



Fakulteten för Hälsa, natur- och teknikvetenskaper

Institution för Hälsovetenskaper

***Behov av kunskap och handledning hos personal som arbetar med
ensamkommande ungdomar i kunskapsområdet sex- och samlevnad samt
utvärdering av en utbildningsinsats***

Brian Unis, leg sjuksköt. filosofie master, univ. adjunkt

Christina Sällström, med.dr., univ. lektor

Januari 2014

Innehåll

Bakgrund	1
Syfte	4
Studiens kontext	4
Metod	5
Urval.....	5
Datainsamlingsmetod	6
Genomförande.....	7
Resultat.....	8
Presentation utav deltagarna i kartläggningsstudien	8
Personalens uppfattning om sitt ansvar i att samtala med ungdomar om hälsofrågor.....	10
Personalens uppfattning om vikten av olika kunskapsområden för det egna arbetet	12
Personalens skattning av sina kunskaper inom kultur och sex- och samlevnad.....	15
Personalens behov av fortbildning och handledning	19
Personalens attityder till sex- och samlevnad.....	20
Uppföljning av utbildningsinsatsen:.....	22
Utbildningsdagens innehåll	22
Presentation utav deltagarna i utvärderingsstudien	23
Utvärdering av utbildningsdagen	23
Utvärderingen maj 2013	23
Utvärderingen efter 6 månader	24
Slutsatser	25
Utvärdering av utbildningsdagen	27
Referenser.....	29
Bilaga 1	31
Bilaga 2	33

Bakgrund

Varje år kommer det ett stort antal barn och ungdomar utan sina familjer till Europa från olika delar av världen. Ensamkommande barn och ungdomar söker sig bort från sina hemländer p.g.a. förföljelse, krig och våld; i familjen eller i samhället. De vanligaste orsakerna till att barn och ungdomar kommer ensamma är att de saknar en eller båda föräldrar, eller har flytt svåra familjeproblem. Förlust av nära anhöriga kan för ungdomarna orsaka fattigdom, brist på utbildning och brist på skydd från familjen (Brendler-Lindqvist, 2004). Av de ensamkommande ungdomar som fick uppehållstillstånd mellan 2007 och 2010 var det tio procent vars föräldrar eller syskon kom till Sverige med asylskälet anknytning enligt statistik framtagen av Migrationsverket (Migrationsverket, 2012).

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet ensamkommande barn. En definition från FN (rapport 2001) är ”Ett ensamkommande barn är en person under 18 år som är åtskild från båda sina föräldrar eller från en person som enligt lag eller sedvana har det primära ansvaret för barnet”. Det finns en definition inom EU (1997) som lyder ”medborgare i tredje land, som är yngre än arton år och som anländer till medlemsstaternas territorium utan att vara i sällskap med en vuxen som enligt lag eller sedvana ansvarar för dem och så länge de inte faktiskt tas om hand av sådan person” (Ds 2004:54).

European Migration Networks (EMN, 2011) statistik visar att ca 10 700 ensamkommande minderåriga har sökt asyl i EU-länder under 2010. Antalet ensamkommande barn och ungdomar som kommer till Sverige har ökat de senaste sex åren (2004-2010) från drygt 300 till nästan 2 400 barn och ungdomar. Majoriteten av de ensamkommande barnen var mellan 15 – 17 år och de flesta var pojkar, 16 % var flickor. De kommer från många olika länder men ca 70 % av de barn och ungdomar som har sökt asyl i Sverige de senaste två åren kommer från Afghanistan och Somalia (Migrationsverket, 2012).

En lagändring gjordes 2006 för att förbättra mottagandet av ensamkommande barn och ungdomar (Hessle, 2009). Ansvaret för ensamkommande barn och ungdomar delas av flera olika myndigheter som samverkar. De myndigheter som ingår är Migrationsverket, kommuner, landsting, länsstyrelser och Socialstyrelsen. När ett ensamkommande barn anländer tar Migrationsverket emot och prövar barnets ansökan om asyl. Migrationsverket utser också ett offentligt biträde, gör eventuellt åldersbedömningar, efterforskar barnets familjemedlemmar och handlägger frågor som rör ekonomiskt bistånd till barnen. Sedan anvisar Migrationsverket barnet till en kommun som tar över ansvaret för de ensamkommande barnen och ungdomarna. Kommunens ansvar omfattar att utreda barnets behov, bestämma insatser och placering för HBV hemt. Kommunen har även ansvar för att utse en god man för barnet och att barnet får skolundervisning. Landstingets ansvar är att sörja för att ensamkommande barn får tillgång till samma hälso- och sjukvård som övriga barn i Sverige får, vilket inkluderar barnpsykiatrisk vård och tandvård. Socialstyrelsen och länsstyrelserna har ett ansvar för tillsyn (Hessle, 2009).

Ensamkommande barn och ungdomar hamnar i en utsatt situation och kan därmed riskera att fara illa (Brendler-Lindqvist, 2004). Det finns risker för att bli ekonomiskt utnyttjade och sexuellt exploaterade, bli negligerade, bli avvisad av närstående personer i det nya landet eller få ett mottagande i det nya landet som inte är anpassad till barn och ungdomar. Den första tiden efter att de anländer till Sverige är en kritisk period för de ensamkommande barnen och ungdomarna. De är i en fas som kännetecknas av desorientering i mötet med det nya landet, och dess språk, kultur, regler och livsstil. Svåra psykiska symtom är vanliga hos många av de ensamkommande barnen som till exempel sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, aggressionsutbrott, depressioner, suicidförsök och psykoser. Orsaker till den psykiska ohälsan kan vara relaterad till trauma som barnen har utsatts för innan de kom till Sverige. En annan orsak kan vara den långa väntatiden innan de får besked om asylansökan. Ibland kan kulturella skillnader mellan barnen från olika länder leda till konflikter mellan ungdomarna på HBV hem (hem för vård och HBV hem) (Brendler-Lindqvist, 2004).

Gruppen ensamkommande barn och ungdomar behöver stöd, hjälp och skydd från vuxna. För personal som arbetar med gruppen ensamkommande barn och ungdomar innebär arbetet att personalen i många fall går igenom en process. Processen består av tre faser enligt Brendler-Lindqvist (2004) med hinder kopplat till språk, kultur och hinder i form av ett psykologiskt motstånd mot att ta del av ungdomarnas traumatiska erfarenheter. Beträffande de kulturella skillnaderna mellan personalen och ungdomarna är skillnaderna stora och det kan uppstå en förvirring om olika kulturella koder. Det som är särskilt tydligt är att ungdomarna som kommer från andra kulturer brottas med olika värderingar och attityder då de ska forma sin egen identitet. Värderingarna kan handla om kön, sexualitet, traditioner, politik och samhället (Brendler-Lindqvist, 2004).

En trygg och säker sexualitet är en viktig grund för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Människor med en annan etnisk bakgrund kan vara mera utsatta än andra för faktorer som kan leda till en sämre sexuell och reproduktiv hälsa. En medveten ambition att främja individens egen identitet och självkänsla, saklig information om sexualkunskap och en ökad förmåga att hantera relationer har betydelser för att förebygga hälsorisker förknippad med sexuellt beteende (Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Sveriges riksdag har utarbetat en nationell strategi för hivprevention och sexuell hälsa, proposition 2005/06:60, *Nationell strategi mot hiv/aids och viss andra smittsamma sjukdomar*. Viktiga nyckelaktörer i det förebyggande arbetet är hälso- och sjukvården, skolan/utbildningssystemet, ideella organisationer och andra myndigheter. Sedan juli 2010 har Smittskyddsinstitutet uppdraget att samordna det förebyggande arbetet mot HIV och STI nationellt. För arbetet ansvarar Enheten för hivprevention och sexuell hälsa (Smittskyddsinstitutet, 2011). Skolor har unika möjligheter att nå nyligen invandrade ungdomar med hälsoundervisning. Tidig undervisning om hälsa innan ungdomarna assimileras i det nya landets kultur kan förhindra att ungdomarna lägger till sig med riskbeteenden som förekommer hos ungdomar i det nya landet. Invandrade ungdomar är mera öppna

och mottagliga för hälsoundervisning och anser att hälsoundervisningen är viktig och användbar för att lära sig nya saker vilket kan motverka ett sexuellt riskbeteende (Blake et al., 2001).

Fyra specifika problemområden inom sexual- och reproduktiv hälsa hos migranter har identifierats; sexuellt överförbara sjukdomars epidemiologi och riskfaktorer, psykosociala och kulturella aspekter, kommunikation samt moraliska och etiska dilemman. Attityder och normer rörande familj, sociala relationer, sexualitet och kön är kopplade till psykosociala och kulturella aspekter och har betydande påverkan på möjligheter, hinder och beslut som fattas om den egna sexualiteten. Hinder i kommunikation berör både språket och kommunikationssätt och kan ställa till problem för hur migranterna framställer sina problem för hälso- och sjukvårdspersonal, men också på vilka förväntningar som ställs. När olika kulturer möts kan det uppstå etiska och moraliska dilemman exempelvis beträffande sex- och samlevnadsundervisning samt normer och värderingar kring oskuld och homosexualitet (Rademakers, Mourthaan & de Neef, 2005).

I utformningen av program för att främja sexual hälsa hos flyktingungdomar menar McMichael and Gifford (2010) är det viktigt att beakta betydelsen av sociala kontexter. Ungdomar med flyktingbakgrund ställs inför många utmaningar när de ska skapa ett nytt liv i det nya landet. Det är inte ovanligt att ungdomarnas behov av sexual hälsa blir förbisedda och det finns en begränsad mängd forskning med fokus på flyktingungdomars sexual- och reproduktiva hälsa. Ungdomar med flyktingbakgrund har en del kunskaper om HIV och AIDS enligt studier, men är i stort sätt omedvetna om andra sexuellt överförbara sjukdomar. Ungdomarna beskriver olika strategier för att skydda sig mot STI och graviditet till exempel genom användning av kondom, avhållsamhet, att ha relationer med pålitliga personer och undvikande av ”riskabla” sexualpartners. Ungdomarna lägger större tonvikt på att undvika graviditet än att skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar och risken för att utsätta sig för skamkänslor är något som bekymrar dem, särskilt de unga kvinnorna. Unga kvinnor kan uppleva svårigheter med att förhandla sig till säkrare sex inom en relation. Attityder till sexualitet, STI och graviditet kopplas till en oro för att uppleva skam och för att få ett dåligt ryckte vilket kan påverka det sociala välbefinnandet negativt. Samtidigt som ungdomarna önskar att tillhöra det nya landet och kulturen känner de förväntningar från sina ursprungsfamiljer och de etniska grupper de tillhör (McMichael & Gifford, 2010).

