utgå ifrån behovsområdet hälsa när vi undersöker hur socialsekreterare samtalar med ungdomar om sexuella hälsa. Denna avgränsning görs dels på grund av att det är möjligt att utifrån en hälsoaspekt undersöka både positiva och negativa delar av sexualiteten och dels för att det inom ramen för detta behovsområde finns flest frågor som berör den sexuella hälsan (Socialstyrelsen 2011).

4.4 Metodval

Studiens övergripande syfte och forskningsfrågor avgjorde vårt val av metod. Vi ansåg att en kvalitativ forskningsansats skulle vara mest lämplig för att besvara våra forskningsfrågor. Bryman (2008) menar att den kvalitativa forskningen oftast bygger på ord snarare än antal och siffror, och detta stämmer för vår del. Vi var intresserade av om och i så fall hur och när socialsekreterare pratar om sexuell hälsa under utredningen. Därför valde vi att genomföra intervjuer. Genom intervjuer såg vi möjligheten att få en tydligare bild av socialsekreterares uppfattning av undersökningsområdet, än vad vi skulle fått i exempelvis en enkätstudie, då intervjun ger möjlighet till fördjupade beskrivningar. Vi var intresserade av subjektiva upplevelser och då kan den kvalitativa metoden anses vara mest lämpad. Med tanke på den förhållandevis korta tid vi hade till vårt förfogande för att genomföra studien ansåg vi att intervjuer var den bäst lämpade metoden då den är relativt fri i sin konstruktion (Bryman 2008).

Bryman (2008) skriver att kvalitativ forskning är mer flexibel i utformandet av frågor än vad kvantitativ forskning är, så till vida att den kvalitativa forskningen inte har några givna svarsalternativ utan respondenten är fri att själv forma sitt svar. Eftersom vi är intresserade av respondenternas uppfattningar, har vi försökt formulera så öppna intervjufrågor som möjligt (Eide & Eide 2006). För att kunna hålla en röd tråd i intervjuerna valde vi att utforma en intervjuguide och genomföra semistrukturerade intervjuer. Fördelen med den semistrukturerade intervjun är att samma frågor kan ställas till alla respondenter och forskaren har även möjlighet att ställa följdfrågor under intervjuns gång (Bryman 2008).

4.5 Urval

Vi har i studien genomfört sju intervjuer med socialsekreterare från olika kommuner. Vår urvalsmetod skulle kunna liknas vid det Bryman (2008) benämner som målinriktat urval, då vi aktivt sökte oss till

socialsekreterare. Vår utgångspunkt inför genomförandet av intervjuerna var att alla respondenter skulle komma från samma socialkontor. Detta visade sig dock vara svårt eftersom samtliga socialkontor var överbelastade och litet utrymme fanns för socialsekreterare att ställa upp på intervjuer under arbetstid. Vi började med att skicka mail till enhetschefer runt om i staden, där vi presenterade oss, syftet med studien och de tilltänkta intervjuerna. Vi började med att höra av oss till ett socialkontor, först via mail och några dagar senare via telefon. Då detta kontor avböjde till medverkan under telefonsamtalet skickade vi ut mail till samtliga kontor i staden. Någon dag senare ringde vi runt till de vi skickat mail till, men fick antingen nej eller inga svar alls. Vi valde då att vidga perspektivet ytterligare och hörde av oss till kontor i kranskommuner till staden, via både samtal och mail. Det var främst genom kontakt med socialsekreterarna själva som vi fick tag i personer att intervjua. Genom telefonkontakt med socialsekreterarna fick vi också tillgång till fler socialsekreterare att intervjua genom rekommendationer. Att ge information direkt till de vi hade för avsikt att intervjua var det som genererade flest intervjuer. Denna del i urvalsmetoden utgår från ett bekvämlighetsurval (Bryman 2008). De personer som var tillgängliga var de vi intervjuade. I några fall har vi fått tillgång till fler respondenter efter att personer som valt att delta senare har pratat med kollegor som då blivit intresserade. Det sistnämnda kan liknas vid ett så kallat snöbollsurval (ibid.). Kombinationen av de här tillvägagångssätten resulterade i sex intervjuer. Då vi gärna ville ha en intervju till men inte lyckades få tag i fler valde vi att kontakta en bekant till en utav oss för att göra en förfrågan om en eventuell intervju. Denna person tackade ja, men då avståndet var längre till personens arbete genomfördes intervjun hemma hos intervjupersonen utanför arbetstid.

4.6 Sammanställning av intervjuguide

Semistrukturerade intervjuer är en mångdefinierad metod i det avseende att graden av struktur kan variera. Vi valde att utgå ifrån en intervjuguide där vi hade färdigformulerade intervjufrågor, eftersom vår uppsats har ett

specifikt undersökningsområde som vi ville ringa in. En annan aspekt som vi tog hänsyn till i sammanställningen av frågor var att vi ville hålla intervjun kort och koncis, utan att den för den sakens skull skulle bli alltför strukturerad. Genom vår förförståelse tänkte vi oss att socialsekreterare är en arbetsgrupp som har ett pressat schema och genom färdigformulerade frågor skulle vi kunna utlova att intervjun inte tog mer än 30-40 minuter, men ändå ge goda förutsättningar för att vi skulle få in tillräcklig empiri (jmf Bryman 2008). Stort utrymme har ändå funnits för att hålla intervjun öppen. Ordningen på frågor varierade, typ av följdfrågor lika så.

Vid sammanställningen av intervjuguiden utgick vi ifrån våra forskningsfrågor och ställde oss själva frågan *hur* vi borde fråga och *vad* vi skulle fråga, för att få in den empiri som analysen kräver. Vi bröt ner forskningsfrågorna och formulerade sedan flera intervjufrågor (Kvale & Brinkmann 2014). Innan vi skulle ha vår första intervju så valde vi att testa våra intervjufrågor genom ett rollspel. Vi tränade på varandra och fick på det sättet känna på hur det var att ställa frågorna och även en upplevelse av att få frågorna. Det var en bra metod för att få syn på vilka frågor som var öppna eller stängda samt att få en träning i intervjusituationen. Genom rollspelet kunde vi även komma på eventuella följdfrågor och korrigera de frågor vi upplevde behövde ett förtydligande (Eide & Eide 2006).

4.7 Insamlandet av empiri

Vår uppsats omfattar intervjuer med sju stycken socialsekreterare som arbetar inom socialtjänstens Individ och Familj omsorg (IFO). Fem intervjuer ägde rum på respektive socialkontor, en intervju genomfördes i ett grupprum på ett lärosäte och en utfördes hemma hos en av respondenterna. Vid samtliga intervjuer, förutom den som ägde rum hemma hos en av respondenterna, har vi båda medverkat. Anledningen till det har varit att vi har velat vara så insatta i vår empiri som möjligt, vilket vi anser förstärks genom närvaro vid intervjutillfället. Även om det kan

uppfattas som en viss maktasymmetri då vi har varit två har vi ändå inte upplevt att socialsekreterarna har varit negativt påverkade utav det. Under intervjuerna har vi delat upp ansvaret på så vis att vi har varit intervjuare ena gången och åhörare andra gången, detta för att inte skapa en förvirrad intervjusituation, men även för att begränsa känslan av “två mot en” (Eide & Eide 2006).

Intervjuerna har spelats in med hjälp utav en röstinspelningsfunktion på våra telefoner, vilket innan intervjuerna påbörjats förankrats hos respondenterna. Vi har muntligt och skriftligt försäkrat våra respondenter om att vi efter det att uppsatsen är betygsatt kommer att radera samtliga ljudupptagningar från intervjusituationen (Kvale & Brinkmann 2014). Anledningarna till att vi valt att spela in intervjuerna är att vi anser att antecknande under intervjusituationen kan upplevas som distraherande och minska flödet i samtalet. Därtill medför inspelningarna att risken för att felcitera respondenterna i analysen avsevärt begränsas. Vi kan även lyssna på intervjuerna upprepade gånger, vilket stärker studiens tillförlitlighet, då empirin inte endast bygger på anteckningar och minnesbilder (Bryman 2008). Varje intervju har inletts med en sammanhangsmarkering där vi har redogjort för uppsatsens övergripande syfte och vår definition av sexuell hälsa (se Definitioner).

Efter att den utav oss som har hållit i intervjun ansett sig färdig har den andra fått möjlighet att tillägga uppföljningsfrågor. Vi har avslutat intervjuerna med att fråga respondenten om denne har haft någon fråga till oss, detta för att ge respondenten en möjlighet att göra tillägg eller förtydliganden som hen tänkt på under intervjun. Ofta kan respondenten slappna av något då intervjun annonserats som färdig och då känna sig mer bekväm med att utveckla något resonemang (Kvale & Brinkmann 2014).

4.8 Etiska överväganden

Inför genomförandet av studien har vi tagit del av det som Bryman (2008) och Vetenskapsrådet (odaterad) skriver om etiska överväganden i

forskningsstudier. Vi har särskilt beaktat Vetenskapsrådets fyra huvudprinciper vilka är; Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, odaterad). Vid forskning ska man alltid överväga om individer som medverkar i studien riskerar att ta skada. I och med den kunskapen tog vi beslutet om att vårt fokus i uppsatsen inte skulle vara ungdomars upplevelser utan de professionella som arbetar med dem, och avgränsningen ledde oss fram till fastställandet att rikta in oss på just socialsekreterare.

4.8.1 Informationskravet

Inför intervjuerna har vi dels berättat för våra respondenter om uppsatsens syfte, och dels har vi delat ut ett brev med information om deras rättigheter som respondenter (se bilaga). I brevet beskriver vi deras rätt att vara anonym, deras frihet att avbryta och/eller ställa frågor under intervjun, att inspelningarna och det transkriberade materialet inte är tillgängliga för några andra än uppsatsens författare (jmf Bryman 2008; Vetenskapsrådet odaterat).

4.8.2 Samtyckeskravet

Respondenterna har även fått skriva på ett samtyckesformulär som intygar att de har tillhandahållit information utav oss gällande deras anonymitet, rätten att avbryta och konfidentialiteten. Varje respondent har givits våra kontaktuppgifter samt uppmaningen om att de är välkomna att höra av sig till oss med frågor, funderingar eller om de ångrat sitt beslut att delta i studien (jmf Bryman, 2008; Vetenskapsrådet odaterat).

4.8.3 Konfidentialitetskravet

Vi har bedömt att det inte finns någon anledning att i uppsatsen nämna ifrån vilka socialkontor som empirin är inhämtad, eftersom uppsatsens inte är en komparativ studie och inga anspråk har gjorts på att jämföra hur socialsekreterare arbetar med sexuell hälsa på olika kontor. Uppsatsens syfte har inte heller varit att undersöka hur arbetet bedrivs på ett specifikt socialkontor. Alla respondenter har i alla dokument fått alias IP (intervjuperson) och även en siffra 1-7. Siffran går inte att härleda till den kronologiska ordningen som intervjuerna utfördes i. Det framkommer inte

heller några uppgifter om respondenternas ålder då vi ansett att en redogörelse för det hade medfört att vi inte kunnat säkra deras konfidentialitet inom respektive socialkontor. Vi gjorde också valet att inte skriva ut respondenternas kön, förutom vid ett citat då vi avgjorde att det var av vikt för analysen, men i övrigt har vi inte haft som avsikt att studera socialsekreterarnas arbete utifrån kön (jmf Bryman 2008; Vetenskapsrådet odaterat).

4.8.4 Nyttjandekravet

Alla uppgifter som har samlats in ifrån våra respondenter har endast syftet att fungera som empiri till vår uppsats. De enda personer som har tillgång till ljudupptagningarna från intervjuerna är uppsatsförfattarna.

Ljudupptagningsfilerna samt transkriberingsdokumenten kommer att så fort uppsatsen är betygsatt att raderas från våra telefoner och datorer (jmf Bryman 2008; Vetenskapsrådet odaterat).