Integrationsprocessen för ensamkommande ungdomar i det nya landet är mycket komplex. En del socialarbetare har insett komplexiteten, vilket vägleder dem i deras omsorg för ensamkommande ungdomar vilket är till stor nytta för att hjälpa ungdomarna att integreras i sin nya miljö (Kohli, 2006). Det finns brister i den information ensamkommande ungdomar får rörande sex- och samlevnad. Det råder en tystnad om att samtala med ungdomar om sexual hälsa och många professionella har svårt att veta hur de ska initiera samtalen. Det finns ett tydligt behov av fortbildning för hälsovårdspersonal om olika aspekter av ensamkommande barn och ungdomars hälsobehov. Rekommendationer utifrån

litteratur om ensamkommande barn och ungdomars hälsa är bl.a. att fortbildning bör ordnas för hälsovårdspersonal i relation till behov och erfarenheter av unga migranter och att hälsoundervisning bör ordnas för unga migranter om specifika ämnen som t.ex. sexual hälsa (Hek, 2005). Det finns få studier som fokuserar på kunskap och behovet av utbildning om sexual hälsa hos personalen som arbetar med ensamkommande ungdomar.

Problemformulering

I utvecklande av och sökandet efter sin identitet måste ungdomar ta ställning till olika värderingar och attityder, bland annat om frågor rörande den egna sexualiteten. Ensamkommande ungdomar tillhör en grupp som till stora delar är heterogen. De kommer från olika kulturer, samhällen och samhällsklasser och är av olika kön. Forskningen visar att det behövs pedagogiska och psykosociala metoder för att ta hand om dessa ungdomar på ett kompetent sätt. Kunskap om sex- och samlevnadsfrågor kan vara otillräcklig hos de vuxna som arbetar med ensamkommande ungdomar och i synnerhet kunskap om sex- och samlevnad i ett mångkulturellt perspektiv och hur frågorna om sex- och samlevnad kan tas upp med ensamkommande ungdomar. Ungdomar behöver stöd av vuxna i dessa frågor då de saknar det stöd som familjen vanligtvis ger. För att ge ett bra stöd behövs det adekvata kunskaper. Utbildning kan vara ett sätt att tillägna sig nya kunskaper, men det är viktigt att först kartlägga vilka kunskaper som saknas och efterfrågas av de vuxna som arbetar med ensamkommande ungdomar vid planering av utbildningsinsatser.

Syfte

Syftet med studien var att kartlägga behovet av kunskap och handledning i kunskapsområdet sex- och samlevnad hos personer som arbetar med ensamkommande ungdomar. Ett annat syfte var att utvärdera en utbildningsinsats.

Studiens kontext

En nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar antogs av Riksdagen 2006 (prop. 2005/06:60). Smittskyddsinstitutet är den förvaltning som har ansvar för det nationella HIV/STI-förebyggande arbete. Projektet som ”Kunskapsnätverket HIV/STI – Mellansverige” startade 2009 har som målsättning att minska antalet HIV och STI-fall, främja psykisk och sexuell hälsa samt minska antalet oönskade graviditeter. Nätverket består av nyckelpersoner från landstingen i Uppsala, Gävleborg, Västmanland, Dalarna samt Värmland. Ett treårigt projekt startade 2010 med målgruppen unga (12 - 15 år) och unga vuxna (16 – 25 år). År 2011 startade ett nytt treårigt projekt med målgruppen migranter och hiv-positiva.

Föreliggande studien ingår som en del i Kunskapsnätverkets regionala projekt riktad till målgruppen migranter och hiv-positiva. Studien är riktad till vuxna som arbetar med gruppen ensamkommande flyktingbarn/ungdomar. Med vuxna avses här personal på gruppHBV hem för ensamkommande barn, personal på ungdomsmottagningar, skolsköterskor och personal på andra sjukvårdsinstanser som kommer i kontakt med ungdomarna.

I Migrationsverkets statistik över kommunmottagna ensamkommande barn (0 – 17 år) enligt ersättningsförordningen 2012 visar att Dalarnas län har tagit emot 147 ensamkommande barn och ungdomar, Gävleborgs län 123, Uppsala län 142, Värmlands län 169 och Västmanlands län 87, totalt inom Kunskapsnätverkets region 668 ensamkommande barn och ungdomar (Migrationsverket, 2012).

Studien genomfördes på uppdrag av Kunskapsnätverket HIV/STI – Mellansverige. Rapporten är framtagen med ekonomiskt stöd från statsanslaget, Insatser mot hiv, aids och andra smittsamma sjukdomar, som syftar till att nå målen i den Nationella strategin mot Hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (Prop. 2005/06:60).

Metod

Designen som användes var en tvärsnittsstudie. En kvantitativ datainsamlingsmetod anses vara lämplig för att samla information om exempelvis attityder och kunskaper inom valda grupper. Enkäter i form av en webenkät valdes för att kunna nå ut till så många deltagare som möjligt. Webenkäten har den fördelen att den är relativt lätt att administrera.

Urval

Urval i kartlägningsstudien inkluderade personal som kommer i kontakt med ensamkommande ungdomar och som arbetar i Uppsala län, Gävleborgs län, Västmanlands län, Dalarnas län samt Värmlands län. Inklusionskriterier var personal på HVB hem, chefer för HVB hem, skolsköterskor, personal på ungdomsmottagningar, asylsjuksköterskor, personer som genom sin befattning kommer i direkt kontakt med ensamkommande barn/ungdomar. Exklusionskriterier var personal som inte arbetar direkt med ensamkommande barn och ungdomar t.ex. tolk, socialsekreterare och lärare. God man exkluderades eftersom undersökningen riktar sig mot personal. Identifiering av undersökningsgrupper har skett på olika sätt. Personal på HVB hem för ensamkommande ungdomar har identifierats genom kontakt med ansvariga på respektive länsstyrelse i de fem länen. De har i sin tur lämnat kontaktuppgifter för ansvariga chefer för HVB hem i respektive kommun i sitt län. För identifiering av

skolsköterskor, flyktingsjuksköterskor och sjuksköterskor vid ungdomsmottagningar har de ansvarig för HIV/STI förebyggande arbete i respektive län genom sitt kontaktnätverk förmedlat namnlistor. Totalt identifierades 407 personer.

Deltagarna i utvärderingen av utbildningsinsatsen och deltagarna i kartläggningen av behov av kunskap och handledning skiljde sig något från varandra. Kartläggningen av behov av kunskap och handledning var inriktad till vuxna som arbetade med gruppen ensamkommande flyktingbarn/ungdomar och de som inkluderades var personal och chefer på HVB hem, personal på ungdomarmottagningar, skolsköterskor, asylsjuksköterskor. Urvalet till utvärderingen av utbildningsinsatsen var de personer som deltog i utbildningsdagen. En bred utannonsering av utbildningsdagen riktades till olika arbetsplatser inom kommun och landsting.

Datainsamlingsmetod

Studien genomfördes med en kvantitativ metod med hjälp av en framtagen enkät. Enkäten utvecklades dels utifrån litteratur och dels utifrån intervjuer med två fokusgrupper. En fokusgrupp hölls i maj 2011 i Uppsala där deltagare var nyckelpersoner inom Kunskapsnätverket med lång erfarenhet av arbetet med ensamkommande ungdomar. Den andra fokusgruppen hölls i oktober 2011 i Filipstad med kommunens skolsköterskor. Filipstad är den kommun i Värmland som var först med att ta emot ensamkommande ungdomar och har haft flest antal ensamkommande ungdomar. Skolsköterskorna har stor erfarenhet av att möta dessa ungdomar.

Enkäteten omfattade demografiska uppgifter om var respondenterna arbetar, arbetsbefattning, ålder, kön, utbildningsnivå, specifik utbildning. Ett frågeområde handlade om det-är ”mitt problem”. Exempel på frågor är: *Är det här mitt problem? I hur stor grad är det mitt problem?* Fyra problemområden som handlar om ungdomars psykiska hälsa, ungdomars alkohol och drogvanor, sex- och samlevnad och om gruppsyck och påverkan från media ingick i frågan. Ett annat område var vikten av kunskap och om respondenterna har kunskaper i olika kunskapsområden *t.ex. Hur viktig är följande kunskap för ditt arbete?* De kunskapsområden som berördes var 13 till antalet, bl.a. kultur, ungdomars identitet och utveckling av den egna sexualitet, sexual- hälsa och sexual- ohälsa. Respondenterna fick ange i hur hög grad respektive kunskap var viktig och om de ansåg sig ha kunskap inom de olika områdena. Respondenterna fick gradera sin kunskap i respektive område. Andra frågeområde handlade om respondenterna hade utbildning eller fortbildning om sex- och samlevnad, vård och omsorg av ungdomar och vård och omsorg av flyktingar/flyktingungdomar samt förekomsten och behov av handledning. Frågor om respondenternas attityder inom området sexualitet ingick där respondenterna fick svara på påståenden som till exempel: *Jag är bekväm med att samtala*

om sexualitet och *Ungdomar har rätt till sin sexualitet*. Enkätfrågornas innehåll och utformning testades på deltagarna av fokusgruppen i Uppsala och reviderades utifrån deras synpunkter.

Genomförande

En enkät distribuerades digitalt som webbenkät som bifogades till ett E-post meddelande. E-post meddelandet bestod av ett informationsbrev och en webblänk. Tre påminnelser skickades ut med två veckors mellanrum. Datainsamlingen genomfördes under mars och april 2012. Av de 407 enkäter som skickades ut besvarade 169 respondenter enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 41 %.