4.9 Analyismetod

Som nämnts ovan har vi i genomförandet försökt ha en hermeneutisk utgångspunkt i genomförandet av uppsatsen. Enligt Thomassen (2007) är hermeneutik en forskningsansats som går ut på att försöka tolka och förstå människors subjektiva berättelser. Tolkningen präglas av den förförståelse som forskaren har av kontexten men också av normer som reglerar kultur, historia och språk vilka tillsammans bidrar till att forma förförståelsen. Den hermeneutiska ansatsen förklarar inte varför fenomen ser ut se de gör, men kan med hjälp av teoretiska ramar bidra till förståelse av det som studeras.

I genomförandet av uppsatsen har vi spelat in de intervjuer vi gjort, för att sedan transkribera dessa. Vid transkriberingen har vi återgett ljudinspelningarna så ordagrant som möjligt. Vi har tagit hänsyn till både korta och längre pauseringar. Däremot har vi inte tagit med alla Öö, ähh och liknande uttryck, eftersom vi inte i analysen kommer att fokusera på hur respondenterna uttrycker sig utan på vad de säger. Det transkriberade materialet har sedan utgjort vår empiri.

Genom läsning av utskriften har vi kodat materialet och försökt att hitta olika teman i texten, så kallad tematisering (jmf Bryman 2008). Vi började med att var och en för sig läsa igenom utskriften. Den första kodningen byggde på det vi fann mest intressant med utskriften, med utgångspunkt i ämnet sexuell hälsa och risktagande. Intressant nog hade vi båda markerat liknande citat och när vi diskuterade materialet hade vi en snarlik mening om vad det sa (jmf Kvale & Brinkman 2014). Därefter läste vi igenom utskriften tillsammans. Genom att läsa tillsammans kunde vi hitta teman som vi ansåg var intressanta att titta närmare på. De första teman vi hittade handlade om ”BBIC:s roll i utredningsarbetet”, ”Riskbeteende kopplat till sexuell hälsa” och ”Professionell ambivalens”. Därefter läste vi igenom materialet ytterligare gånger för att på så vis hitta exempel på innehåll till de teman vi valt. Vid vidare läsning av materialet började vi också tänka på möjliga teorier som vi kunde använda i analysarbetet för att på så vis utveckla vår förståelse kring det respondenterna har förmedlat. Genom att läsa materialet har vi också gjort en tolkning av vad det handlar om, och det är just tolkningen som lett fram till de valda temana. Tematiseringen har dels hjälpt oss hitta återkommande teman som vi varit intresserade av att veta mer om och ytterligare utveckla en förståelse kring. Bryman (2008) skriver om hur tematisering kan gå till utifrån en matris. Vi har i tematiseringen inte utgått från ett matrisarbete. Vi valde istället att med hjälp av olika färger kategorisera de teman vi funnit. Bryman (2008) skriver att det, när tematisering genomförs, är viktigt att uppmärksamma repetitioner, lokala uttryck, metaforer, likheter och skillnader, språkliga kopplingar med mera. Vi har särskilt beaktat när vi funnit förekomst av dessa olika kategorier. De teman vi tillslut valde att utgå ifrån i vår analys var kopplat till hur respondenterna använder sitt handlingsutrymme för att prata om sexuell hälsa, vilka risker de uppmärksammade samt vad de ansåg sig kunna göra annorlunda mot idag.

Parallellt med tematiseringen av materialet har vi läst och funderat över lämpliga teorier att analysera vårt material med. Det är genom läsning av

empirin som vi kommit fram till vilka teoretiska verktyg vi ville använda för att genomföra analysen. Återigen vill vi påpeka att vi inte påstår oss ha funnit någon objektiv sanning genom denna typ av forskningsansats, men att vår förståelse av hur socialsekreterares arbete med sexuell hälsa kan eller skulle kunna se ut har utvecklats (jmf Thomassen 2007).

Som ytterligare en metod för att analysera empirin valde vi att närvara vid ett av Universitetets analysseminarium. Seminariet gav oss möjlighet att få utomståendes blickar på vårt material och därigenom ge oss synpunkter, tips och råd på hur vi skulle kunna gå vidare med analysen. Vi fick genom närvarande vid seminariet själva upp ögonen för nya sätt att se på vårt material, och en känsla för vad vi gjort dittills och hur vi skulle gå vidare. Vi upptäckte att vi tittat på materialet så som vi önskade att det skulle vara, och inte utefter vad respondenterna faktiskt sa. Det var en viktig ögonöppnare för oss och vi kunde därefter få nya ingångar i vårt material.

4.10 Arbetsfördelning

När det var dags att sätta igång med arbetet inför uppsatsen bestämde vi oss för att arbeta tillsammans så mycket som möjligt. Vi har under hela studiens gång suttit tillsammans och skrivit. Detta har vi sett som positivt då vi hela tiden har kunnat diskutera och resonera kring det vi gör och skriver. Vi har båda deltagit vid alla intervjuer utom en (se Metodkritik), samt delat på transkriberingsarbetet.

4.11 Reliabilitet och validitet

Två vanligt förekommande kriterier för att bedöma en undersökningskvalité är dess reliabilitet och validitet. Begreppen är i hög grad knutna till bedömningar av kvantitativa forskningsdesigner och lämpar sig inte alltid för att bedöma kvalitativa studier som vår (Bryman 2008). Med reliabilitet avses en undersöknings *pålitlighet*, om den går att upprepa och om resultatet blir det samma om analysen genomförs av en annan bedömare.

Eftersom studiemiljön och studieobjektet (intervjuer och respondenter) är föränderliga och påverkas av den relation forskaren ingår med respondenten, kan en replikation av studien på exakt samma sätt vara svår. För att en kvalitativ studie skall upplevas pålitlig är det istället viktigt att noggrant redogöra för hela forskningsprocessen så att läsaren kan bedöma om slutsatser och tolkningar är rimliga givet tillvägagångssättet. För att bidra till denna studies pålitlighet har vi varit noga med att redogöra i vårt metodkapitel för vårt tillvägagångssätt, val av metod, empiri och hur vi tolkar densamma. Pålitligheten underbyggs därtill av att vi är två individer som kommit fram till samstämmiga slutsatser (intern reliabilitet) (jmf Bryman 2008).

Med hög validitet avses att studien mäter det som avses mätas. Eftersom uppsatsen är en intervjustudie är det svårt att argumentera för dess *överförbarhet* (externa validitet) på en större population i kvantitativ bemärkelse. Detta är kanske inte heller den kvalitativa forskningens huvudsakliga syfte, utan snarare att nå djupare förståelseorienterade insikter. Vi tror att vår redogörelse för materialet är såpass omfattande så att läsaren själv kan göra en bedömning om resultaten är överförbar till andra kontexter. För att skapa *trovärdighet* för studien är det vanligt att återkoppla resultatet till exempelvis respondenter som blivit intervjuade, innan studien lämnas in för bedömning (respondent validering). Den form av respondent validering har vi inte utfört. Däremot har vi försäkrat våra respondenter om att de ska få uppsatsen i sin helhet skickad till sig när den är färdig, vilket vi kan se bidrar till viss respondent validering. Med vår studies begränsade tidsram hade en regelrätt respondent validering inte hunnits med (jmf Bryman 2008).

4.12 Generaliserbarhet

Det är i kvalitativ forskning svårt att hävda generaliserbarhet av resultatet, och i synnerhet när studien endast omfattar sju intervjuer. Vi är medvetna om att vårt resultat byggt på empiri hämtat från endast sju respondenter inte går att generalisera på samtliga socialsekreterare på alla socialkontor.

Att empirin är inhämtad från socialtjänsten i fyra olika kommuner, stärker vårt resultatets generaliserbarhet en aning. Om samtliga intervjuer ägt rum på samma socialkontor, hade en intern policy och praxis kunnat påverka socialsekreterarnas arbetssätt och därmed vårt resultat. Det som ytterligare kan tala för att vårt resultat skulle kunna vara generaliserbart på fler socialsekreterare, är att *samtliga* respondenter säger att ämnet sexuell hälsa generellt sätt inte tas upp, om det inte är så att det är det som är anledningen till anmälan. Vi vill som sagt inte göra anspråk på att generalisera resultatet men vi tänker ändå att resultatet kan ge en fingervisning om att ämnet sexuell hälsa inte får så stort utrymme i socialtjänstens utredningar av ungdomar (jmf Bryman 2008).

4.13 Metodkritik

När vi planerade vår uppsats diskuterade vi vad ett rimligt antal intervjuer kunde vara för att besvara studiens syfte. Vid för få intervjuer så begränsas analysen och med ett för gediget antal intervjuer hade tiden begränsat oss i att genomföra en noggrann analys, då ingående tolkningar av materialet hade varit svåra att hinna med (Kvale & Brinkmann 2014). Vi ansåg att sju intervjuer skulle vara ett skäligt antal. Efter tre veckors intensivt sökande efter respondenter hade vi fått sex personer som ville medverka. Eftersom vi gärna ville nå upp till vårt mål med sju stycken intervjuer men bedömde att vi inte kunde avsätta mer tid för att söka efter en till respondent, utgick vi ifrån tillgänglighetsprincipen i den bemärkelsen att vi tog kontakt med en socialsekreterare som en utav oss är bekant med (Bryman 2008). Vi diskuterade ett flertal olika aspekter som skulle kunna påverka intervjun och därmed den insamlade empirin i just denna situation jämfört med de övriga. Vi kom fram till tre saker som vi behövde ta hänsyn till kring just den intervjun. Det första var det faktum att det fanns en bekantskap, vilket kan påverka samtalet. Det andra var att intervjun genomfördes hemma hos respondenten, vilket även det kan påverka svaren då den professionella befinner sig utanför sin arbetskontext. Den tredje påverkansfaktorn var att endast en utav oss medverkade vid intervjun. För att kontrollera om intervjun påverkats nämnvärt utav de

angivna förutsättningarna så utfördes sedan transkriberingen utav det inspelade materialet av den person av oss som inte medverkat. I detta arbete konstaterades att intervjun inte skiljde sig i stil och framförande jämfört med övriga.

Ytterligare kritik kan riktas mot vårt sätt att försöka få tag i personer att intervjua. Vi har under arbetet med uppsatsen försökt vara transparenta i det vi gjort, och därigenom har vi varit måna om att berätta för tilltänkta respondenter vad vi skulle fråga om. Vi tror i efterhand att det som begränsade våra möjligheter att få tag i respondenter var att vi skrev i informationsmailet (se Bilaga 1) att vårt syfte var att ta reda på hur socialsekreterare arbetar med sexuell hälsa vid utredning av ungdomar. Vi tror att vi på grund av den formuleringen fick få svar. Detta fick vi också bekräftelse på genom svaranden som tackade nej till att medverka på grund utav att de inte pratar om sexuell hälsa. Vi fick också svar där det gjordes tydligt att de inte arbetar med sexuell hälsa, de arbetar med problem och socialt nedbrytande beteende. Om vi hade ställt frågan på ett mer öppet sätt, och inte fullt så explicit med fokus på just sexuell hälsa, utan kanske snarare utifrån hälsa så kanske vi lättare hade kunnat få tag i respondenter. Dock, ska vi förtydliga att just transparens har varit mycket viktigt för oss under studiens gång då det stärker uppsatsens validitet.

Under analysarbetet har vi uppmärksammat att vi trots ambition av att hålla semistrukturerade intervjuer, har låtit intervjuguiden styras oss mer än vad vi hade som avsikt. Detta har medfört att vi har missat vissa vinklar av respondenternas reflektioner.

5 Resultat och Analys

Vi har i empirin identifierat tre olika teman. Det första temat handlar till stor del om hur socialsekreterare använder sitt handlingsutrymme för att skapa utredningens innehåll. För att analysera det och vad de har för möjligheter att inom handlingsutrymmet prata om sexuell hälsa med ungdomar har vi valt att utgå från Lipskys (2010) teori om

gräsrotsbyråkrati. Det andra temat handlar om hur socialsekreterarna kopplar ungdomars riskbeteenden till sexuell hälsa, vilket vi har valt att analysera utifrån teoretiska perspektiv på risk. Det tredje temat fokuserar på vilket sätt som socialsekreterarna arbetar eller skulle kunna arbeta för att stärka ungdomarnas sexuella hälsa, till vilket vi har valt att anlägga ett perspektiv av prevention.

Som tidigare nämnts under våra etiska överväganden så har inte syftet varit att genom studien studera om socialsekreterarnas ålder, kön, eller arbetslivserfarenhet påverkar hur de i utredningssamtal med ungdomar pratar om sexuell hälsa. Vi tror att det skulle vara svårare att upprätthålla respondenternas anonymitet gentemot varandra, om vi redogjort för det. Därför har vi valt att inte fråga våra respondenter om det och kommer således att i resultatet återge respondenterna med alias IP 1-7.

Index:

[...] = Utelämnat viss text

... = Tystnad mindre än fyra sekunder

(Paus) = Längre tystnad än fyra sekunder

(“) = Citering

Kursiverad text = Betoning

A: = Anna

S: = Sandra

5.1 Att inte utreda mer än nödvändigt - makten att avgränsa

De politiska förutsättningar som formar socialsekreterares

handlingsutrymme skapas på ett strukturellt plan (Lipsky 2010).

Socialsekreterare har bland annat juridiska ramar att förhålla sig till.

Dessutom måste de förhålla sig till nationella riktlinjer som bestämmer

hur utredningsarbetet ska bedrivas. Ett exempel på det är BBIC. Syftet

med att använda BBIC är dels att säkerställa klienters rättssäkerhet och

möjlighet till likvärdiga insatser nationellt, men BBIC kan också ses som

ett sätt att styra socialsekreterare i deras arbete för att skapa ett enhetligt system för utredning (Socialstyrelsen 2013).

Av intervjuerna framgår att samtliga respondenter använder sig utav BBIC i utredning av ungdomar. Flertalet hänvisar dessutom till att det beror på Socialstyrelsens rekommendationer. I de kommuner som i vår uppsats representeras genom respondenterna är det inte förhandlingsbart för socialsekreterarna att utgå ifrån BBIC i barnavårdsutredningar utan det är ett redan implementerat system. Med inspiration från Lipsky (2010) kan konstateras att implementeringen av BBIC kan ses som en strategi bland cheferna för att åstadkomma övergripande förändringar, vilket Lipsky menar att gräsrotsbyråkraten inte alltid uppskattar. Det har varit en stor reform att införa BBIC-systemet, men manualen legitimeras hos socialsekreteraren då den endast utgör en slags ram för utredningsarbetet. Inom ramen har socialsekreteraren möjlighet att själv avgöra vilka frågor och teman som är väsentliga i varje specifikt ärende. BBIC:s fria utformning medför därmed att socialsekreterarens handlingsutrymme inom organisationens kontext inte begränsas nämnvärt.

Av empirin framgår att socialsekreterare i sitt uppdrag inte ska utreda mer än vad som är nödvändigt. Samtliga respondenter berättar att behovsområdet hälsa i stort sätt tas upp i samtliga utredningar och detta oavsett vad anmälan eller ansökan gäller. Respondenterna menar att det är ett ämne som innefattar stora delar av ungdomars liv och att det är viktigt att ha med behovsområdet för att inte missa något viktigt. Flera respondenter påpekar dock att det är viktigt att hålla sig till det anmälan gäller och inte utreda mer än nödvändigt.

IP5: I alla utredningar, jag har alltid med det behovsområdet. Vet inte om det är för att det är ett favoritområde eller nä jag vet inte... men det känns som ett område som man behöver ha med för det täcker också mycket... det vet man ju i studier och forskning att hälsa är viktigt.

Nedan uttrycker ytterligare en respondent att behovsområdet hälsa ofta innefattas i utredningssamtal oavsett anmälnans art.

IP6: Det kan ändå se olika ut också, hälsa är ett väldigt stort område och man ska ju liksom inte utreda mer än nödvändigt [...] Så det hänger lite på anmälan, vad man tar upp. Ibland kanske det egentligen inte är någon större oro kring området hälsa heller, men man väljer att ha med det ändå för att kanske inte missa saker.

Samtliga respondenter utgår ifrån BBIC i sitt utredningsarbete men de har i och med sin handlingsfrihet inom organisationen, utrymme att använda utredningsmanualen utifrån egen bedömning. Detta kan liknas vid det som Lipsky (2010) talar om hur gräsrotsbyråkratens arbete går att påverka genom att politiska beslutsfattare och chefer implementerar olika typer utav metodredskap. Socialstyrelsen är i detta fall det organ som i och med sina rekommendationer att använda BBIC kan påverka socialsekreterarnas arbete. Därtill besitter gräsrotsbyråkraten makten att själv avgöra vad verksamheten ska innehålla, vilket kan liknas vid hur socialsekreteraren ovan beskriver att hen väljer att ha med hälsa i utredning trots att det kanske inte är det som anmälan gäller. Det är därmed socialsekreteraren som i slutändan formar utredningens innehåll (Lipsky 2010).

Här nedan beskriver en socialsekreterare hur hen i en utredning avgör om behovsområdet hälsa ska tas upp.

IP2: Men det är inte självklart att man automatiskt tar hälsa [...] Det skulle kunna handla om oro för att en ungdom inte klarar sig själv som har en egen lägenhet till exempel, men det finns ingen oro... kanske klarar sig jättebra med maten och kläder och hygien och så men har jätteproblem med att vara ensam kanske eller någonting. Då finns det ju ingen anledning om det inte finns någon oro kring hälsan, då ska man inte utreda det heller... till exempel skulle det kunna vara så.

I citatet ovan exemplifieras hur socialsekreteraren har makten att besluta om vad som kan vara viktiga delar att inbegripa i en utredning. Detta medför att utredningens innehåll tydligt formas utav varje socialsekreterares förförståelse och tolkning av klientens behov. I enlighet med Lipsky (2010) har gräsrotsbyråkraten, i egenskap av sin yrkesroll, tolkningsföreträdare och avgör därmed hur prioriteringar borde göras för att uppnå verksamhetsmålen (Lipsky 2010).

Fem av sju respondenter uppger att de aldrig använder frågorna i stöddokumentet i BBIC som handlar om sexuell hälsa, var av en av dem svarar att hen inte visste att frågorna fanns. En svarar att hen använder stöddokumentet som en inspirationskälla. En svarar att hen ofta har med frågorna. Den här redogörelsen exemplifierar hur tillämpningen av BBIC-manualen och dess stöddokument kan skifta.

IP4: Ja, både ja och nej om du tänker på de här fördjupningsfrågorna. Kring sexualitet har jag aldrig använt de nå.

Vidare säger IP3:

IP3: Ja, nä... vi gör... asså jag nä. Jag använder sällan de där fördjupningsområdena. Ibland kan jag göra det fast inte i... när jag ska ställa frågor av någon anledning.

Socialsekreterare har vissa direktiv om vilka områden i en utredning som bör vara med, men socialsekreteraren har, i egenskap av gräsrotsbyråkrat (Lipsky 2010), även makten att välja bort områden att utreda. Hälsa är ett exempel på ett behovsområde som Socialstyrelsen rekommenderar ska finnas med i utredningen. Under samtal med respondenter framkommer det att inom behovsområdet hälsa är sexuell hälsa ett område som oftast väljs bort. Socialsekreterare förklarar besluten med att anmälan handlar om något annat, att det är på grund av klientens integritet som ämnet inte

tas upp och att ungdomar kan uppleva det som kränkande att prata om sexuell hälsa. Flera socialsekreterare säger också att det inte ingår i arbetsuppgiften som utredare att prata om detta. De menar att det inte är deras roll eller uppdrag.

IP2: [...] det är ju inte självklart att man går in och klampar in liksom när man sitter med en tonårstjej till exempel. För det första så är det väldigt svårt att få de hit överhuvudtaget, det är liksom ingen som vill komma hit och då går man inte och liksom börjar prata om, jaha hur många partners har du, vet du hur man skyddar sig har du varit gravid någon gång [...] Det är inte riktigt mitt uppdrag heller att grotta ner mig i det liksom.

Som vi har skrivit ovan så bestäms en stor del av innehållet i en utredning av vilka aspekter som socialsekreteraren anser vara viktiga att utreda, och vilka delar inom behovsområdena som är aktuella. Denna frihet som finns inom organisationen, att själv bestämma gör som nämnts att just sexuell hälsa ofta väljs bort. Men varför är det så? Flera av våra respondenter menar att det inte är deras uppdrag och att det inte faller inom socialtjänstens ramar att prata med ungdomar om just sexuell hälsa. I de fallen kan det dels handla om en osäkerhet om hur ämnet görs talbart, och till viss del okunskap, men också att det anses vara andra yrkesgruppers område (så som skola, hälso- och sjukvård och ungdomsmottagning). Flera respondenter resonerar också att det har med relationen att göra och att det är beroende på utredningens art vilka typer av frågor som behöver ställas och därmed också vilken typ av relation som är möjlig att skapa.

Att värna om ungdomarnas integritet är ett argument som återkommer som en förklaring till varför ämnet sexuell hälsa inte får utrymme i utredningssamtalen. Huruvida socialsekreterarna anser att det förhållningssättet är något som gäller för hela utredningsperioden eller bara vid det första mötet finns olika uppfattningar om hos respondenterna. Vissa respondenter förklarar att det beror på vilken relation som har skapats mellan socialsekreterare och ungdom huruvida ämnet sexuell

hälsa känns okej att tas upp eller inte. Genom empirin går det att se att vissa respondenter uttrycker att en god relation till ungdomarna är att sträva efter, men motsatsen går också att urskilja. Respondenterna arbetar samtliga inom samma typ av utredningsenhet inom socialtjänsten, trots det formulerar de själva sitt uppdrag inom organisationen på olika sätt. Här nedan förmedlar respondenterna en skillnad i hur de själva ser på sitt uppdrag och på den relation de skapar eller inte skapar med ungdomarna.

IP2: Alltså min uppgift är ju inte att prata... alltså jag har ju ingen behandlande roll som utredare, utan min uppgift är ju att samla in information kring det som oron handlar om. När det gäller själva anmälan [...] alltså jag ställer ju frågor det är ju inte så att jag sitter och pratar utan jag ställer frågor så får de sitta och prata. [...] alltså jag jobbar inte med det. Utan mitt jobb är att ... ”här kan du hämta hjälp eller dit kan du gå eller jag kan hjälpa dig att boka en tid”... eller om de behöver komma till BUP till exempel och prata med psykolog då hjälper jag till. Men jag ska inte gå in i samtal kring det för då påbörjar jag en behandlarroll eller jag blir en stödperson eller jag blir en viktig person och det är inte mitt uppdrag ... Utan mitt uppdrag är att kartlägga, vad behöver den här tjejen eller killen liksom och sen liksom slussa vidare så.

Respondenten ovan talar om hur hen anser att uppdraget inte ska inkludera samtal av en behandlande karaktär. Detta skulle kunna tolkas som att hen inte tycker att det är viktigt att skapa en relation till ungdomen då det kan riskera att hen blir en stödperson för ungdomen, vilket hen inte anser faller inom uppdraget för socialtjänstens utredningsenhet. Respondenten nedan har ett annat förhållningssätt till sitt uppdrag och sin roll som socialsekreterare och vilken betydelse relationen till ungdomen har.

IP3: ... det handlar ju mycket om vilken relation man har till den unge man har framför sig också [...] det är ett steg som är någonting annat än steget som är att prata om att vad det är

som gör att du har huvudvärk, vad är det som gör att du har mycket ont i magen eller vad är det som gör att du sover dåligt eller vad är det som gör att ... den typen av frågor kommer nog enkelt från oss till skillnad från frågor som handlar om sexuell hälsa eller utsatthet... eller alltså ... hälsoutsatthet [...]

Det är mycket relationskapande med de här ungdomarna ... och allt eftersom om man får lov att liksom skapa en relation ... om ungdomarna eller de här barnen vill och känner att det är möjlig så kommer det lite successivt, vi har ändå relativt mycket kontakt med ungdomarna även om fyra månader går fort.

S: Händer det att ungdomar själva tar upp sexuell hälsa som någonting som de vill prata med dig om?