I projektet planerades en utbildningsinsats som utformades utifrån svaren på enkätfrågorna om kunskaps- och utbildningsbehovet hos deltagarna. Inbjudan till utbildningsdag sändes ut till 386 personer. Utbildningsdagen utvärderades direkt efter genomförandet med hjälp av ett formulär. Efter 6 månader gjordes en uppföljning av utvärderingen. En webbenkät togs fram för att utvärdera utbildningsdagen, frågor för att utvärdera utbildningsdagen var till exempel: *Hur nöjd är du med utbildningsdagen "Sexualitet och kultur"?* *Hur väl stämde innehållet i dagen med dina behov i arbetet?* och *Anser du att utbildningsdagen ökat dina kunskaper om temat för dagen?* Några frågor var avsedda att utvärdera nyttan med utbildningsdagen som till exempel: *Har du diskuterat innehållet i utbildningsdagen på din arbetsplats efter utbildningsdagen?* med följdfråga, *Vad har diskussionerna lett till?* *Var det något du saknade i utbildningsdagen?* med följdfråga *Vad var det du saknade?* och *Känner du dig säkrare i att samtala med ungdomar i ditt arbete om frågor rörande sexualitet?* Enkäten distribuerades digitalt och bifogades till ett E-post meddelande i form av ett informationsbrev. Tre påminnelser skickades ut med två veckors mellanrum. Datainsamlingen genomfördes under oktober och november 2013. Av de 386 enkäter som skickades ut besvarade 160 deltagare enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 41 %.

Vid analys av datamaterialet används både deskriptiv och analytisk statistik. Några frågor gav möjlighet för öppna svar. De redovisas som svarsfrekvenser eller kategorier.

Resultat

Presentation utav deltagarna i kartlägningsstudien

Personal som kommer i kontakt med ensamkommande ungdomar hör till olika arbetsområden. Det vanligaste förekommande var en kvinna som arbetade inom kommunal verksamhet och hade arbetat mellan ett till fem år i sin befattning. Personen var också välutbildad med minst en högskoleutbildning. Mer detaljerade information om undersökningsdeltagarna redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Information om undersökningsdeltagare

	Total n = 169	Procent
	n	%
Vilket län tillhör du? *		
Uppsala län	32	19
Gävleborgs län	14	8
Dalarnas län	32	19
Västmanlands län	34	20
Värmlands län	56	33
Vilken huvudman har du?		
Kommun	128	76
Landsting	39	23
Annan	2	1
Kön		
Kvinna	121	72
Man	48	28
Vad har du för arbetsbefattning		
Personal på HBV hem	77	46
Chef/samordnare	24	14
Skolsköterska	19	11
Asylsjuksköterska	13	8
Barnmorska på ungdomsmottagn.	20	12
Annan	16	10
Hur många år har du arbetat i din befattning? *		
Under 1 år	19	11
1 – 5 år	96	57
6 – 10 år	14	8
Mer än 10 år	39	23
Vilken är din högsta utbildningsnivå? *		
Gymnasieutbildning	21	13
Högskoleutbildning	83	49
Specialistutbildning/vidareutb.	58	35
Annan	6	4

Missing = *

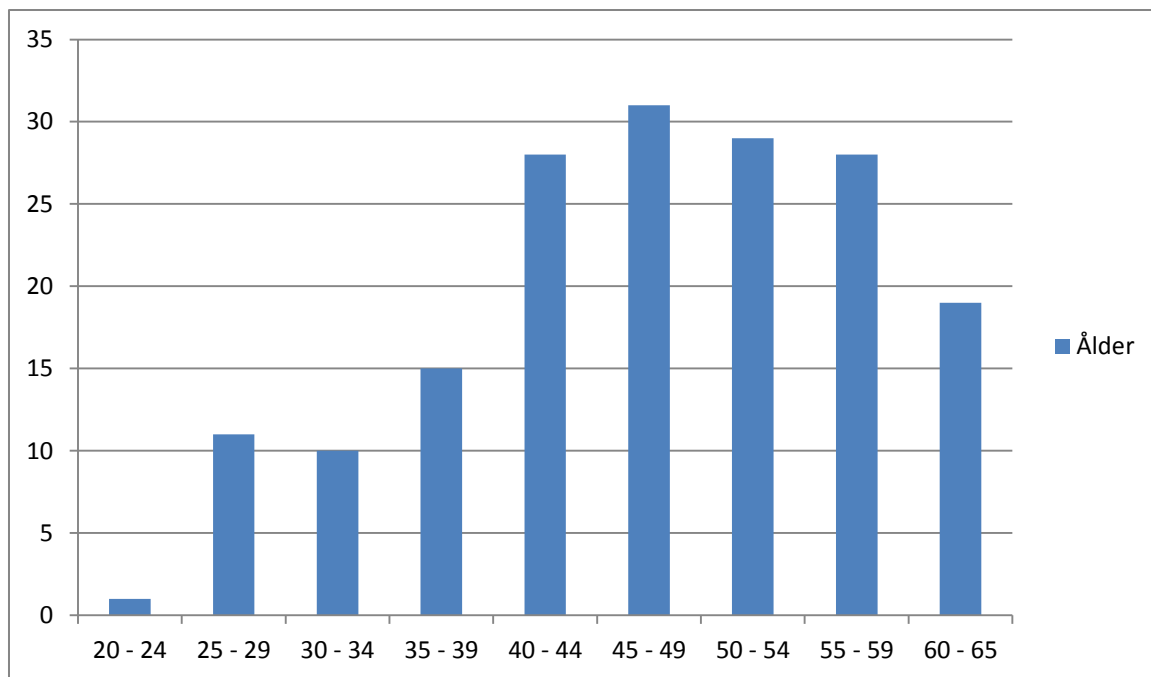
Övriga arbetsbefattningar som angavs som ”annan” var bland annat integrationssekreterare, integrationssamordnare, verksamhetschef, kurator och socialsekreterare. Utav dem som angav ”annan” arbetade nio inom hälso- och sjukvården. Totalt var ca sju av tio respondenter kvinnor och ca tre av tio män. Bland personal på HBV hem och bland chef/samordnare var det något fler kvinnor än män inom grupperna skolsköterskor, asylsjuksköterskor och barnmorskor på ungdomsmottagningar, var det enbart kvinnor som besvarat enkäten.

Omkring en fjärdedel av personal på HBV hem har gymnasieutbildning och drygt hälften har högskoleutbildning och ca var tionde har specialist/vidareutbildning. Av chef/samordnare för ett HBV hem hade en övervägande majoritet en högskoleutbildning och ca var tionde en specialistutbildning. Alla inom sjuksköterskegrupperna angav antingen högskoleutbildning eller specialist/vidareutbildning.

Respondenterna fick ange vilka ytterligare utbildningar som de hade. Svaren visade ett brett spektrum av utbildningar vilket kan delas upp i några kategorier. En kategori berör sociala ämnen så som antropologi, kulturmöten, statskunskap, ensamkommande barn och socialpedagogik. En annan kategori berörda behandlingsmodeller som KBT, motiverande samtal, PTSD utbildning, samtalsstöd, debriefing, krishantering, ART och dramakommunikation. En kategori handlade om sexologi utifrån olika aspekter. Ytterligare en kategori framkom där respondenter uppgav olika yrkesutbildningar som till exempel fritidsledare, mentalskötartutbildning, undersköterska, sjuksköterska, socionom och socialt arbete. En kategori berörde utbildning inom ledarskap.

En stor andel av personalen på HBV hem hade arbetat en kort tid inom sin befattning, de allra flesta angav att de hade arbetat mellan 0 – 5 år inom befattningen. Det samma gällde för chef/samordnare. Skolsköterskor och asylsjuksköterskor hade en större fördelning i svarsfrekvens för antalet år i befattningen. Längst arbetad tid inom sin befattning fanns hos barnmorskor på ungdomsmottagning där den övervägande delen har arbetat mer än 10 år inom sin befattning.

Median ålder var 45 – 49 år. Bland personal på HBV hem var knappt hälften mellan 40 – 50 år. Det var en högre ålder inom sjuksköterskegrupperna: bland skolsköterskor, asylsjuksköterskor och barnmorskor på ungdomsmottagning var ca tre fjärdedelar mellan 50 – 65 års ålder (Figur 1).



Figur 1. Åldersfördelning över undersökningspersonerna

Personalens uppfattning om sitt ansvar i att samtala med ungdomar om hälsofrågor

Personal som arbetar med ensamkommande ungdomar kan ha olika uppfattningar om det egna ansvaret för ungdomarnas hälsa och vad som ingår inom den egna befattningen. Hur undersökningspersonerna som tillhörde olika befattningar såg på sitt ansvar inom olika tema över hälsa visas i Tabell 2.

Tabell 2. Är det mitt problem, i hur stor grad är det här "mitt" problem?

	Inte alls		Ganska liten grad		Ganska hög grad		Mycket hög grad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Att främja ungdomars psykiska hälsa								
Personal på HBV hem	0	0,0	3	3,8	17	21,5	59	74,7
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	2	8,0	23	92,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	1	7,1	18	94,7
Asylsjuksköterska	0	0,0	4	28,6	1	7,1	9	64,3
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	2	10,0	18	90,0
Annan	0	0,0	0	0,0	5	31,3	11	68,8
Att samtala med ungdomarna om alkohol- och drogvanor								
Personal på HBV hem	0	0,0	5	6,3	28	35,4	45	57,0
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	9	36,0	16	64,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	2	10,5	17	89,5
Asylsjuksköterska	2	14,3	3	21,4	3	21,4	6	42,9
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	4	25,0	2	12,5	10	16,0
Att stödja ungdomarna i frågor rörande sex- och samlevnad								
Personal på HBV hem	0	0,0	6	7,6	32	40,5	40	50,6
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	8	32,0	17	68,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	1	5,3	18	94,7
Asylsjuksköterska	3	21,4	5	35,7	3	21,4	3	21,4
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Annan	0	0,0	5	31,3	2	12,5	9	56,3
Att samtala med ungdomarna om gruppträck och påverkan från medier								
Personal på HBV hem	1	1,3	7	8,9	26	32,9	44	55,7
Chef/samordnare	0	0,0	1	4,0	8	32,0	16	64,0
Skolsköterska	0	0,0	3	15,8	7	68,8	9	47,7
Asylsjuksköterska	4	28,6	5	35,7	2	14,3	3	21,4
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	6	30,0	14	70,0
Annan	0	0,0	5	31,3	3	18,8	6	37,5

En majoritet i respektive personalgrupp ansåg att de hade ett ansvar i att främja ungdomar psykiska hälsa, att samtala med ungdomarna om alkohol- och drogvanor och att stödja ungdomarna i frågor rörande sex- och samlevnad. Asylsjuksköterskor hade i mindre grad samma uppfattning över sitt ansvar i dessa områden. Bland dem ansåg omkring en tredje del att det inte hade ett ansvar i att främja ungdomars psykiska hälsa, några ansåg sig inte ha ett ansvar i att samtala med ungdomarna om alkohol- och drogvanor och mer än hälften ansåg sig inte ha ett ansvar i att stödja ungdomar i frågor rörande sex- och samlevnad. Ansvaret för att samtala med ungdomar om gruppträck och påverkan från medier var det området där en något mindre andel ansåg att det låg inom deras ansvarområde. Bland

de som inte ansåg att det hade ett ansvar för det fanns ca två tredjedelar asylsjuksköterskor, några av personalen på HBV hem och några skolsköterskor.