IP3: Ja tänker att det händer ... och främst om det saknas andra kontakter och att vi behöver slussa vidare eller hjälpa till på det sättet. Men också kanske för att relationen till någon utomstående finns just här på socialtjänsten, om jag är den personen så är ju det ett gott betyg för oss att den här ungdomen vågar berätta för mig eller ställa frågan jag behöver hjälp med detta.

Även om gräsrotsbyråkraten enligt Lipsky (2010) har möjligheten till ett fritt handlingsutrymme inom organisationen, så förekommer det andra faktorer som kan påverka vad socialsekreteraren upplever som fritt att ta upp i varje enskilt utredningssamtal exempelvis vilket förtroende som finns i relationen mellan socialsekreterare och klient. Ovan beskriver respondenten att det är avhängigt hur långt socialsekreteraren och ungdomen har kommit i deras relationsbygge som avgör vilka frågor som känns okej att ställa. Däremot förmedlar respondenten ovan, till skillnad från föregående respondent att skapandet av en god relation är något eftersträvansvärt i utredning med ungdomar. Vidare uttrycker även IP7 att relationer över tid är viktigt för att få förtroende för att tala om ämnen som sexuell hälsa.

IP7: Det viktigaste för det tror jag... det är att det finns folk kvar över tid. Alltså socialsekreterare, behandlare eller familjehem eller vad det är. Det handlar om relationer över tid att man är trygg vad det än är man ska våga berätta om. De här korta kontakterna, omplaceringarna byte av socialsekreterare gör att det är mycket större risk att den här unge aldrig berättar för någon, för det är väldigt intimt, ditt sexliv det är ingenting som du berättar vid ett första samtal, det kan ta tid innan man kommer dit. Det tror jag är det bästa sättet att fånga upp de signalerna det är att jobba för att det inte ska bli avbrott i relationer.

Flera respondenter beskriver även olika typer av riskbeteenden som ungdomar kan vara aktuella för, men kopplar inte i så stor utsträckning samman det med att det även kan finnas problem som rör den sexuella hälsan eller att sexuellt risktagande kan vara eller bli en konsekvens av ett annat riskbeteende. Vad som ska utredas och hur omfattande utredningen ska vara bedömer varje socialsekreterare, vilket kan liknas vid hur Lipsky (2010) definierar gräsrotsbyråkratens handlingsutrymme och tolkningsföreträde.

S: Hur talar du om ungdomens riskbeteende kopplat till sexuell hälsa i utredningssamtal?

IP6: Jag skulle säga att det är väldigt sällan ... Ja, jag får tyvärr säga att jag nästan aldrig pratar om det. Nej, ... Vi är nog väldigt fokuserade på att det här rör det sig om, det fokuserar jag på. Så tar man inte så mycket annat. Men vi sitter ju i en otrolig press i det jobbet vi gör.

Socialsekreteraren i citatet ovan berättar hur hen i utredningar inte har med aspekten av att den sexuella hälsan kan vara något som påverkas utav ett annat riskbeteende, och har därför sällan med det i utredningssamtal.

IP4: Nä, de kopplingarna har jag nog inte gjort och jag har nog inte behövt göra dem heller känner jag. Jag hade en tonårstjej som jag träffade ett tag men det var ... alltså tänker man efter så det är klart att man skulle kunnat fråga lite hur hon har det på ... hon hade liksom ... men hon hade ... nä, det fanns aldrig anledning att fråga det.

Stattin och Andershed (2002) menar att ett socialt problem ofta utvecklar andra sociala problem. Respondenterna uttrycker att de snarare koncentrerar problem som fristående från varandra, istället för att relatera problem till varandra. Detta kallar Stattin och Andershed (2002) för problemkoncentrering.

Lipsky (2010) skriver att gräsrotsbyråkraten måste förhålla sig till de resurser som finns inom organisationen, så som begränsad tid och antal klienter. Detta medför att gräsrotsbyråkraten behöver göra avkall på något och för våra respondenter kan ett exempel på det vara att de inte pratat om sexuell hälsa särskilt ofta. Det givna handlingsutrymmet innebär att de måste förhålla sig till organisationens praxis vad gäller utredningsarbetet, samtidigt som de inom ramen för praxis har stora möjligheter till autonomi och att själva besluta vad som ska innefattas i en utredning.

5.2 Att sätta riskbeteenden i relation till sexuell hälsa

I socialsekreterarnas arbete ingår det att identifiera vad som kan vara ett riskbeteende och även om yttre omständigheter kan innebära en risk för ungdomar. I intervjuerna lyfts olika beteenden upp som för socialsekreterarna utgör oros signaler, så kallade riskbeteenden hos ungdomarna. Återkommande riskbeteenden som socialsekreterarna uppehåller sig vid är skolk, dåligt umgänge, frånvaro från hemmet en längre tid, konsumtion av alkohol och/eller drogmissbruk samt

kriminalitet. Men vad som utgör en risk för en ungdom kanske inte bedöms vara en risk för en annan.

S: Kan det skilja sig hur man pratar om riskbeteende beroende på om ungdomen är tjej/kille/transperson? Upplever du att det kan vara olika beteenden man talar om?

IP6: Ja, jag pratade med en tjej som jag har som jobbar sent. Hon behöver hjälp då, och kommer inte hem från sitt jobb [...]. Jag frågade vad hon gör för att ta sig hem helt själv sent på kvällen. Eh, kanske inte att jag hade reagerat på samma sak om jag haft en pojke som hade beskrivit samma sak och jag blev så där, "ja men då måste vi lösa det för dig. Vi får ordna någon cykel eller någon som kan hämta dig eller vi får liksom, du ska inte gå själv, mitt i natten hem" Alltså lite så tror jag. Sen är det nog lite vad man får för relationer. Det kanske är att man får lite närmare med vissa tjejer också. Ja.

S: Utifrån att du själv är tjej?

IP6: Utifrån att jag själv är tjej, ja ... jag vet inte eller om tjejer är lite mer öppna också. Man kommer lite närmare. Utifrån samtal man kanske pratar mer, tror jag. Ja. Tjejer känns oftast kanske lite enklare, öppnare eller positiva till en samtalskontakt, och kan tycka att det till och med är lite, alltså kan söka upp en, faktiskt och bara få prata. Det känns som att killarna ringer om det är något mer specifikt eller om det är någonting men. Ja jag tror man kommer lite närmare tjejerna.

I citatet ovan bedömer socialsekreteraren att aktiviteten att ta sig hem sent på kvällen utgör en risk för tjejen, men menar att hon antagligen inte hade reagerat likadant ifall ärendet rört en kille. Hon gör därmed åtskillnad mellan klienternas behov på grund av kön. Därtill beskriver hon att hennes uppfattning är att hon får närmare relation till de klienter som är tjejer vilket i sin tur inverkar på samtalskontakten mellan henne som socialsekreterare och klienten.

IP5: Det gör man kanske ... man är kanske inte riktigt medveten om att man gör det kanske ... så det är nog oftare att man föreslår för tjejer om de har kontakt med ungdomsmottagningen de har ju kuratorer där om du inte vill gå till skolkuratoren. Det är inte så ofta att man kanske föreslår en pojke att gå och prata om man tänker efter.

Detta utgör ett exempel på hur klienter och deras behov kan få olika bemötande beroende på vilket kön de tillhör också avhängigt vilket kön deras socialsekreterare tillhör. Enligt Lipskys (2010) teori så ökar möjligheten att likabehandla klienter om det implementeras rutiner i arbetet. BBIC-manualen kan liknas vid en sådan ansats, där socialsekreteraren får ett stöd i att behandla klienter rättvist. Dock betonar Lipsky att gräsrotsbyråkraten samtidigt förväntas att bemöta varje enskild klient på ett individanpassat sätt. Gräsrotsbyråkratens arbete blir således att parera dessa relativt motstridiga förväntningar, vilket då exempelvis yttrar sig i att varje enskild socialsekreterare själv bedömer vad i ungdomens beteende eller omgivning som kan utgöra en risk.

Flera respondenter uttrycker att det är svårt att prata om sexuell hälsa utan att ha en oro för ungdomarna inom det området.

IP2: Nä, det skulle jag aldrig göra. Jag tycker att det är fel. Det är liksom ... att gå in ... det är liksom integritetskränkande tycker jag. För som jag sa förut, vi ska liksom inte gå in och rota i människors liv om det inte finns en oro i det området.

I citatet ovan uttrycker respondenten att det skulle vara integritetskränkande att prata med ungdomar om sexuell hälsa utan att socialsekreteraren kände någon oro inom området. I både UngKab09 (Tikkanen et al 2011) och i Lindroths studie (2013) framkommer att sexuellt risktagande bland ungdomar är vanligt. Risktagandet handlar till stor del om att ungdomarna inte använder kondom vid sexuella relationer. Detta är ett risktagande som kanske inte i så stor utsträckning märks om

det inte lett till någon konsekvens (såsom STI/HIV och/eller graviditet). Giddens (1990) skriver att det finns risker som vi både vet om att de är just risker och att vi trots det tar risker. Den citerade respondenten ovan uttryckte också att det som anmälan/ansökan gäller är det som ska utredas, och om ingen uppenbar oro för just den sexuella hälsan finns så är det heller ingenting som tas upp under utredningssamtalen. Giddens (1990) skriver vidare att trots det rationella tänkandet och kunskapen om riskers konsekvenser fortsätter människor att utsätta sig för olika typer av risker. Han menar att det finns en oro för följder av risker men att oron inte räcker för att individen inte ska utsätta sig för den. Detta kan också kopplas till det Lindroth (2013) skriver om att ungdomar ofta är medvetna om de risker de utsätter sig för, men att det finns tillräckligt många positiva aspekter som överväger de negativa delarna av risktagandet. Flera respondenter menar att sexuell hälsa ligger utanför deras uppdrag som socialsekreterare och att det är skolan som ska ge ungdomar den kunskapen. Det finns ett motstånd till att se det som kan vara orsaken till riskutsattheten (Giddens 1990). Detta kan kopplas till problemkoncentrering (Stattin & Andershed 2002). Att välja att enbart utreda de delar som vid en första anblick anses stå i fokus, innebär en risk att missa viktiga delar av ungdomars utsatthet, i vilka de kan behöva få stöd.

En respondent resonerar om hur hen anar att ungdomar utsätter sin sexuella hälsa för risker för att få droger. Respondenten gör därmed en koppling mellan riskbeteendet att ta droger och ungdomars sexuella hälsa, men påtalar vidare att hen upplever att ungdomarna har svårt att tala med socialsekreterare om det då det kan leda till åtgärder som är oönskade för ungdomen.

IP7: När det handlar om droger är det också återigen mest tjejer ... Ähm ... som jag tror att det kostar de mer som individer ... Det får... de gör ju sig själva väldigt illa genom att ... ja, byta sexuella tjänster mot droger. Sen är det väldigt sällan det kommer fram att de säger att det är så. Oftast så

säger ju de att, äh, det är okej och jag ville det och så. Man pratar inte gärna med mig om det, nej. För då vet de ju alltså ... ja, allting som gör... som jag får veta som gör att de riskerar sin hälsa på något sätt vet de ju också att det kan vara ett skäl till en placering eller ... ja så.

Ovanstående citat exemplifierar ytterligare en aspekt utav socialsekreterarens roll i förhållande till klienten. Det finns ett dilemma i att å ena sidan vara den person som tydligt representerar en stor myndighet och som i och med det uppdraget besitter en makt att ta beslut som rör individens liv, å andra sidan vara en person som ska möta klienten på ett mellanmänniskt plan för att stötta och underlätta. Lipsky (2010) talar om hur gräsrotsbyråkratens dubbla roll i liknande avseendet kan bli ett hinder i hjälpprocessen.

I citatet nedan pratar respondenten om att ungdomar själva sällan tar upp frågor eller funderingar som rör sexuell hälsa. Detta förklaras med att ungdomar i stor utsträckning använder sig av internet och sociala medier för att få svar på sina funderingar.