Personalens uppfattning om vikten av olika kunskapsområden för det egna arbetet

Generellt ansåg personalen att alla kunskapsområden vara viktiga för det egna arbetet. Särskilt viktigt ansåg personalen var de områden som handlade om olika kulturer och hur kultur påverkar sexualitet. I tabell 3 redovisas hur personalen har värderat vikten av kunskapen i området kultur och sexualitet.

Tabell 3. Hur viktiga är följande kunskaper inom kultur och sexualitet för ditt arbete?

	Onödig		Inte särskilt viktig		Ganska viktig		Mycket viktig	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Olika kulturer och samhällen								
Personal på HBV hem	0	0,0	3	3,8	18	22,8	61	77,2
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	8	32,0	17	68,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	5	26,3	14	73,7
Asylsjuksköterska	0	0,0	4	28,6	4	28,6	10	71,4
Barnmorska	1	5,0	0	0,0	1	5,0	18	90,0
Annan	0	0,0	0	0,0	4	25,0	12	75,0
Vad som händer när olika kulturer möts i ett multikulturellt samhälle								
Personal på HBV hem	0	0,0	2	2,5	13	16,5	64	81,0
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	4	16,0	21	84,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	6	31,6	13	68,4
Asylsjuksköterska	0	0,0	0	0,0	4	28,6	10	71,4
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	3	15,0	17	85,0
Annan	0	0,0	0	0,0	4	25,0	12	75,0
Sexualitet i relation till religion och kultur: omskärelse, avhållsamhet								
Personal på HBV hem	0	0,0	5	7,6	33	41,8	41	51,9
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	8	32,0	17	68,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	6	31,6	13	68,4
Asylsjuksköterska	0	0,0	0	0,0	3	23,1	10	76,9
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	3	18,8	3	18,8	10	62,5

Ett annat kunskapsområde som ansågs vara viktigt var hur ungdomar utvecklar sin identitet och sin sexualitet. Den grupp som skiljer sig något från de andra grupperna är asylsjuksköterskor. Några asylsjuksköterskor ansåg det inte vara viktigt *Hur ungdomar utvecklar sin identitet, Hur ungdomar*

utvecklar sin sexualitet och om *Hur ungdomar talar om sexualitet*. Ett antal personalen på HBV hem och ett par asylsjuksköterskor ansåg inte att det var viktigt med kunskaper om *Sexuella identiteter: homosexualitet, bisexualitet, transpersoner*. Personalens uppfattning om vikten av kunskap inom ungdomars utveckling redovisas i Tabell 4.

Tabell 4. Hur viktiga är följande kunskaper om ungdomar utveckling för ditt arbete?

	Onödig		Inte särskilt viktig		Ganska viktig		Mycket viktig	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hur ungdomar utvecklar sin identitet								
Personal på HBV hem	0	0,0	1	1,3	23	29,1	54	68,4
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	4	16,0	21	84,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	2	10,5	17	89,5
Asylsjuksköterska	0	0,0	2	14,3	4	28,6	8	57,1
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	2	10,0	18	90,0
Annan	0	0,0	0	0,0	4	25,0	12	75,0
Hur ungdomar utvecklar sin sexualitet								
Personal på HBV hem	0	0,0	4	5,1	38	48,1	37	46,8
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	8	32,0	17	68,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	2	10,5	17	89,5
Asylsjuksköterska	0	0,0	4	28,6	4	28,6	6	42,9
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Annan	0	0,0	2	12,5	6	37,5	8	50,0
Sexuella identiteter: homosexualitet, bisexualitet, transpersoner								
Personal på HBV hem	0	0,0	11	13,9	34	43,0	34	43,0
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	11	44,0	14	56,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	3	15,8	16	84,2
Asylsjuksköterska	0	0,0	2	15,4	5	38,5	6	46,2
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Annan	1	6,3	1	6,3	4	25,0	10	62,5
Hur ungdomar talar om sexualitet								
Personal på HBV hem	0	0,0	7	8,9	38	48,1	33	41,8
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	11	44,0	14	56,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	6	31,6	13	68,4
Asylsjuksköterska	1	7,1	4	28,6	6	42,9	3	21,4
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	2	10,0	17	85,0
Annan	0	0,0	3	18,8	7	43,8	6	37,5

Vikten av faktakunskaper inom sexualitet bedömdes som hög. Den grupp där det fanns en liten men betydande andel som ansåg att faktakunskaper inom sexualitet var mindre viktiga var personal på HBV hem. Samtliga skolsköterskor och barnmorskor ansåg att alla faktaområden inom sexualitet var viktiga. Hur personalen bedömde vikten av faktakunskaper inom sexualitet kan ses i Tabell 5.

Tabell 5. Hur viktiga är följande faktakunskaper om sexualitet för ditt arbete?

	Onödig		Inte särskilt viktig		Ganska viktig		Mycket viktig	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reproduktionssystemet: anatomi, menstruation, graviditet								
Personal på HBV hem	0	0,0	9	11,4	37	46,8	33	41,8
Chef/samordnare	0	0,0	6	24,0	9	36,0	10	40,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	2	10,5	17	89,5
Asylsjuksköterska	1	7,1	0	0,0	4	28,6	9	64,3
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Annan	1	6,3	3	18,8	5	31,3	7	43,8
Sexualitet: samlag, onani, pornografi								
Personal på HBV hem	1	1,3	8	10,1	42	53,2	28	35,4
Chef/samordnare	0	0,0	4	16,0	10	40,0	11	44,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	2	10,5	17	89,5
Asylsjuksköterska	0	0,0	3	23,1	6	46,2	4	30,8
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0
Annan	0	0,0	4	25,0	3	18,8	9	56,3
Sexual hälsa: preventiva metoder, abort								
Personal på HBV hem	0	0,0	4	5,1	36	45,6	37	46,8
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	9	36,0	14	56,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	7	36,8	12	63,2
Asylsjuksköterska	1	7,7	1	7,7	4	30,8	7	53,8
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	95,0
Annan	0	0,0	3	18,8	4	25,0	9	56,3
Sexuellt riskbeteende								
Personal på HBV hem	0	0,0	7	8,9	29	36,7	42	53,2
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	9	36,0	16	64,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	3	15,8	16	84,2
Asylsjuksköterska	0	0,0	1	7,7	3	23,1	9	69,2
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	1	6,3	5	31,3	10	62,5
HIV och sexuellt överförbara sjukdomar								
Personal på HBV hem	0	0,0	4	5,1	27	34,2	48	60,8
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	7	28,0	16	64,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	4	21,1	15	78,9
Asylsjuksköterska	0	0,0	0	0,0	2	15,4	11	84,6
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	95,0
Annan	0	0,0	1	6,3	3	18,8	12	75,0
Korrekt användning av kondom								
Personal på HBV hem	1	1,3	12	15,2	24	30,4	42	53,2
Chef/samordnare	0	0,0	3	12,0	8	32,0	14	56,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	5	26,3	14	73,7
Asylsjuksköterska	1	7,7	1	7,7	2	15,4	9	69,2
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	1	6,3	4	25,0	2	12,5	9	56,3

Övriga kunskapsområden

Det ställdes en öppen fråga om övriga kunskapsområden inom sex- och samlevnad som undersökningspersonerna ansåg var viktiga i sitt arbete. Sjutton personer svarade på frågan och resultatet grupperades i tre kunskapsområden. Ett kunskapsområde handlade om sex- och samlevnadsfärdigheter: Känslor, relationer, hur man förmedlar samlevnad och sexuellt exploatering på sexkontakter på nätet. Ett annat område handlade om sexualitet i relation till kultur och religion: hedersrelaterat våld, HBT-frågor i relation till kultur och genus. Ytterligare ett område handlade om andra kunskaper som kan vara till nytta: salutogent förhållningssätt, omvärldsanalys, nätverk i samhället, teamarbete, reflekterande samtal, vara rollmodell samt organisation och arbetsmiljö.

Personalens skattning av sina kunskaper inom kultur och sex- och samlevnad

Personalen hade en uppfattning generellt om att samtliga kunskapsområden var viktiga för deras arbeten. Däremot ansåg de sig inte alltid ha tillräckligt med kunskaper. Det förekommer också vissa skillnader mellan personalgrupper om hur de uppskattar sina kunskaper inom de olika områdena.

Inom området kultur och sexualitet ansåg de flesta att det fanns vissa kunskapsbrister. Personal och chefer/samordnare på HVB hem skattade i lite högre grad än de andra gruppera att de hade kunskaper inom området. En majoritet av skolsköterskorna ansåg att de hade bristande kunskaper i området sexualitet i relation till religion och kultur. I Tabell 6 visas personalens skattning över sina kunskaper inom kultur och sexualitet.

Tabell 6. Har du kunskaper inom området kultur och sexualitet?

	Mycket lite		Ganska lite		Ganska mycket		Mycket	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Olika kulturer och samhällen								
Personal på HBV hem	0	0,0	16	20,3	48	60,8	15	19,0
Chef/samordnare	0	0,0	3	12,0	16	64,0	6	24,0
Skolsköterska	0	0,0	10	52,6	8	42,1	1	5,3
Asylsjuksköterska	0	0,0	6	46,2	6	48,2	1	7,7
Barnmorska	1	5,0	6	30,0	12	60,0	1	5,0
Annan	0	0,0	2	12,5	8	50,0	4	25,0
Vad som händer när olika kulturer möts i ett multikulturellt samhälle								
Personal på HBV hem	0	0,0	19	24,1	51	64,6	9	11,4
Chef/samordnare	0	0,0	7	28,0	12	48,0	6	24,0
Skolsköterska	0	0,0	13	68,4	5	26,3	1	5,3
Asylsjuksköterska	0	0,0	7	53,8	5	38,5	1	7,7
Barnmorska	1	5,0	9	45,0	9	45,0	1	5,0
Annan	0	0,0	1	6,3,0	9	56,3	4	25,0
Sexualitet i relation till religion och kultur: omskärelse, avhållsamhet								
Personal på HBV hem	0	0,0	30	38,0	43	54,4	6	7,6
Chef/samordnare	0	0,0	9	36,0	12	48,0	4	16,0
Skolsköterska	1	5,3	13	68,4	5	26,3	0	0,0
Asylsjuksköterska	2	15,4	2	15,4	9	69,2	0	0,0
Barnmorska	1	5,0	3	15,0	10	50,0	6	30,0
Annan	0	0,0	2	12,5	6	37,5	6	37,5

Inom området ”ungdomars utveckling” angav en del av personalgrupperna att de hade bristande kunskap. Det fanns skillnader mellan de olika befättningsgrupperna inom vissa områden. I jämförelse med andra personalgrupper angav en större andel barnmorskor att de hade kunskap om *Hur ungdomar tala om sexualitet*. Det var lite fler skolsköterskor och barnmorskor som angav att de hade kunskaper om olika aspekter av sexualitet och ungdomars utveckling av sin identitet och sexualitet än övriga personalgrupper. Hur personalen uppskattar sina kunskaper om ungdomars utveckling ses i Tabell 7.

Tabell 7. Har du kunskaper inom området ungdomars utveckling?

	Mycket lite		Ganska lite		Ganska mycket		Mycket	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hur ungdomar utvecklar sin identitet								
Personal på HBV hem	1	1,3	15	19,0	50	63,3	12	15,2
Chef/samordnare	0	0,0	1	4,0	12	48,0	12	48,0
Skolsköterska	0	0,0	4	21,1	14	73,7	1	5,3
Asylsjuksköterska	1	7,7	3	23,1	9	69,2	0	0,0
Barnmorska	0	0,0	6	30,0	9	45,0	5	25,0
Annan	0	0,0	2	12,5	9	56,3	3	18,8
Hur ungdomar utvecklar sin sexualitet								
Personal på HBV hem	0	0,0	21	26,6	50	63,3	7	8,9
Chef/samordnare	0	0,0	7	28,0	9	36,0	8	32,0
Skolsköterska	0	0,0	2	10,5	16	84,2	1	5,3
Asylsjuksköterska	1	7,7	4	30,8	8	61,5	0	0,0
Barnmorska	0	0,0	2	10,0	5	25,0	13	65,0
Annan	0	0,0	2	12,5	9	56,3	3	18,8
Sexuella identiteter: homosexualitet, bisexualitet, transpersoner								
Personal på HBV hem	0	0,0	19	24,1	46	58,2	12	15,2
Chef/samordnare	0	0,0	5	20,0	10	40,0	10	40,0
Skolsköterska	0	0,0	6	31,6	12	63,2	1	5,3
Asylsjuksköterska	3	23,1	2	15,4	7	53,8	1	7,7
Barnmorska	1	5,0	1	5,0	9	45,0	9	45,0
Annan	0	0,0	2	12,5	9	56,3	3	18,8
Hur ungdomar talar om sexualitet								
Personal på HBV hem	2	2,5	27	34,2	41	51,9	9	11,4
Chef/samordnare	0	0,0	10	40,0	11	44,0	3	12,0
Skolsköterska	0	0,0	10	52,6	9	47,4	0	0,0
Asylsjuksköterska	2	15,4	8	61,5	3	23,1	0	0,0
Barnmorska	0	0,0	2	10,0	10	50,0	6	30,0
Annan	0	0,0	6	37,5	5	31,3	3	18,8

Personalgrupperna bedömde generellt att de hade goda kunskaper i faktakunskaper om sexualitet. Det fanns dock skillnader mellan de olika personalgrupperna över hur de skattade sina faktakunskaper om sexualitet. Skolsköterskor och barnmorskor på ungdomsmottagningar angav i större utsträckning än andra personalgrupper att de hade mera kunskaper om de olika aspekterna av sexualitet. Ett antal personal på HBV hem och asylsjuksköterskorna bedömde att de hade bristande kunskaper inom flera områden. En översikt över hur personalen har bedömt sina faktakunskaper ska ses i Tabell 8.

Tabell 8. Har du faktakunskaper om sexualitet?

	Mycket lite		Ganska lite		Ganska mycket		Mycket	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Reproduktionssystemet:								
anatomi, menstruation, graviditet								
Personal på HBV hem	1	1,3	7	8,9	41	51,9	28	35,4
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	12	48,0	11	44,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	9	47,4	10	52,6
Asylsjuksköterska	0	0,0	1	7,7	7	53,8	5	38,5
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	0	0,0	6	37,5	8	50,0
Sexualitet: samlag, onani, pornografi								
Personal på HBV hem	1	1,3	8	10,1	45	57,0	23	29,1
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	13	52,0	10	40,0
Skolsköterska	0	0,0	2	10,5	16	84,2	1	5,3
Asylsjuksköterska	1	7,7	4	30,8	5	38,5	3	23,1
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	2	10,0	18	90,0
Annan	0	0,0	1	6,3	6	37,5	7	43,8
Sexual hälsa: preventiva metoder, abort								
Personal på HBV hem	0	0,0	13	16,5	45	57,0	20	25,3
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	14	56,0	9	36,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	10	52,6	9	47,4
Asylsjuksköterska	2	15,4	2	15,4	7	53,8	2	15,4
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	0	0,0	8	50,0	6	37,5
Sexuellt riskbeteende								
Personal på HBV hem	1	1,3	23	29,1	47	59,5	7	8,9
Chef/samordnare	0	0,0	5	20,0	15	60,0	5	20,0
Skolsköterska	0	0,0	2	10,5	14	73,7	3	15,8
Asylsjuksköterska	4	30,8	3	23,1	3	23,1	2	15,4
Barnmorska	0	0,0	1	5,0	5	25,0	14	70,0
Annan	0	0,0	0	0,0	9	56,3	5	31,3
HIV och sexuellt överförbara sjukdomar								
Personal på HBV hem	1	1,3	13	16,5	50	63,3	15	19,0
Chef/samordnare	0	0,0	6	24,0	12	48,0	7	28,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	11	57,9	8	42,1
Asylsjuksköterska	0	0,0	3	23,1	5	38,5	5	38,5
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	1	5,0	19	95,0
Annan	0	0,0	0	0,0	6	37,5	8	50,0
Korrekt användning av kondom								
Personal på HBV hem	0	0,0	9	11,4	38	48,1	32	40,5
Chef/samordnare	0	0,0	5	20,0	9	36,0	11	44,0
Skolsköterska	0	0,0	1	5,3	8	42,1	10	52,6
Asylsjuksköterska	0	0,0	1	7,7	6	46,2	6	46,2
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	3	15,0	17	85,0
Annan	0	0,0	0	0,0	7	43,8	7	43,8

Personalens behov av fortbildning och handledning

De personalgrupper där flest ansåg sig ha utbildning eller fortbildning inom området *sex- och samlevnad* var chefer/samordnare, skolsköterskor och barnmorskor medan personal på HBV hem och asylsjuksköterskor ansåg att de inte hade utbildning. Inom området *vård och omsorg av ungdomar* var det knappt hälften bland personal på HBV hem som angav att de hade utbildning. Chefer/samordnare och skolsköterskor ansåg i hög grad att de hade utbildning, medan endast en fjärdedel av asylsjuksköterskor och knappt hälften av barnmorskor hade samma uppfattning. Inom området *vård och omsorg av flyktingar/flyktingungdomar* var chefer/samordnare den personalgrupp där flest ansåg att de hade utbildning medan de övriga personalgrupperna var det en övervägande del som ansåg att de inte hade utbildning. Hur de olika personalgrupperna har svarat på frågan om de har någon utbildning eller fortbildning i de olika områdena redovisas i Tabell 9.

Tabell 9. Har du någon utbildning eller fortbildning i följande områden?

	Sex- och samlevnad			Vård och omsorg av ungdomar		Vård och omsorg av flyktingar/flyktingungdomar	
	Antal	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
	N	n	n	n	n	n	n
Personal på HBV hem	77	20	53	35	38	28	51
Chef/samordnare	25	13	11	18	7	13	12
Skolsköterska	19	13	6	13	5	4	15
Asylsjuksköterska	13	3	9	3	9	5	8
Barnmorska	20	17	3	8	12	2	17
Annan	16	7	7	9	7	8	7

Handledning

I Tabell 10 redovisas hur tillgången på handledning har rapporterats av de olika personalgrupperna. De personalgrupper som i störst utsträckning angav att de hade tillgång till handledning var personal på HBV hem, chefer/samordnare och barnmorskor. De som hade minst tillgång till handledning var skolsköterskor och asylsjuksköterskor.

Tabell 10. Har du idag handledning inom ditt arbete?

	Ja		Nej	
	n	%	n	%
Personal på HBV hem	69	87,3	9	11,4
Chef/samordnare på HBV hem	22	88,0	3	12,0
Skolsköterska	8	42,1	11	57,9
Asylsjuksköterska	6	46,2	7	53,8
Barnmorska	14	70,0	6	30,0
Annan	9	56,3	7	43,8

Det flesta ansåg att de hade ett behov av handledningen. Samtidigt fanns det ett litet antal personer inom några grupper (personal på HBV hem, chefer/samordnare, skolsköterskor och barnmorskor) som ansåg att de inte hade behov av handledning vilket kan ses i Tabell 11.

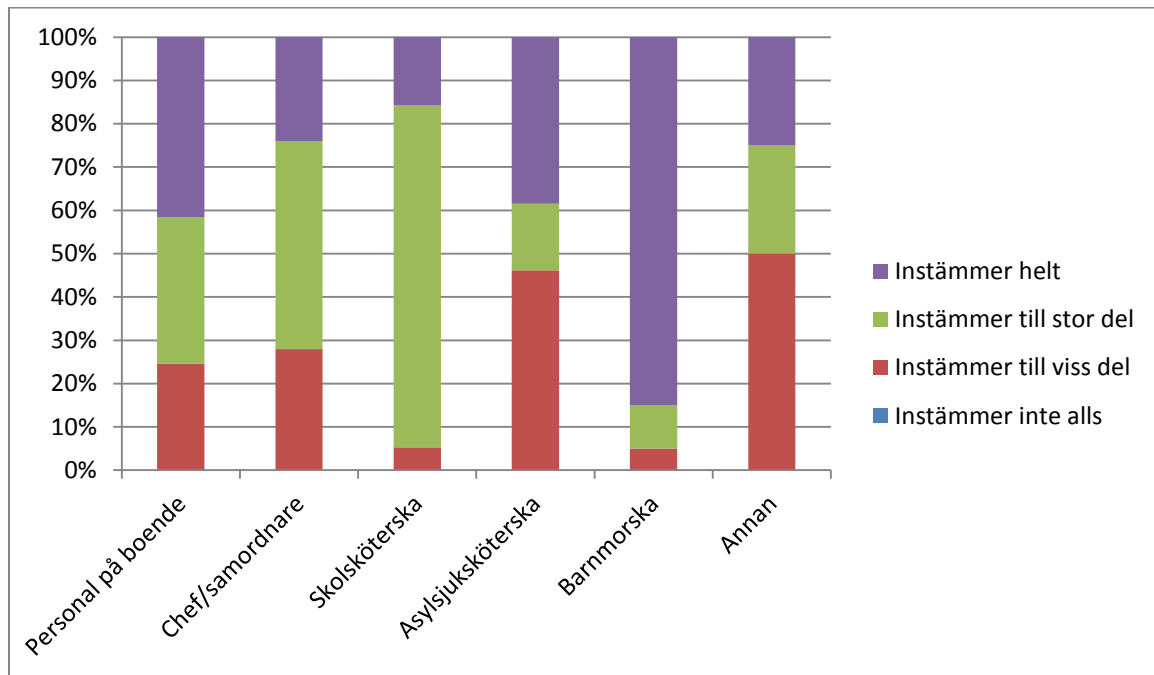
Tabell 11. Anser du att du har behov av handledning?