IP2: Har de frågor så skulle de ha ställt dem för länge sen ... på nätet, till kompisar. Du kan ställa de frågorna överallt idag utan att behöva träffa en person såhär ... du kan ringa och du kan maila och ... du kan maila anonymt liksom. Alltså det finns massor på TV... Du behöver inte vänta tills du sitter här liksom. Jag tror faktiskt att det är så. Och det påverkar också dagens barn och ungdomar ... det handlar mer om att sortera. I det här flödet, i all information som finns tillgänglig i varje mobil eller smartphone.

I dagens samhälle är ungdomar omgivna av olika typer av inflytande från media, sociala media, internet, vänner och så vidare. Den här typen av inflytande är det som Giddens (1990) skriver om som expertsamhället.

Även myndigheter kan ses som en del av expertsamhället, delvis på grund av att familjen idag inte utgör den enda enhet som bidrar till individens sociala utveckling. Socialtjänsten kan därmed ses som en betydelsefull källa för människors möjligheter till försörjning och trygghet (Giddens 1990;1992). De ungdomar som är aktuella hos socialtjänsten är enligt respondenterna ofta det på grund av någon form av problematik i hemmet eller egen beteende problematik, och är då i behov av samhällets hjälp. Ungdomar kan ha behov av hjälp i skapandet av sin identitet och tar då ofta hjälp av expertsamhället, och om de inte själva kan avgöra vilken typ av information som ska vara vägledande kan det leda till att de utsätter sig för risker (Giddens 1990; Öhman 2009). Som ung kan det vara svårt att sortera i den information som förmedlas via media och internet. Ungdomar kan behöva stöd i att avgöra vilken typ av information som kan vara lämplig att förhålla sig till, vilket socialtjänsten skulle kunna hjälpa ungdomar med. Att enbart prata med ungdomar om sexualitet när det är fråga om utsatthet kan få till följd att viktiga delar av en ungdoms livsutveckling missas. Olofsson och Rashid (2009) beskriver att den som identifierar en risk också är den som gör en bedömning av hur allvarlig den anses vara. Om ingen frågar ungdomar om deras sexuella hälsa kan heller ingen bedömning göras om det finns någon riskutsatthet.

IP3: Alltså jag tänker att det är viktigt att vi vågar fråga och det tänker jag är viktigt överlag oavsett vad det handlar om, oavsett om det handlar om sexuell hälsa eller om det handlar om någonting annat som handlar om ungdomars hälsa, att inte vi som myndighet sviker att vi inte vågar. Utan att våga prata om de här sakerna för det är jätteviktigt, och för att det är en självklar del när man är ungdom och att man ställs inför jättemånga saker som handlar om ens hälsa och sexuell hälsa under de här åren, så jag tänker att det är viktigt att jag vågar hela tiden göra det och att jag gör det. För att hjälpa ungdomen att förstå att det här är talbart ... och att det är bra att vi pratar om det ... för bara att vi pratar om det kan hjälpa en att få syn

på någonting annat liksom eller göra kopplingarna för sin egen del så.

Det finns skillnader i uppfattningarna hos respondenterna huruvida samtal kring ämnet sexuell hälsa är eller borde vara ett naturligt inslag i utredningssamtal. I citatet ovan uttrycker IP3 hur viktigt det är att våga samtala med ungdomar om sexuell hälsa då det upptar en stor del utav den unges liv. Nedan uttrycker respondenten vidare att det trots allt ändå inte görs.

S: Händer det att du tar upp ämnet sexuell hälsa med ungdomar även då det inte finns någon direkt oro kring det?

IP3: Inte precis, inte om vi inte har något skäl för det.

Oavsett vilket förhållningssätt respondenten har inför ämnets relevans i utredningssamtal så framkommer det ändå att ämnet i förhållandevis liten utsträckning behandlas som ett naturligt inslag.

5.3 Naturliga ingångar till samtal

Flera av våra respondenter beskriver att de i utredningssammanhang noga tar reda på vilka risker ungdomar utsätts eller utsätter sig för. Som vi skrivit tidigare, rör det sig oftast om kriminalitet, frånvaro från hemmet, bruk av alkohol/droger och dåligt umgänge. När respondenterna får frågan kring om och hur de brukar samtala med ungdomar om denna riskutsatthet och sexuell hälsa svarar de att det är något de generellt inte gör. Flera respondenter uttrycker också att för att samtala om sexuell hälsa måste det finnas en så kallad ”naturlig ingång”. Ur materialet går det inte att avgöra exakt vad en sådan naturlig ingång skulle bestå i, men genom att titta på hela materialet sammantaget verkar det som att naturliga ingångar kan vara att anmälan rör sexuell utsatthet, om det finns en oro, om den unge själv tar upp frågor om sexualitet genom att ge sin socialsekreterare antydningar om olika förhållanden så som graviditet och preventivmedel samt om någon pratar om sin nya partner. Nedan exemplifierar

respondenten vad som kan vara ett skäl till att ämnet sexuell hälsa tas upp i utredningssamtalet.

IP3: Alltså ... absolut i de utredningar där vi ... där det är en del av oron eller där sexualiteten omnämns i den anmälan som kommit till oss, då är det en självklarhet ... då är det liksom inte en fråga *om* vi ska göra det utan då gör vi det [...] Är det våld och övergrepp och där är det ju en självklarhet, då öppnar vi direkt och utreder. Och då är ju naturligtvis sexuell hälsa en fråga för oss i vårt ärende. Och då har vi ju en tydligare ingång till att prata om det liksom.

Många av respondenterna uttrycker att de oftare samtalar med tjejer kring sexuell hälsa än vad de gör med killar. Genom att uppmärksamma tjejers sexualitet och risktagande i samband med sexualitet kan det finnas sådant som tyder på att tjejers sexuella hälsa skulle kunna ses som viktigare för respondenterna att tala om, utifrån att tjejer anses vara mer riskutsatta.

IP1: [...] Jag vet inte om det är för att vi liksom är i ett kvinnodominerat yrke och att på något sätt, att man har lättare att relatera till unga tjejer då kanske eller om man tänker att det är de som kanske mer finns i riskzon för att bli utsatta sexuellt eller liksom exploatera sig på internet eller så. Men det är *min* liksom upplevelse och erfarenhet att det är lättare, att vi i större omfattning tar upp det med tjejer än med killar, när vi berör det.

Det finns en antydning bland respondenterna att ta upp samtal om sexuell hälsa utifrån att ungdomen själv börjar prata om exempelvis sina relationer. Flera respondenter uttrycker också att det framförallt är med tjejer som det pratas om de här frågorna. Kopplat till kärleksideologin (Giddens 1992; Häggström-Nordin 2009) och att sexualiteten fortfarande ses som mest legitim om det finns kärlek inblandad, kan detta ses som ett

exempel på när socialsekreterare väljer att prata om de här frågorna. Sexuell hälsa kopplat till kärlek är något som fortfarande ses som det normala. Om en person berättar om sin nya kärlek blir det helt enkelt därför mer naturligt att också prata om sexuell hälsa i samband med den typen av samtal.

A: Tänker du dig att det går ha samtal om sexuell hälsa utan att du har någon direkt oro för det?

IP7: Jo, men det tycker jag nog. Det brukar ofta komma om de berättar att de har en ny pojkvän och så. Då kan man börja prata om att... jaha hur träffades ni och ... hur såg det ut innan och så ... sover ni hos varandra ... och hur gör du för att skydda dig och så...

Idag finns det forskning som tyder på att normen om att det ska finnas kärlek vid sexuella relationer har avtagit bland ungdomar (Hägglund-Nordin 2009). De risker som ungdomar tar vad gäller sin sexuella hälsa är framförallt inte kopplat till att de lever i en relation utan snarare när de inte lever i en relation (Tikkanen et.al. 2011). I UngKab09 (Tikkanen et.al. 2011) var det exempelvis 50 procent av de svarande som angav att de inte använde kondom vid senaste sextillfället och att senaste tillfället var med en ny okänd partner. Det var dessutom så att de som svarade att de inte använde kondom i högre utsträckning var berusade och var yngre än 25 år. Det kan vara problematiskt att utgå ifrån att relationer är en naturlig ingång till att prata om sex, eftersom det finns en risk att missa att prata med de ungdomar som inte har en relation om de inte på något annat sätt antyder om att de vill prata om sexuell hälsa.

5.3 Förebyggande arbete

Ett flertal respondenter föreslår att frågor angående sexuell hälsa skulle kunna bli ett obligatorium i utredningssamtal med ungdomar för att på så sätt kartlägga om det finns ett riskbeteende kopplat till den sexuella hälsan. Vissa menar också att frågor kring sexuell hälsa skulle kunna

fungera som en rent informativ och allmän sondering av om ungdomarna vet vart de kan vända sig om de skulle behöva hjälp med preventivmedel eller annan sexuell rådgivning.

IP4: Alltså, egentligen skulle man ju kunna tänka att det skulle kunna vara ett riskbeteende för vilken ungdom som helst att man måste tänka sig för ... hur man hanterar relationer och sexuellt samliv överhuvudtaget när man är ungdom att det skulle vara någon standardgrej som man går igenom ... men jag tycker inte att. Vi gör det inte så att säga, men man skulle mycket väl kunna ha det som en del av ungdomssamtalen så att säga.

Ovan resonerar en socialsekreterare om hur samtal kring sexuell hälsa med samtliga ungdomar skulle kunna vara en "standardgrej", då ungdomars hantering utav sexuellt samliv och relationer skulle kunna utgöra en risk. Att utgå ifrån att ämnet sexuell hälsa skulle kunna vara en naturlig del utav utredningssamtal med ungdomar med syftet att upptäcka eventuella risker skulle kunna definieras som att socialsekreterare arbetar preventivt. Om socialnämnden efter rekommendationer ifrån socialstyrelsen skulle fatta ett beslut om att införa sexuell hälsa som ett obligatoriskt moment i samtliga utredningssamtal med ungdomar, skulle den typen av insats kategoriseras som en primär prevention. Insatsen skulle då riktas till samtliga ungdomar som kommer i kontakt med socialtjänsten och inte bara till de ungdomar som påvisat ett riskbeteende kopplat till sexuell hälsa (Ohlsson 2001). Att genomföra ett sådan primär preventionsinsats skulle således bli ett sätt att påverka gräsrotsbyråkratens arbete i en viss riktning vilket eventuellt skulle kunna leda till att socialtjänsten bidrar till att arbeta preventivt för att minska risker som gör att ungdomar skadar sin sexuella hälsa (Lipsky 2010). Nedan följer ett citat från en socialsekreterare som berättar att hen utgår ifrån BBIC:s stöddokument som rör sexuell hälsa i utredningssamtal med ungdomar.

IP1: Sen finns det ju ändå i BBIC. Man kan ju lägga det lite utanför ungdomen och inte få det precis som att jag frågar bara dig det här utan mer göra generellt liksom. För i BBIC finns det ju ändå de här checkfrågorna eller vad man ska säga där man kan fråga om, och verkligen lägga det så att “det här frågar jag alla ungdomar som jag träffar har du koll på preventivmedel, använder du det, vet du vart du ska vända dig”, då kommer det mer naturligt så.

S: Använder du dig utav de stöd, det stöddokumentet ofta?

IP1: Ja, ja, det gör jag ganska ofta. Sen tar jag absolut inte med alla frågor, för det är väldigt många checkpunkter så, men det är ett väldigt bra underlag att ha också att man kan fråga lite om saker som kanske ligger lite utanför det man redan vet, men då kanske man får med något annat så. Så att jag tycker ändå att de är bra att använda sig av.

I dagsläget finns det inte något beslut om att samtliga utredningssamtal ska innehålla ämnet sexuell hälsa. Däremot har den enskilda socialsekreteraren själv makten att genom sitt handlingsutrymme själv besluta sig för vad ett utredningssamtal ska innehålla (Lipsky 2010). Genom att ställa dessa frågor till ungdomar utan att hen känner att det finns en oro som är kopplad till just riskbeteende och sexuell hälsa kan definieras som ett preventivt arbetssätt (Ander 2005).

Som tidigare nämnts så talar respondenterna om att samtal kring sexuell hälsa i utredningarna ofta kräver en så kallad “naturlig ingång”, vilket de själva definierar som att anmälan rör just en oro som är kopplat till exempelvis sexuellt utnyttjande.