	Inte alls		Ganska liten grad		Ganska hög grad		Mycket hög grad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Personal på HBV hem	0	0,0	13	16,5	32	40,5	34	43,0
Chef/samordnare på HBV hem	1	4,0	1	4,0	4	16,0	19	76,0
Skolsköterska	0	0,0	2	10,5	9	47,4	8	42,1
Asylsjuksköterska	0	0,0	0	0,0	8	61,5	5	38,5
Barnmorska	0	0,0	3	15,0	10	50,0	7	35,0
Annan	0	0,0	2	12,5	6	37,5	8	50,0

Personalens attityder till sex- och samlevnad

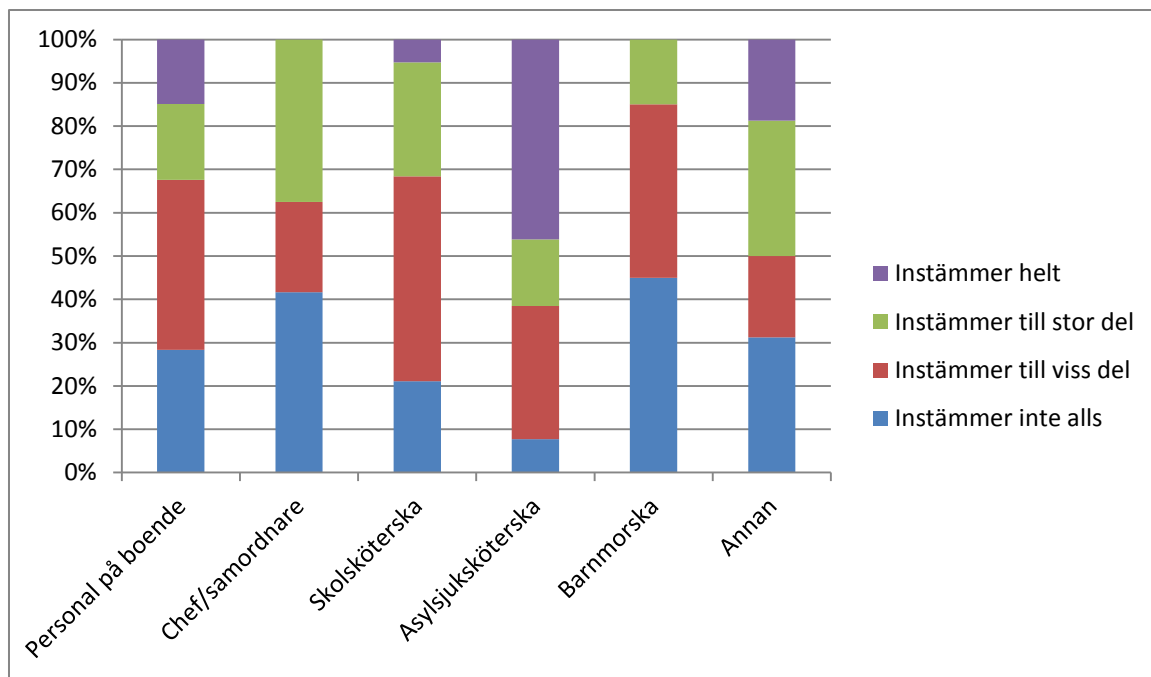
Personalen hade överlag positiva attityder till påståenden som *Ungdomar har rätt till sin sexualitet*, *En sexuell relation mellan två av samma kön är okey* och *Jag anser att det är bra att ungdomarna får sex- och samlevnadsundervisning*. Personalen instämde inte alls till påståenden som *Tjejer som har haft många partner förtjänar ett dåligt rykte*, *Killar som har många partner förtjänar ett dåligt rykte* och *Jag anser att det kan vara okey att killar från andra kulturer får vara den som bestämmer i en relation*.

Resultaten visar vissa skillnader mellan de olika personalgrupperna. En större andel skolsköterskor och barnmorskor angav att de var bekväma med att samtala om sexualitet än personal på HBV hem, chef/samordnare och asyljuksköterskor, se Figur 2.



Figur 2. Jag är bekväm med att samtala om sexualitet

Påståendet *Man ska vara kär i den man har sex med* var det påstående som visade den största spridning med fördelning instämmer inte alls en tredjedel, instämmer till viss del en tredjedel och instämmer till stor del eller instämmer helt en tredjedel. Barnmorskor var den personalgrupp där flest personal angav att de inte instämde i påståendet, se Figur 3.



Figur 3. Man ska vara kär i den man har sex med

En tabell över hur de olika personalgrupperna har svarat på respektive påstående finns som Bilaga 1.

Uppföljning av utbildningsinsatsen:

Utifrån resultatet från den första delstudien om kartläggning av behovet av kunskap och handledning i kunskapsområdet sex-och samlevnad hos personer som arbetar med ensamkommande ungdomar, planerade Kunskapsnätverket HIV/STI – Mellansverige en utbildningsinsats. En utbildningsdag anordnades med tema sexualitet och kultur under våren 2012 (6 mars till 10 april). Utbildningsdagen hölls i respektive län i Karlstad, Gävle, Borlänge, Uppsala och Västerås. Inbjudan gick ut till en bred målgrupp för att nå så många deltagare som möjligt. Örebro län inkluderades också i utbildningsinsatsen.

Utbildningsdagens innehåll

Utformningen av första halvan av dagen innehöll t.ex. Synen på sexualitet i de asylsökandes hemländer. En stor del av innehållet för föreläsningen berörde hur man kan samtala med pojkar om sex- och samlevnad på HVB hem för ensamkommande ungdomar, om upplägget för träffarna och vikten av att skapa en relation till pojkarna. Ämnen som man pratade med pojkarna om var bl.a. kvinnosyn i Sverige, kärlek, närhet och sex, 15-års åldersgräns för sex, att respektera tjejernas ”nej-signaler”. Andra ämnen som berördes var HBTQ, STI, kondomkunskap, mannen och kvinnans könsorgan och onani. Tips och råd inför planering och genomförande av gruppträffar förmedlades.

Den andra halvan av dagen hade temat ungdomar, sexualitet och identitet, hur det är att möta tonåringar, och vikten av att behandla tonåringar med respekt och hur media och internet påverkar dagens tonåringar. Sexualitet med att tala om olika sexualiteter och om sexualitet som en social konstruktion belystes. Vidare beskrevs sexuella beteenden, sexuell inriktning och komma ut processen för HBT personer. Ungdomars identitetsutveckling och utvecklingsteori presenterades tillsammans med norm och heteronormativitet. Avslutningsvis skildrades möten med ungdomar och att samtala med ungdomar om sex- och samlevnad. Viktiga ämnen att prata med ungdomar om är bl.a. faktakunskap om sexualitet, kondom användning, pornografi och att sälja sex.

Presentation utav deltagarna i utvärderingsstudien

Under utbildningsdagen deltog 356 personer. Utvärderingar gjordes direkt efter utbildningsdagens genomförande i de olika länen av Kunskapsnätverket Hiv/STI – Mellansverige under maj 2013 och en uppföljning efter ett halvt år (oktober till november 2013).

I utvärderingen som genomfördes i maj 2013 svarade 220 deltagare vilket gav svarsfrekvens 62 %. Av de som svarade hade 45 sin huvudsakliga arbetsplats på ungdomsmottagning, 53 arbetade inom skolan, nio på vårdcentral och de övriga 113 svarade ”annan”. I gruppen ”annan” återfanns bl.a. personal på HVB hem. Det var också en spridning gällande deltagarnas professioner och största gruppen angav ”annan” på frågan.

I uppföljningen som gjordes efter ett halvt år var det 168 deltagare som svarade på enkäten och svarfrekvensen var 41 %. Endast tre chefer/samordnare på HBV hem deltog i uppföljningen efter ett halvt år och 59 deltagare angav ”annan” som arbetsbefattning. Som ”annan” arbetsbefattning fanns integrationshandläggare, samordnare, kurator/skolkurator, socialsekreterare, psykolog, terapeut, socionom, lärare på språkintrödnation, familjehemssekreterare, barnmorska på barnmorskemottagning, sexolog, läkare och projektledare i ett projekt mot hiv. Totalt var ca åtta av tio deltagare kvinnor och ca två av tio män. En tabell över deltagarna i den andra utvärderingsstudien finns som Bilaga 2.

Utvärdering av utbildningsdagen

Utvärderingen maj 2013

En stor majoritet av deltagarna angav att utbildningsdagen var bra eller mycket bra. Endast 14 svarade ”varken bra eller dåligt”. De positiva aspekterna av utbildningsdagen som lyftes fram var bl.a.

föreläsarna, det var viktiga ämnen som också var positiv, rolig och intressant, deltagarna hade fått med sig metoder och verktyg för att samtala med ungdomarna och de hade tid för reflektion. Det fördes fram många synpunkter om vad som kunde ha varit bättre. Innehållet kunde ha varit mera omfattande och gått in djupare i olika frågeställningar. Det behövdes mera tid till diskussioner och reflektioner. Specifika områden som kunde utvecklas var genusperspektiv, mera fokus på kvinnor och om vilka svårigheter ungdomarna bär med sig och svårigheter i mötet med ungdomarna. Som svar på frågan om ”Vad jag tar med mig från dagen för att använda i mitt arbete” angavs mera kunskap om kulturer och sexualitet, om kulturella skillnader och en ökad förståelse för ungdomar och sexualitet i relation till olika kulturer. Om samtal rörande sexualitet angav deltagarna att de hade fått tips och råd, att våga prata och ställa frågor och hur viktigt det är att skapa en relation till ungdomarna. Utbildningsdagen gav inspiration som kan stimulera till att fortsätta samtal i ämnet på arbetsplatsen.