IP6: Alltså min erfarenhet över lag är nog att vi inte tar upp sexuell hälsa speciellt ofta. Det är också utifrån vad anmälan handlar om och ålder och mognad så klart på barnet. Alltså handlar anmälan om någonting [...] kanske att oftast tjejer då, lägger ut utmanande bilder på sig själv, då är det en väldigt

naturlig grej att prata om just det. Men just det här egenvärdet och självkänslan och det här är min kropp och sådana där saker. Men annars så tror jag ... över lag att man nog inte berör sexuell hälsa så mycket om man inte får indikationer på det från början eller att det kommer upp under tiden liksom.

Att socialsekreteraren talar om att det är naturligare att samtala om sexuell hälsa när det i anmälan finns en uttalad oro kring det området, skulle kunna förstås som att socialsekreterarna i sitt arbete har lättare att hjälpa ungdomar som redan har skapat en problematik eller blivit utsatta för något som medfört att de redan har skadats, snarare än att arbeta preventiv. Skulle socialtjänsten däremot arbeta utefter standardiserade frågor kring området sexuell hälsa, och samtala om ämnet med alla ungdomar oavsett oro i syfte att förebygga rikstagande kopplat sexuell hälsa, så skulle arbetssättet ha en tydligare preventiv ansats (Ander 2006).

IP5: Ja, jag tänker då att man skulle prata om det lite mer informativt då liksom. Att man försöker göra det generellt... ja som, "vi träffar ju många ungdomar ... och vissa vet om var de ska vända sig om de behöver preventivmedel och andra inte så jag tänker att jag säger bara det till dig ..." så skulle man ju kunna lägga upp det ... tänker jag i så fall som mer generellt.

Utav uppsatsens sju respondenter så talar samtliga om att ett obligatoriskt inslag rörande ämnet sexuell hälsa skulle kunna vara en bra strategi för att på så sätt sprida information om exempelvis ungdomsmottagningens verksamhet. Samtidigt är det bara en utav de sju respondenterna som säger att hen gör det med alla ungdomar.

Flera av de respondenter vi pratat med uttrycker också en önskan om ett tydligare samarbete eller samverkan med andra myndigheter och organisationer vad gäller ungdomars sexuella hälsa. Som exempel tar respondenterna upp ungdomsmottagningar och hälso- och sjukvården som möjliga samarbetspartners. Respondenterna menar att det i dagsläget inte

finns ett uttalat samarbete kring just de här frågorna, men flera respondenter uttrycker att ett sådant samarbete skulle kunna gynna de själva kunskapsmässigt, men framförallt ungdomarna då det skulle kunna leda till tydligare arbetsmetoder vad gäller ungdomars sexuella hälsa och eventuella utsatthet i samband med den. Flera respondenter menar också att de skulle vara i behov av mer kunskap och utbildning på området.

IP6: Där skulle det kunna vara mer som att det är dem som kanske utbildar oss tänkte jag säga. Men något mer på det sättet för oftast i de, i 9 av 10 fall där man har samverkansprojekt kring någonting så är det alltid socialtjänsten som informerar och har det tyngsta informationen, som lite som styr det hela. De andra frågar mer. Men här skulle det nog vara tvärt om. Där är det nog lite mer deras hemmaarena som vi hade behövt ta del av. Det tror jag. [...] Det är nog vi som har mycket att lära där mer.

Flera respondenter uttrycker sig på liknande sätt som respondenten i citatet ovan. Samverkansprojekt kring ämnet sexuell hälsa skulle alltså kunna ses som en preventiv insats, där socialtjänsten tillsammans med andra professioner får möjlighet att genom utbildning och projekt, utarbeta ett gemensamt arbetssätt rörande förebyggande insatser riktade till ungdomar (Ander 2005). Tikkanen, Gemzell-Danielsson, Neves-Ekman och Jacobsson (2011) skriver om hur arbetet med preventioninsatser kan se ut för att förebygga STI/HIV och oönskade graviditeter. De har i sina studier funnit att flera av de som tillhör riskgrupperna bland annat är ungdomar, personer som använder alkohol och/eller droger och personer som blivit utsatta för övergrepp. Samma grupper som uppmärksammas i deras studier finns också representerade inom socialtjänstens målgrupp ungdomar. Tikkanen et. al. (2011) menar att det är viktigt att arbeta med kompetensutveckling för flera myndigheter och organisationer som i sitt arbete kommer i kontakt med riskutsatta ungdomar, och socialtjänsten är en av de myndigheterna. Författarna menar att det krävs riktade insatser från dessa myndigheter till de riskutsatta för att på så vis kunna arbeta

ytterligare förebyggande. Olsson (2001) menar att för att prevention ska bli fruktbart är det viktigt att de som är inblandade arbetar åt gemensamma mål. Samverkan kan därmed vara ett bra sätt för att få flera instanser att aktivt arbeta med frågor som rör sexuell hälsa och det preventiva arbetet kan underlättas om flera instanser samtidigt arbetar mot gemensamma mål. Flera av de respondenter vi pratat med har berättat om samverkansmöten som finns mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola, som rör enskilda ungdomar. Dessa möten är exempel på när det skulle vara möjligt att samverka inom flera myndigheter runt specifika ungdomar och på så vis också kunna sätta upp gemensamma mål för just den ungdomen. Dock menar respondenterna att det är mycket ovanligt att den typen av möten handlar om preventionsinsatser utifrån en ungdoms sexuella riskutsatthet. Olsson (2001) menar vidare att det vid samverkan är viktigt att alla inblandade har samma utgångspunkt rörande vad det preventiva arbetet ska handla om och leda till. Om flera instanser ska kunna nå ett fungerande förebyggande arbete måste de tillsammans precisera vad insatserna ska göra och vad de ska leda till.

5.4 Slutsatser

Vi anser att vi genom analys av empirin kunnat besvara uppsatsens frågeställningar och därmed fullgjort studiens syfte. Vi har kunnat ringa in de sammanhang där socialsekreterarna talar om sexuell hälsa med ungdomar. Risker som socialsekreterarna kopplar till sexuell hälsa har belysts och även hur socialsekreterarna utifrån BBIC, idag arbetar förebyggande och hur de anser att de skulle kunna arbeta preventivt för att stärka ungdomar i deras sexuella hälsa. Sammantaget anser vi att vi genom resultatet belyser hur socialsekreterare kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar. Vi har även synliggjort vilket utrymme ämnet idag har i socialsekreterarnas utredningar.

Sexuell hälsa är ett ämne som socialsekreterarna inte ser som något naturlig inslag i utredningssamtalet med ungdomar. I de flesta sammanhang då ämnet berörs så är det då det finns en oro kring den

sexuella hälsan och att den oron framkommit redan av anmälan eller ansökan. Vi har med hjälp utav Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrati analyserat empirin och kunnat identifiera att socialsekreterarnas fria handlingsutrymme medför att utredningens innehåll blir avhängigt den enskilda socialsekreterarens bedömning om vad som bör inrymmas i utredningen. Detta innebär även att de också väljer bort vissa delar. Flera respondenter säger att anmälsans art och den oro som finns i varje enskilt ärende är avgörande vad gäller val av behovsområden i utredningen. Resultatet visar att respondenterna använder sig utav BBIC i sitt utredningsarbete. Endast en respondent använder dock frågorna som rör sexuell hälsa i BBIC:s stöddokument. Några uppger att de använder stöddokumentet som en inspirationskälla genom att uppdatera sig på vad man skulle kunna fråga om. Hälsa ses av respondenterna som ett behovsområde som oftast fokuseras i utredningssamtal oavsett vad anmälan eller ansökan gäller. Däremot utesluts området sexuell hälsa i de flesta fall.

I analysen har vi kunnat se att flera av respondenterna använder sig av en så kallad problemkoncentrering vid utredningsarbetet.

Problemkoncentrering definieras utav Stattin och Andershed (2002) som att det primära riskbeteendet fokuseras. Forskning (t.ex. Lindroth 2013) visar på att ett riskbeteende sällan står ensamt, och att ett riskbeteende kan generera andra riskbeteenden. Ett i forskningen vanligt förekommande exempel på detta handlar om missbruk och att ge sexuella tjänster mot droger. Konsekvenserna av att endast fokusera på ett problem kan då innebära att annan problematik missas hos den aktuella ungdomen. Det finns dock en respondent som uppmärksammar just detta, och menar att det förekommer att framförallt unga tjejer ger sexuella tjänster i utbyte mot droger. Respondenten menar dock att det är svårt att få ungdomar att prata om detta då det finns en rädsla för eventuella konsekvenser från socialtjänstens sida i form av placering utanför hemmet. Det som komplexiteten i rollen som socialsekreteraren i egenskap av gräsrotsbyråkrat besitter, kan i utredningssammanhang utgöra ett hinder för en korrekt kartläggning av klienters behov.

Resultatet visar att respondenterna i hög utsträckning har en vilja att prata mer med ungdomar om sexuell hälsa, vilket de flesta menar att de idag inte gör. En av respondenterna gör detta i dagsläget, genom att använda sig av de fördjupningsfrågor som finns i BBIC:s stöddokument.

Respondenten menar att frågorna som berör sexuell hälsa kan användas i utredningssamtalet som generella frågor som ställs till alla ungdomar i syftet att få svar på vilken kunskap ungdomar har kring ungdomsmottagning, preventivmedel och vart de kan vända sig för att få stöd i de här frågorna. Respondenten menar också att de generellt ställda frågorna kan ge en öppning för ungdomar och visa att de här frågorna är talbara hos socialtjänsten.

Uppsatsens respondenter menar att det på grund av tidsbrist är svårt för de att få in de här frågorna på ett naturligt sätt i sitt utredningsarbete i dagsläget. De har dock alla liknande idéer om att det skulle kunna vara möjligt att prata med ungdomar om sexuell hälsa som en generellt hållen frågeställning och/eller som informationsfrågor. Genom det skulle socialsekreterarna kunna göra en preventiv insats för att stärka ungdomars sexuella hälsa.

6 Avslutande diskussion

I den avslutande diskussionen kommer vi att väva samman de resultat vi fått fram genom vår analys tillsammans med våra reflektioner. Det vi inledningsvis vill påpeka återigen är att de svar vi fått inte på något sätt är objektiva, men att de ändå gett oss inblick i hur socialtjänsten kan hantera frågan om ungdomars sexuella hälsa och att det kan vara av stor vikt att fortsätta utforska frågan.

Mycket av den forskning vi hittat rörande ungdomar och sexuell hälsa utgår ifrån olika riskbeteenden som kan kopplas till sexualiteten. Flera författare lyfter upp att en stor del av riskbeteendet är kopplat till att

ungdomar inte använder skydd vid sexuella relationer (Lindroth 2013; Tikkanen et. al. 2011; Marston & King 2006). Forskningen vi läst tar också i stor utsträckning upp att ungdomar utsätter sig för sexuella risker när de redan är utsatta för andra risker, så som att ha druckit alkohol eller använt droger (Lindroth 2013; Myers & Milner 2007). Trots det visar det sig att ungdomar i många fall är medvetna om de sexuella riskerna de tar, men att de anser att de positiva delarna av risktagandet väger över de negativa genom att de i utbyte mot sex får närhet, bekräftelse och en känsla av att känna sig behövd (Lindroth 2013; Marston & King 2006).