Deltagarna fick en öppen fråga om förslag till innehållet i en eventuell fortsatt utbildning. En kategori förslag handlade om mera kunskap bl.a. om sexualitet och kulturella skillnader ur ett juridiskt perspektiv och om flickor/kvinnor och hedersproblematik. En annan kategori förslag var mera praktiska frågor om bl.a. hur man kommer igång med sex- och samlevnadsgrupper, arbetsmetoder för att arbeta med HBT frågor och sexualitet kopplad till kultur, praktiska samtalsövningar, workshops och rollspel, bemötande, normkritisk pedagogik och samarbete mellan skolan, HBV hem och god man. Det ansågs också viktigt att kunna dela med varandra erfarenheter, tips och råd.

Utvärderingen efter 6 månader

Deltagarna fick svara på frågor angående utbildningsdagen på nytt efter ett halvt år. De flesta deltagarna ansåg sig vara nöjda med utbildningsdagen, att innehållet i dagen stämde med de egna behoven i arbetet och hade ökat deras kunskaper. Trots det angav mer än fjärdedel av deltagarna att utbildningsdagen endast hade ökat deras kunskaper i en ganska liten grad. Deltagarnas svar på frågorna redovisas i Tabell 23.

Tabell 23. Svar på frågor angående utbildningsdagen.

	Inte alls		Ganska liten grad		Ganska hög grad		Mycket hög grad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hur nöjd är du med utbildningsdagen “Sexualitet och kultur”?	0	0,0	17	10,8	87	55,1	54	34,2
Hur väl stämde innehållet i dagen med dina behov i arbetet?	0	0,0	23	14,9	102	66,2	29	18,8
Anser du att utbildningsdagen ökat dina kunskaper om temat för dagen?	0	0,0	45	28,7	83	52,9	29	18,5

En annan fråga var *”Har du diskuterat innehållet i utbildningsdagen på din arbetsplats efter utbildningsdagen?”* där ca tre fjärdedelar (72,6 %) svarade ja medan en dryg fjärdedel (27,4 %) svarade nej på frågan. En följdfråga var *”vad har diskussionerna lett till?”* Tjugo deltagare svarade på frågan. Ett par deltagare angav att de gav information till kollegor som inte var med på dagen. Några svar handlade om förändringar för deltagarna: till exempel ökade kunskaper inom området (som de använde i arbete med ungdomar). Andra svar handlade om att de hade fått ökad trygghet, kritiskt tänkande om åsikter och fördomar, och ökad förståelse om ungdomarnas situation. Någon angav att intresse hade väckts hos ungdomarna själva och de ville lära sig mera om ämnet. Utbildningsdagen hade även lett till några praktiska åtgärder som temakvällar på ett HBV hem och undervisning i sex- och samlevnad i klasser för elever med svenska som andra språk (SVA klasser). Flera deltagare angav att utbildningsdagen inte hade lett till någonting. En annan fråga var *”Känner du dig säkrare i att samtala med ungdomar i ditt arbete om frågor rörande sexualitet?”* där två tredjedelar av deltagarna angav i ganska stor eller mycket stor utsträckning på frågan medan den andra tredjedelen angav i mycket liten eller ganska liten utsträckning.

En fjärdedel av deltagarna (27,8 %) svarade ja på frågan *”Var det något du saknade i utbildningsdagen?”* Som svar på följdfrågan *”Vad var det du saknade?”* kom det fram att deltagarna önskade få djupare kunskaper som t.ex. om olika länder, områden och kulturer och förhållande till och synsätt på sexualitet i olika kulturer och om olika varianter av övergrepp på pojkar. Deltagarna ansåg att det blev mycket fokus på pojkar på utbildningsdagen och lite på flickor/kvinnor som t.ex. om kvinnors sexualitet i olika kulturer och om könsstympling. De angav även att de saknade hur ungdomarna själv ser på sex- och samlevnad. Ett förslag var att bjuda in några ungdomar för att få mera kunskap om vilka föreställningar de har i ämnet kultur och religion. Ett annat önskemål var mera tid för diskussion och flera utbildningstillfällen.

Slutsatser

Det krävs goda kunskaper, bra metoder och en bra organisation för att ta hand om ensamkommande ungdomar. Undersökningen ingår i projektet som Kunskapsnätverket HIV/STI – Mellansverige ansvara för med syfte att främja psykisk och sexual hälsa och för insatser mot Hiv och STI. En del i projektet är att kartlägga behov av utbildning hos personal som arbetar runt ensamkommande ungdomar, vilket ska ligga till grund för planeringen av utbildningsinsatser. Det är viktigt att få en bild

över hur personalen ser på hur viktigt de olika kunskapsområden är för det egna arbetet och vilka kunskaper de anser att de saknar för att veta var de kommande utbildningsinsatserna ska fokusera på.

Eftersom svarsfrekvensen för den båda enkäterna var 41 % bör detta beaktas vid tolkning av resultaten. Det var också en skillnad i antalet respondenter i respektive befattningsgrupp vilket skulle kunna påverka jämförelserna mellan grupperna. Gruppen skolsköterskor hade den högsta svarsfrekvens (76 %) vilket kan tyda på att gruppen anser att kunskaper i sex- och samlevnad är ett angeläget område för dem. De övriga grupperna hade en svarsfrekvens på omkring en tredjedel inom respektive grupp.

Resultatet av studien visar att personalen som arbetar med ensamkommande ungdomar anser att de har ett ansvar i att stötta ungdomarna i frågor rörande hälsa. De ansåg att det var viktigt för deras arbeten med kunskaper om olika sexualitet i relation till kulturer, ungdomars identitetsutveckling och sexualitet och faktakunskaper om sexualitet. Samtidigt som personalen värderar kunskaper som viktiga anser de sig inte alltid ha tillräckligt med kunskaper. Resultaten visar att personalen anser sig ha faktakunskaper om sexualitet men att de behöver mera kunskaper om sexualitet i relation till religion och olika kulturer och om olika processer i ett multikulturellt samhälle. En betydande andel ansåg också att de saknade kunskaper om hur ungdomar utvecklar sin sexuella identitet.

Det förekom några skillnader i vilka kunskaper som de olika personalgrupperna ansåg att de hade. Personal på HBV hem, chefer/samordnare hörde till de som till största andelen angav att de hade kunskaper om olika kulturer och samhällen och kulturmöten i multikulturella samhällen. Skolsköterskor och barnmorskor på ungdomsmottagningar angav i stor utsträckning att de hade kunskaper om hur ungdomar utvecklar sin sexualitet och om sexuellt riskbeteende. En förklaring till det kan vara att det ingår i deras yrkesroller att arbeta med ungdomars sexual hälsa.

Asylsjuksköterskor är den personalgrupp som skiljer sig mest från de andra. En betydande del ansåg att det inte ingick i deras arbeten att stötta ungdomar i frågor rörande psykisk och sexual hälsa. Detta kan bero på att deras ansvarsområden och roll skiljer sig från de övriga gruppernas. Det kan vara så att deras kontakter med ensamkommande ungdomar inte är lika frekventa som personal på HBV hem eller skolsköterskornas. Vidare fanns en betydande andel asylsjuksköterskor som ansåg sig ha bristande kunskaper om ungdomars utveckling i sin identitet och sin sexualitet, och faktakunskaper om sexualitet. Samtidigt ingår det i yrkesrollen att ha hälsosamtal med ungdomarna. I hälsosamtalet bör det ingå frågor om sexual hälsa och då är det viktigt att de har kunskaper inom sex- och samlevnad och känner sig bekväm med att tala med ungdomar om sexualitet. I undersökningen var antalet asylsjuksköterskor som deltog ganska få, endast 13 personer. Det kan innebära att de som ingick i undersökningen inte är representativa för yrkesgruppen asylsjuksköterskor.

Behov av utbildningsinsatser är störst inom området kultur och sexualitet och bör vara ett prioriterat område för utbildningsinsatser. I planering för utbildningsinsatserna kan hänsyn tas till personalgruppens olika behov och till personalgruppens sammansättning beträffande ålder, kön, och utbildningsnivå. Personalen hade en genomsnittlig hög medelålder, var mest kvinnor och hade höga utbildningsnivåer. Det kan beaktas för att utbildningsinsatser hamnar på rätt nivå och anpassas efter gruppen.

Handledning var vanligt förekommande. De allra flesta respondenter hade handledning utom skolsköterskorna och asylsjuksköterskorna där knappt hälften hade handledning. Den övervägande delen i samtliga befattningsgrupper ansåg att de hade i ganska hög grad eller mycket hög grad behov av handledning. Med anledning av resultatet kan det vara en god idé att lyfta frågan om tillgång till handledning för skolsköterskor och asylsjuksköterskor. Handledning skulle kunna fungera som komplement till utbildningsinsatser där frågor rörande hur man möter ungdomarnas frågor om sex- och samlevnad kan ingå.

Resultatet från kartläggningen av kunskapsbehovet var grunden för planeringen av utbildningsinsatser. Utbildningsinsatsen var i form av en utbildningsdag. Syftet med uppföljningsstudien var att utvärdera utbildningsinsatsen i projektet. Deltagarna i kartlägningsstudien var inte desamma som i utbildningsstudien. De största skillnader var antalet chefer/samordnare på HBV hem var mycket färre i utvärderingsstudien; tre i utvärderingsstudien mot 24 i kartlägningsstudien. En annan skillnad var att deltagarna i utvärderingsstudien hade arbetat något längre i sin befattning. Flera i utvärderingsstudien angav ”annan” som arbetsbefattningar mot kartlägningsstudien (59 mot 16). Utöver de befattningar som förekom i utvärderingsstudien tillkom skolkurator, psykolog, terapeut, socionom, lärare på språkinträdning, familjehemssekreterare, barnmorska på barnmorskemottagning, sexolog, läkare och projektledare i ett projekt mot hiv. Andelen kvinnor var något högre i utvärderingsstudien än i kartlägningsstudien.

Utvärdering av utbildningsdagen

De flesta deltagarna ansåg sig vara nöjda med utbildningsdagen, att innehållet i dagen stämde överens med de med sina behov man hade i arbetet och att det hade ökat deras kunskaper. Trots det angav mer än fjärdedel av deltagarna att utbildningsdagen endast hade ökat deras kunskaper i en ganska liten grad. Det framkom önskemål om djupare kunskaper och ett mer omfattande innehåll. Deltagarna ansåg att det saknades ensamkommande ungdomars perspektiv och att innehållet i utbildningsdagen inte berörde förhållanden för flickor i tillräcklig utsträckning. Det förefaller finnas ett behov av ytterligare utbildningstillfällen där det kan finnas möjlighet att täcka upp flera kunskapsområden och lämna

utrymme för diskussion och erfarenhetsutbyte. Ett annat behov som framkom var utbildning i praktiska frågor såsom pedagogik, bemötande, samarbete och att starta grupper i sex- och samlevnad för ensamkommande ungdomar.

Målet med att öka kunskapen hos deltagarna som deltog i utbildningsdagen uppnådes i hög grad då ca 80 % av deltagarna angav att utbildningsdagen hade ökat deras kunskaper om temat. En annan förhoppning var att kunskapen skulle leda till nya processer och aktiviteter ute i verksamheterna. Det är inte möjligt att bedöma utifrån undersökningen men vissa positiva tecken ses t.ex. i form av nystartade temakvällar på ett HBV hem och undervisning sex- och samlevnad i klasser för elever med svenska som andra språk (SVA klasser). Nästan tre fjärdedelar av deltagarna angav att de hade diskuterat innehållet i utbildningsdagen på sin arbetsplats. Genom att diskutera kan man lyfta fram frågor om attityder, värderingar, fördomar, förståelse och kunskap som är viktigt att ha reflekterat över för att utveckla ett bra förhållningssätt till ensamkommande ungdomar.

En av deltagarna angav att ungdomarna också vill lära sig mera om sex- och samlevnad. De är i en period i livet där de utvecklar sin identitet och har många funderingar över sexualitet och hur det är i den kultur de har kommit till. Det är positivt att två tredjedelar av deltagarna ansåg sig vara säkrare i att samtala med ungdomar om frågor rörande sexualitet. Men en tredjedel förefaller vara i behov av stöd för att bli säkrare i samtal med ungdomar om ämnet.

Utifrån kartlägningsstudien framkom det att deltagarna ansåg sig ha behov av mera kunskaper om sexualitet i relation till religion och olika kulturer och om olika processer i ett multikulturellt samhälle samt kunskaper om hur ungdomar utvecklar sin sexuella identitet. En fördjupning av kunskaper inom sex- och samlevnad ansågs vara viktiga i arbetet, dels allmänna kunskaper om sex- och samlevnad och dels om sexualitet i relation till kultur och religion. Utbildningsdagen hade temat sexualitet och kultur och berörde sexualitet allmänt och i relation till kultur. Deltagarna fick ta del av erfarenhet och råd om att arbeta och samtala med ungdomar i frågor rörande sex- och samlevnad. Innehållet i utbildningsdagen stämmer i stor del överens med det som deltagarna ansåg sig behöva och vara av vikt, men det saknades möjlighet till en fördjupning och större bredd i de olika ämnen som berördes samt tid till diskussioner och reflektioner. Det finns ett fortsatt behov för nya utbildningsinsatser i framtiden.

Referenser

Blake, S.M., Ledsy, R., Goodenow, C., & O'Donnell, L. (2001). Receipt of School Health Education and School Health Services Among Adolescent Immigrants in Massachusetts. *Journal of School Health*, 71, (3), 105 – 113.

Brendler-Lindqvist, M. (2004). *Att möte de ensamkommande barnen*. Stockholm: Rädda Barnen

Departementsserien Ds 2004:54. *Mottagandet av barn från annat land som kommer till Sverige utan medföljande legal vårdnadshavare (s.k. ensamkommande barn)*. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet.

European Migration Network [EMN], (2011). *Key EU Migratory Statistics* [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://emn.intrasoft-intl.com/Downloads/prepareShowFiles.do?entryTitle=2%2E%20Annual%20Reports%20on%20Asylum%20and%20Migration%20Statistics> [2011-07-30].

Hek, R. (2005). *The Experiences and Needs of Refugee and Asylum Seeking Children in the UK: A Literature Review*. (Research Report No 635, University of Birmingham).

Hessle, M. (2009). *Ensamkommande men inte ensamma*. (Akademisk avhandling i pedagogik vid Stockholms universitet).

Kohli, R.K.S. (2006). The comfort of strangers: social work practice with unaccompanied asylum-seeking children and young people in the UK. *Child and Family Social Work*, 11, 1 – 10.

McMichael, C., & Gifford, S. (2010). Narratives of sexual health risk and protection amongst young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 12, (3), 263 – 277.

Migrationsverket, (2012). *Aktuellt om... ensamkommande barn & ungdomar* [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se/download/18.800a8ef13731e6ee93800032237/Aktuellt+om+juni+2012+%282%29.pdf> [2012-06-27].

Rademakers, J., Mouthaan, I., & de Neef, M. (2005). Diversity in sexual health: Problems and dilemmas. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10, (4), 207 – 211.

Smittskyddsinstitutet, (2011). *Hivprevention och sexuell hälsa* [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/hivsti-prevention/> [2010-09-13].

Statens Folkhälsoinstitut, (2011). *Sexualitet och reproduktiv hälsa* [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Sexualitet-och-reproduktiv-halsa/> [2011-05-17].

Bilaga 1

Tabell 12. Personalens svar på påståenden

	Instämmer inte alls		Instämmer till viss del		Instämmer i hög del		Instämmer helt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jag är bekväm med att samtala om sexualitet								
Personal på HBV hem	0	0,0	19	24,7	26	33,8	32	41,6
Chef/samordnare	0	0,0	7	28,0	12	48,0	6	24,0
Skolsköterska	0	0,0	1	5,3	15	78,9	3	15,8
Asylsjuksköterska	0	0,0	6	46,2	2	15,4	5	38,5
Barnmorska	0	0,0	1	5,0	2	10,0	17	85,0
Annan	0	0,0	8	50,0	4	25,0	4	25,0
Ungdomar har rätt till sin sexualitet								
Personal på HBV hem	1	1,3	18	23,7	24	31,6	32	42,1
Chef/samordnare	0	0,0	2	8,0	5	20,0	18	72,0
Skolsköterska	0	0,0	1	5,3	8	24,1	10	52,6
Asylsjuksköterska	1	7,7	3	23,1	1	7,7	8	61,5
Barnmorska	0	0,0	1	5,0	2	10,0	17	85,0
Annan	1	6,3	6	37,5	4	25,0	5	31,3
Tjejer som har haft många partner förtjänar ett dåligt rykte								
Personal på HBV hem	63	84,0	7	9,3	3	4,0	2	2,7
Chef/samordnare	24	96,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
Skolsköterska	18	94,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Asylsjuksköterska	11	84,6	1	7,7	1	7,7	0	0,0
Barnmorska	18	90,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
Annan	15	98,3	1	6,3	0	0,0	0	0,0
Killar som har många partner förtjänar ett dåligt rykte								
Personal på HBV hem	64	85,3	9	12,0	1	1,3	1	1,3
Chef/samordnare	24	96,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0
Skolsköterska	18	94,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3
Asylsjuksköterska	11	84,6	1	7,7	1	7,7	0	0,0
Barnmorska	18	90,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
Annan	14	87,5	1	6,3	0	0,0	0	0,0
Jag anser att det kan vara okey att killar från andra kulturer får vara den som bestämmer i en relation								
Personal på HBV hem	65	86,7	5	6,7	4	5,3	1	1,3
Chef/samordnare	23	92,0	0	0,0	1	4,0	1	4,0
Skolsköterska	18	94,7	1	5,3	0	0,0	0	0,0
Asylsjuksköterska	11	84,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0
Barnmorska	20	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Annan	14	87,5	2	12,5	0	0,0	0	0,0
Man ska vara kär i den man har sex med								
Personal på HBV hem	21	28,0	29	38,7	13	17,3	11	14,7
Chef/samordnare	10	40,0	5	20,0	9	36,0	0	0,0
Skolsköterska	4	21,1	9	47,4	5	26,3	1	5,3
Asylsjuksköterska	1	7,7	4	30,8	2	15,4	6	46,2
Barnmorska	9	45,0	8	40,0	3	15,0	0	0,0
Annan	5	31,3	3	18,8	5	31,3	3	18,8

En sexuell relation mellan två av
samma kön är okey

Personal på HBV hem	4	5,3	9	12,0	9	12,0	53	70,7
Chef/samordnare	1	4,0	0	0,0	0	0,0	24	96,0
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	3	15,8	16	84,2
Asylsjuksköterska	1	7,7	0	0,0	2	15,4	9	69,2
Barnmorska	1	5,0	0	0,0	3	15,0	16	80,0
Annan	2	12,5	1	6,3	3	18,8	9	56,3

Jag anser att det är bra att
ungdomarna får sex- och
samlevnads-undervisning

Personal på HBV hem	1	1,3	0	0,0	5	6,7	69	92,0
Chef/samordnare	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	100
Skolsköterska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	100
Asylsjuksköterska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	100
Barnmorska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	100
Annan	0	0,0	0	0,0	3	18,8	13	81,3

Bilaga 2

Tabell 12. Demografiska uppgifter för undersökningsdeltagare i utvärderingsstudien

	Total n = 168	Percent
	n	%
Vilket län tillhör du?		
Uppsala län	28	18
Gävleborgs län	36	23
Dalarnas län	35	22
Västmanlands län	13	8
Värmlands län	37	23
Örebro län	10	6
Vilken huvudman har du?		
Kommun	107	67
Landsting	39	24
Annan	14	9
Kön		
Kvinna	135	84
Man	25	16
Vad har du för arbetsbefattning		
Personal på HBV hem	50	31
Chef/samordnare	3	2
Skolsköterska	27	17
Asylsjuksköterska	7	4
Barnmorska på ungdomsmottagn.	14	9
Annan	59	37
Hur många år har du arbetat i din befattning?		
Under 1 år	9	6
1 – 5 år	79	49
6 – 10 år	28	17
Mer än 10 år	44	28
Vilken är din högsta utbildningsnivå?		
Gymnasieutbildning	10	6
Högskoleutbildning	91	57
Specialistutbildning/vidareutb.	52	33
Annan	6	4