I analysen framkommer det att flera av socialsekreterarna uttrycker att deras uppdrag inte innefattar att samtala med ungdomar om sexuell hälsa, trots att det finns med som ett fördjupningsområde i BBIC:s stöddokument. Frågan är om detta beror på att respondenterna inte tycker att dem är tillräckligt bra, och att det därför inte upplevs vara något stöd, eller om det är så att socialsekreterare inte vet hur dem kan användas. Vi har under uppsatsen inte tittat på den BBIC-utbildning som socialsekreterare ska genomgå för att kunna arbeta utefter BBIC, men det skulle kunna vara så att den inte tillräckligt belyser hur stöddokumentet kan användas, kanske särskilt utifrån sexuell hälsa. De stöddokument som finns i fördjupningsteman i BBIC är inte utformade som frågor utan mer som just teman för att ge exempel på möjliga områden att samtala om. Respondenterna uttrycker att de i väldigt liten utsträckning, eller inte alls använder dokumenten och det skulle kunna vara en anledning till att ämnet helt enkelt inte tas upp alls. Flera respondenter menar att sexuell hälsa är ett känsligt ämne att prata om och att det också kan vara att trampa ungdomarna på tårna och kränka deras integritet genom att prata om det. Samtidigt har vi i den tidigare forskningen sett att i flera studier som bygger på samtal med ungdomar, har ungdomarna uttryckt att de önskar mer samtal med vuxna om just de här frågorna (Freedman et.al. 2005; Lindroth 2013). Forskningen har också uppmärksammat att ur preventiv synvinkel har just samtal med ungdomar större förebyggande effekt än vad exempelvis kondomkampanjer har, för att förebygga STI/HIV (Marston & King 2006; Tikkanen et. al. 2011). Genom att inte ta

upp de här frågorna med ungdomar finns det risker att missa viktiga delar av utvecklingen som ungdomar går igenom i tonåren (Christiansson 2009). Respondenter hänvisar också till att det är skolans och ungdomsmottagningens ansvar att prata om sexuell hälsa, och menar att de kan tänka sig att (och i vissa fall redan gör) hjälpa ungdomen att få en kontakt med ungdomsmottagning. Det vi uppmärksammar är dock att flera respondenter uttrycker att samtal om sexuell hälsa endast är något som är möjligt att ha när kontakten pågått en längre tid och en relation redan etablerats. Det finns också en motstridighet i att säga sig vara beredd att koppla vidare till ungdomsmottagning om det behövs eftersom de flesta respondenter berättar att de inte pratar om sexuell hälsa och därmed inte har någon oro som skulle ge skäl att hänvisa ungdomar till ungdomsmottagningen.

Flera respondenter ger uttryck för att det är viktigt att inte utreda mer än nödvändigt och att det är vad anmälan/ansökan gäller som ska utgöra grund för utredningen. Att det förhåller sig på det viset är av stor vikt, socialsekreterare ska inte utreda av egen nyfikenhet, men att vara nyfiken på den ungdomen som sitter framför en, och ta reda på riskbeteenden som kan vara kopplade till anmälan, kan vara viktigt för att inte missa risker som en ungdom kan tänkas utsätta sig eller bli utsatt för. Genom att socialsekreterare i så liten utsträckning pratar om sexuell hälsa och vad det innebär, med ungdomar finns möjligheten att se det som att socialsekreterarna bidrar till att förstärka ungdomarnas riskbeteende. Ungdomen som är beroende av olika typer av droger kanske är högst medveten om den risken hen utsätter sig för genom att ge sex mot droger. Om socialsekreteraren då inte pratar med ungdomen om förhållandet mellan missbruk och sexuell hälsa skulle det kunna bidra till att just beteendet sexuella tjänster för droger ytterligare normaliseras eftersom den vuxna inte ifrågasätter just detta.

Något som vi funnit särskilt intressant i vår empiri är att flera av socialsekreterarna dels berättar just detta som vi skrivit ovan, att de inte ska utreda mer än nödvändigt, samtidigt menar de flesta att BBIC:s

behovsområde hälsa nästan alltid finns med i utredningen oavsett vad anmälan eller ansökan handlar om. Flera respondenter berättar att behovsområdet hälsa tas med av anledningen att ”inte missa något”. Socialstyrelsen har också varit tydlig med att behovsområdet hälsa är viktigt att ta med i utredningssammanhang eftersom det visat sig att många risker tidigare missats på grund av att området inte behandlats i utredningar (Socialstyrelsen, 2013). Det som gör att vi höjer på ögonbrynen här har att göra med att den sexuella hälsan i BBIC:s stöddokument hamnar under just behovsområdet hälsa men att den sexuella hälsan i princip aldrig tas upp, varken i den färdiga utredningen eller som en del av utredningssamtalet (om inte anmälan/ansökan rör just den sexuella hälsan). Flera författare till den forskning vi har integrerat i uppsatsen menar att ungdomar har ett stort behov av att få prata om sexuell hälsa med vuxna och att de inte får tillräckligt med den typen av samtal via skolan (Freedman et. al. 2005; Myers & Milner 2007). Ungdomsåren är en tid som präglas av sökande och formande av sin identitet, och en viktig del av det har att göra med den sexuella hälsan (Christiansson 2009). Myers och Milner (2007) menar också att frågor som har att göra med sexuell hälsa är viktigt för att hela hälsan ska kunna främjas, och att sexuell hälsa inte kan ses som en fristående del från den övriga hälsan.

Många av våra respondenter menar att det finns andra instanser i samhället som har bättre sakkunskap och förutsättningar att prata med ungdomar om sexuell hälsa. Som exempel på det tar respondenterna upp skola och ungdomsmottagning. Utifrån det Ohlsson (2001) beskriver om prevention, förstärks det förebyggande arbetet om det bedrivs från olika håll samtidigt, med gemensamt uttryckta mål. Att även socialtjänsten skulle fokusera på ämnet sexuell hälsa i utredningssamtal med ungdomar, skulle därigenom kunna vara en del av den nationella handlingsstrategi som regeringens proposition 2005/06:60 lyft fram. Att skola och ungdomsmottagning arbetar preventivt för att stärka ungdomars sexuella hälsa utesluter inte att även socialtjänsten skulle kunna ingå i den satsningen. Då socialsekreterare är en profession som i sitt arbete kommer i direktkontakt

med de ungdomar som enligt bland annat Lindroth (2013) påvisar ett riskbeteende och därigenom tar fler sexuella risker än andra ungdomar i samma ålder, skulle det preventiva arbetet kunna utökas ytterligare genom att integrera även denna yrkeskår i det tvärprofessionella arbetet som betonas i Socialstyrelsens handlingsplan.

Intressant är att en överhängande del utav respondenterna påtalar att de inte ska utreda mer än nödvändigt, och att sexuell hälsa är ett ämne som de inte ser som ett naturligt inslag i utredningssamtalen. Samtidigt är samma respondenter positiva till, och föreslår för egen del, att frågor som rör sexuell hälsa skulle kunna utgöra ett obligatoriskt moment i samtliga utredningssamtal genom att använda sig av standardiserade frågor. Dessa två resonemang kan ses som motstridiga, å ena sidan inte utreda mer än nödvändigt och å andra sidan ha med frågorna som en obligatorisk grund. Socialtjänstens praxis sitter djupt rotad i socialsekreterarnas sätt att använda sitt handlingsutrymme på. Om dessa standardiserade frågor skulle komma som ett direktiv ovanifrån skulle det kunna vara ett sätt att legitimera ämnet sexuell hälsa inom socialtjänsten. Vi tror att det är just en sådan uppmärksamhet som krävs för att socialsekreterare ska ge mer fokus åt ämnet, och därmed kunna bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar.

I analysen har vi fått syn på att det är socialsekreterarens fria handlingsutrymme som avgör vad som berörs i varje utredning. Hur klientens behov formuleras är avhängigt socialsekreterarens uppfattning och ideologiska föreställningar om hur olika problem uppstår, och vad som krävs för att avhjälpa problemen. I resultatet går det att se att i de fall då ämnet sexuell hälsa tas upp av respondenterna är då det finns en oro. I de fall där respondenterna känner en oro för en klients sexuella hälsa rör det sig uteslutande om tjejer. Om socialsekreterare har en inställning till att de som utsätter tjejer för sexuella risker är killar, skulle ett mer jämställt fokus kunna bidra till ett preventivt arbetssätt genom att även prata om sexuellt risktagande med killar. Att prata om sexuell hälsa kan innebära att man pratar med individen om riskbeteende kopplat till

individens egna sexuella hälsa, men även riskbeteenden kopplat till att utsätta andra för sexuella risker.

Vi kan förstå socialsekreterarnas problemkoncentrering, när de väljer att fokusera på det som anmälan/ansökan primärt gäller, utifrån deras begränsade resurser. Problemkoncentreringen kan dock leda till att man missar att ha ett helhetsperspektiv på klienten. Respondenterna har lättare att se att riskbeteendet ”dåligt umgänge” kan leda till riskbeteenden så som skolk, missbruk och kriminalitet, men de har svårare att se hur riskbeteendet missbruk kan leda till sexuellt risktagande.

Under tiden som vårt uppsatsarbete har pågått har Socialstyrelsens nya reviderade utformning av BBIC börjat ta form och den förväntas vara färdig att börja användas under hösten 2015. I det nya BBIC ska det initialt göras en risk- och skyddsbedömning av varje barn eller ungdom, utifrån faktorer som misstänks kunna leda till framtida psykosociala problem (Socialstyrelsen 2015). Vi tror dock inte att det är själva utformningen utav manualen i sig, utan vilka områden som kopplas till manualen och vilken legitimitet de får som är avgörande för huruvida ämnet sexuell hälsa får ett utrymme i utredningar. För att ämnet sexuell hälsa ska få ett större utrymme och bli talbart i utredningssamtal, så tror vi att det krävs att strålkastare riktas mot ämnet. Socialsekreterare behöver bli påmind om att sexuell hälsa är en mänsklig rättighet (Mänskliga rättigheter 2015) och ämnet behöver ges större utrymme i utredningssamtalen, för att socialsekreterare ska kunna bidra till att främja ungdomars sexuella hälsa.

Mot bakgrund av att vi i resultatet av analysen sett att ämnet inte ägnas stort utrymme i utredningssamtal anser vi att socialtjänsten borde integreras i den utav Socialstyrelsen utformade handlingsplan, som vi i inledningen nämnde. Därigenom skulle socialtjänsten kunna samverka med hälso- och sjukvård och skola, som en nationell strategi, för att utveckla det preventiva arbetet med målet att stärka ungdomars sexuella hälsa och minska smittspridning av STI/HIV.

6.1 Förslag till vidare studier

Under uppsatsens gång har frågor väckts om hur BBIC-utbildningen som kommunerna får utav Socialstyrelsen, fokuserar på de olika stöddokumenterna som inryms i manualen. Ett förslag till vidare forskning är att fokusera på de som tillhandahåller utbildning för kommunerna. Vad har de för fokus på ungdomars sexuella hälsa? En möjlig väg för att göra socialsekreterare uppmärksamma på ämnet skulle kunna vara att ha fokus på den sexuella hälsan i denna utbildning.

Självklart skulle också ett brukarperspektiv vara intressant att studera. Genom att fråga ungdomar som har varit kontakt med socialtjänsten om hur de upplever att det är att få frågor utifrån BBIC olika behovsområden, och då i synnerhet utifrån sexuell hälsa. Vilka erfarenheter har ungdomar av att prata om sexuell hälsa i utredningssammanhang och framförallt vilken inställning har de till att socialsekreterare berör ämnet.

Så här avslutningsvis har vi kommit fram till att det fortfarande finns en fråga som vi inte har fått svar på. På vad bygger socialsekreterarna sin föreställning om att ungdomar inte vill prata med de om sexuell hälsa? Vi tror att oviljan att trampa någon på tårna eller kränka någons integritet egentligen är argument som snarare är ett uttryck för att det finns en rädsla och ett slags tabu om att samtala om sex, och att det är det som socialsekreterarna känner. Ska en sådan rädsla verkligen få vara avgörande för huruvida ungdomars sexuella hälsa ägnas fokus? Vad som ligger bakom ämnets tabu skulle kunna vara en annan intressant uppsats.

Antal ord: 21 343

7 Referenslista

Ander, B. (2005). Att komma för tidigt - förebyggande ungdomsarbete. I B, Andrer., M, Andersson., K, Jordevik., & A, Leisti. (Red.), *Mötet i mellanrummet - socialt förebyggande arbete med ungdomar*. Stockholm: Gothia förkag.

Beck-Gernstein, E. (2002). *Reinventing the Family. In Search of New Lifestyles*. Malden, MA: Polity Press.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Christiansson, M. (2009). Konstruktion av kön och risk bland unga kvinnor och män som hiv-testar sig. I E, Häggström-Nordin. & C, Magnusson. (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.

Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken: relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber.

Engdal, O. & Larsson, B. (2006). *Sociologiska Perspektiv. Grundläggande begrepp och teorier*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Sexualitet och reproduktiv hälsa*. Hämtad 2015-03-10, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/halsa-och-sexualitet/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/>

Forsberg, M. (2007). *Brunetter och Blondiner. Sex, relationer och tjejer i det mångkulturella Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

FOU i väst/GR. Hallén, A.H., & Färdig, P. (2006). *Att bemästra missbruk hos ungdomar*. Göteborg: PR- Offset.

Freedman, D., Salazar, L.F., Crosby, R.A. & DiClemente, R.J. (2005). Environmental barriers to HIV prevention among incarcerated adolescents: a qualitative assessment. *Adolescence*, 40 (158), 333-343.

Frisén, A. (2006). Kropp, utseende och sexualitet. I A, Frisé., & P, Hwang. (Red.), *Ungdomar och identitet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Giami, A. (2002). Sexual Health: The Emergence Development and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, 13 (1), 1-35.

Giddens, A. (1990/1996 på svenska). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur

Giddens, A. (1992). *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.

Grander, A. (2013). *Unga risktagande. En kartläggning av socialtjänstens arbete kring unga risktagande och sexualitet*. Malmö: Malmö stad.

Häggström-Nordin, E., Magnusson, C., & Berg, L. (2009). Inledning. I E, Häggström-Nordin., & C, Magnusson. (Red.), *Ungdomar, sexualitet och relationer*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lalos, A., Blom, B., Morén S., & Olsson, M. (2014). *Socialt arbete i hälso- och sjukvård. Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod. I S, Larsson., J, Lilja., & K, Mannheimer. (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

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

Lipsky, M. (2010). *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Löof, D. (2005). Informationssökning. I S, Larsson., J, Lilja., & K, Mannheimer. (Red.), *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Marston, C., & King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Department of Public Health and Policy*, 368, 1581-1586.

Myers, S., & Milner, J. (2007). *Sexual Issues in Social Work*. Bristol: Policy Press.

Mänskliga rättigheter, regeringens webbplats om mänskliga rättigheter. (2015). *Sexuell och reproduktiv hälsa*. Hämtad 2015-04-21, från <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr>

Ohlsson, B. (2001). *Drogförebyggande arbete. En handbok*. Svenska kommunförbundet.

Olofsson, A., & Rashid, S. (2009). Introduktion. I A, Olsson., & S, Öhman. (Red.), *Risker i det moderna samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

- Prop. 2005/06:60. *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*. Tillgänglig:
<http://www.regeringen.se/sb/d/5692/a/55679>
- RFSU. (2010). *Berör sexualitet i socialt behandlingsarbete*. Tillgänglig:
<http://www.stat-inst.se/Documents/projekt/prostitution-och-manniskohandel/slutrapport-bilaga-prostitution-och-manniskiohandel-for-sexuella-andamal.pdf>
- RFSU. (2015). *Könssjukdomar och hiv*. Hämtad 2015-03-11, från
<http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Konssjukdomar-och-hiv/>
- RFSU. (2015). *Vad betyder SRHR*. Hämtad 2015-03-09, från
<http://www.rfsu.se/sv/Sex-och-politik/Vad-betyder-SRHR/>
- Sahlin, I. (1992). *Ungdomsprojekt. Retorik och praktik*. BRÅ-PM 1992:1.
- Sannerstedt, A. (2008). Implementering - hur politiska beslut genomförs i praktiken. I B, Rothstein. (Red.), *Politik som organisation - Förvaltningspolitikens grundproblem*. Stockholm: SNS Förlag.
- SFS 1990:52. *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:800. *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Skolverket. (2011). *Lärplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011*. Hämtad från
<http://www.skolverket.se/publikationer?id=2575>
- Socialstyrelsen. (2009). *Nationell handlingsplan för klamydiaprevention – med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2014*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-180>
- Socialstyrelsen. (2011). *Formulär och stöddokument. Barns behov i centrum*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2013). *Barns behov i centrum. Grundbok BBIC*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Tillgänglig:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2>.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nya BBIC ger bättre och tydligare stöd*. Hämtat 2015-04-21, från
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015februari/nyabbicgerbattreochtydligarestod>

Stattin, H., & Andershed, H. (2002). Psykologiska, neuropsykologiska och biologiska faktorer - betydelse för utveckling av sociala anpassningsproblem. I A, Meeuwisse., & H, Swärd. (Red.), *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården – en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, K., Johnsson, E., & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme - utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Swärd, H., & Starrin, B. (2006). Makt och socialt arbete. I A, Meeuwisse., S, Sunesson., & H, Swärd. (Red.), *Socialt arbete - en grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.

The National Archives. (2015). *About the Integrated Children's system*. Hämtat 2015-03-06, från <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20091223141128/dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/integratedchildrenssystem/abouttheintegratedchildrenssystem/about/>

Thomassen, M. (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis. Introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö:Liber.

Tikkanen, R.H., Abellsson, J. & Forsberg, M. (2011). UngKAB09. *Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*. (Skriftserien 2011:1). Göteborg: Göteborgs universitet.

Tikkanen, R. H., Gemzell Danielsson, K., Neves Ekman, G., & Jacobsson, E. (2011). *Sexuell hälsa i Stockholms län*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

Vetenskapsrådet. (odaterad). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab.

Wall, E. (2009). Annorlunda ungdomar? I A, Olsson., & S, Öhman. (Red.), *Risker i det moderna samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2015). *Health topics. Sexual health*. Hämtad 2015-03-11, från http://www.who.int/topics/sexual_health/en/

Öhman, S. (2009). Teorier om risksamhället. I A, Olsson., & S, Öhman. (Red.), *Risker i det moderna samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Ödman, P.-J. (1979). *Tolkning förståelse vetande - Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Bilaga 1 - Informationsmail

Hej,

Vi heter Anna Nilsson och Sandra Nyberg och läser sjätte terminen på socionomprogrammet vid Göteborgs universitet. Under vårterminen ska vi skriva vår C-uppsats (kandidatuppsats).

Vår uppsats handlar om hur socialsekreterare samtalar om sexuell hälsa med ungdomar vid utredningsarbete.

Vi vill bland annat undersöka huruvida BBIC- manualen utgör ett stöd för att få en ingång till frågor som rör ungdomars sexuella hälsa.

Målet med studien är bland annat att skapa fördjupad kunskap kring hur samtal med ungdomar kring sex och sexualitet kan vara en hälsofrämjande faktor i utredningsarbetet. Vi vill alltså inte enbart belysa problematiska sexuella erfarenheter (såsom exempelvis sexuellt våld eller sexuellt överförbara infektioner, STI), utan snarare få syn på vilka positiva effekter en upplevd hälsosam sexualitet kan ha på individen.

För att genomföra studien skulle vi behöva genomföra intervjuer med socialsekreterare, vilka i sitt arbete kommer i kontakt med ungdomar. Vi skulle vara väldigt tacksamma om du vill vidarebefordra detta mail till din arbetsgrupp och be dem kontakta oss.

I vårt arbete utgår vi ifrån vetenskapsrådets forskningsetiska principer. Alla som medverkar kommer att vara helt anonyma. Vi kommer inte heller att skriva ut vilket socialkontor eller stadsdelsnämnd som vi har inhämtat information ifrån.

Ansvarig handledare i uppsatsarbetet från Göteborgs Universitet är Maria Söderberg.

Med Vänliga Hälsningar
Anna Nilsson och Sandra Nyberg

Våra kontaktuppgifter

Anna Nilsson
Telefonnummer: XXXXX
Mail: XXXXXX

Sandra Nyberg
Telefonnummer: XXXXX
Mail: XXXXX

Maria Söderberg (handledare):
Mail: XXXXX

Bilaga 2 - Missiv

Informationsbrev inför intervjuer

Hej!

Vi heter Anna Nilsson och Sandra Nyberg och vi är studenter på socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet. Under våren 2015 skriver vi vår kandidatuppsats. Uppsatsens syfte är att undersöka hur socialsekreterare kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar. Vi vill också undersöka huruvida BBIC-manualen utgör ett stöd i utredningsarbetet när det handlar om samtal om sexuell hälsa med ungdomar.

För att samla in information vänder vi oss till socialsekreterare som är verksamma inom utredning med barn och unga. Vi vill genomföra individuella intervjuer. Du som medverkar kommer att vara helt anonym och vi kommer använda oss av fingerade namn i uppsatsen. I den färdiga texten kommer det heller inte att framgå vilket socialkontor som medverkar eller andra uppgifter som kan äventyra anonymitet och konfidentialiteten. Medverkan i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta din medverkan.

För lättare hantering av materialet kommer intervjuerna att spelas in och sedan transkriberas. Det inspelade och transkriberade materialet kommer att raderas och förstöras så snart uppsatsen är godkänd. Ursprungsmaterialet kommer endast vara tillgängligt för oss som skriver uppsatsen samt för vår handledare på Göteborgs Universitet.

När uppsatsen är färdig och betygsatt kommer vi att skicka ett exemplar till dig som medverkat. Om du har frågor om intervjun är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Undersökningen kommer att genomföras av:
Anna Nilsson, Mail
Sandra Nyberg, Mail
(socionomstudenter, Göteborgs Universitet)

Ansvarig handledare för uppsatsen:
Maria Söderberg
Institutionen för Socialt arbete
Göteborgs Universitet
Box 720
405 30 Göteborg
Kontakt:

Tack för din medverkan!

Samtyckesformulär

Härmed bekräftar jag mitt samtycke till att delta i studien.

Jag har erhållit muntlig och skriftlig information angående intervjustudien vars syfte är att undersöka hur socialsekreterare kan bidra till en hälsobefrämjande sexuell hälsa för ungdomar.

Alla personuppgifter samt inspelningen av intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Jag har haft möjlighet att ställa frågor och är medveten om att jag när som helst har möjlighet att avbryta mitt deltagande.

Ort

Datum

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Bilaga 3 - Intervjuguide

1. Använder du BBIC i utredningsarbetet med ungdomar, om inte, vad använder du istället?

2. I vilka sammanhang tar du upp behovsområdet ”hälsa” i samtal med ungdomar?

3. I vilka utredningar upplever du att det är vanligt att ta upp sexuell hälsa i samtal med ungdomar (ex. kan lagrum spela roll (LVU/SoL?))?

4. Hur brukar du använda dig av frågorna i BBIC:s stöddokument som handlar om sexuell hälsa? Om ej, ta reda på varför.

5. Vilka riskbeteenden brukar du och ungdomen prata om? (Hur kan det skilja sig beroende på om personen är tjej/kille/transperson).

Ställer du olika typer av frågor beroende på kön?

Finns det frågor som bara används till tjejer resp. killar?

6. Hur talar du om riskbeteende kopplat till sexuell hälsa?

Ställer du olika typer av frågor beroende på kön?

Finns det frågor som bara används till tjejer resp. killar?

7. Det finns studier som pekar på att ungdomar tar fler risker i samband med att de använt alkohol/droger – vad tänker du om

det?

8. Hur skulle du kunna prata om sexuell hälsa även om du inte ser någon risk?

9. Hur brukar du prata om preventivmedel, graviditet och/eller STI med ungdomen?

10. Vilka skillnader skulle du kunna göra för att stärka ungdomarna och deras sexuella hälsa?

11. Händer det att ungdomar själva tar upp frågor eller vill samtala kring sexualitet/sex/sexuell hälsa?

12. Vilken typ av kompetensutveckling skulle du vilja ha?

13. Hur brukar ämnet om ungdomars sexuella hälsa hanteras under metodhandledning

14. Har det hänt att du i en utredning har känt att du egentligen vill ställa frågor om ungdomens sexuella hälsa men inte gjort det p.g.a. bristande kunskap på området?

15. Har det hänt att du i en utredning har känt att du egentligen vill ställa frågor om ungdomens sexuella hälsa men inte gjort

det p.g.a. att det känns privat?

16. Hur ser samverkan med andra professioner ut inom just området sexuell hälsa?

Hur skulle det kunna se ut?