

"Because he's worth it"

Utvärdering av Järva mansmottagning, en hälsofrämjande sex- och samlevnadsmottagning för män



»Because he's worth it«

Utvärdering av Järva mansmottagning,
en hälsofrämjande sex- och
samlevnadsmottagning för män

Gunilla Neves Ekman

Förord

En av Lafas viktiga målgrupper i det förebyggande arbetet är invandrare och flyktingar. Sedan starten 1987 har olika försök gjorts för att nå dessa med preventiva insatser när det gäller hiv, andra sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Ett sätt var ett lokalt folkhälsoprojekt i stadsdelarna Rinkeby och Spångsten i mitten av 1990-talet. Stadsdelarna som alla har hög invandratäthet skiljer sig markant från de områden i Stockholm som har en större andel svenskfödd befolkning, när det gäller bakgrund, utbildningsnivå och hälsotillstånd.

Kartläggningen av resurserna i stadsdelarna och Lafas lokala folkhälsoarbete där, visade att det finns stöd i lokalsamhället för såväl ungdomar som kvinnor när det gäller förebyggande arbete kring sexualitet och hälsa via t ex skola, ungdomsmottagning och mödrahälsovård. Däremot saknades sådant stöd för de vuxna männen. Det fanns ingen lättillgänglig mottagning för män för testning av könssjukdomar, samtal kring erektionsproblem och rådgivning i frågor kring manlig sexualitet och samlevnad.

Lafa beslöt då att i samarbete med Stockholms stad bygga upp och starta en mansmottagning där det förebyggande arbetet skulle vara lika viktigt som det kliniska.

Gunilla Neves Ekman som var projektledare för Järva mansmottagning beskriver i den här rapporten processen kring tillblivandet av mottagningen. Hon visar bland annat hur viktigt det är att förankra ett förändringsarbete hos alla medverkande parter. Hur svårt det kan vara att förena kommunens behov och önskemål om att bredda verksamhetens innehåll för att lösa alla problem som kan gälla invandrarmän till sjukvårdens mer snäva önskemål om ett konkret kliniskt arbete. Det framgår också hur viktigt det är med rätt personalsammansättning på en liten mottagning och hur svårt det är att få förståelse för det förebyggande arbetet inom en hälso- och sjukvård som av tradition har sitt fokus i det kliniska arbetet.

Rapporten speglar tiden fram till projekttidens slut 2006. Den har skrivits som en magisteruppsats inom Karolinska Institutets folkhälsovetenskapliga program och har därför den form som en sådan uppsats kräver.

Idag är Järva mansmottagning en väl fungerande enhet inom Stockholms läns landsting. Mottagningen hör fortfarande till Lafa och kombinerar klinisk verksamhet med en utåtriktad informations- och utbildningsverksamhet. Upptagningsområdet sträcker sig idag utanför stadsdelarna på Järvafältet och det förebyggande ar-

betet, främst inom SFI-skolorna, täcker hela Stockholms stad. Antalet besökande till mottagningen har fyrdubblats sedan starten, man har drop-in-mottagning en dag i veckan, man har byggt upp en välbesökt webbsida om mottagningen och mäns sexualitet på sju språk, man utvecklar metoder inom det kliniska arbetet som sedan lärs ut till andra, t ex om kondomsamtal. Cirka 65 procent av besökarna på mottagningen är män födda utomlands, de flesta från Mellanöstern och olika afrikanska länder.

Rapporten visar att det genom ett målmedvetet arbete, goda kunskaper om preventionsteorier och praktiska erfarenheter är möjligt att bygga upp något helt nytt, något som inte finns någon annan stans och som fyller ett behov. Nämligen att öka kunskapen och förståelsen kring män och deras sexualitet och ge män samma möjlighet som kvinnor till ett bra bemötande kring frågor som rör sexualitet och hälsa.

Anna-Karin Asp
Chef för Lafa

Abstrakt

Folkhälsoarbete kring sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention har vanligtvis fokuserat på ungdomar, kvinnor eller riskutsatta grupper och det har ofta saknats insatser riktade till män. I jämförelse med kvinnor har män i Stockholm ett begränsat vårdutbud när det gäller problem relaterade till sexuell hälsa. Det finns behov av ökade kunskaper om sexualitet, hälsa och prevention bland vissa män med utländsk bakgrund, visar erfarenheter från Lafa, Stockholms läns landstings enhet för sexualitet och hälsa. För att öka kunskaperna och mäns möjligheter att ta ansvar för sin sexuella hälsa startades projektet Järva mansmottagning som ett samarbete mellan Lafa och Stockholms stad. Projektet pågick mellan 2002 och 2006. Mottagningen har manlig personal och erbjuder STI/hiv-testning och behandling, psykosocialt stöd samt hälsoutbildning. Målgrupp var vuxna män bosatta i tre stadsdelar där en majoritet av befolkningen hade utländsk bakgrund.

Syftet med utvärderingen av Järva mansmottagning var att beskriva den process som låg bakom mottagningens utformning, analysera hur verksamheten fungerade och studera mottagningen ur ett hälsofrämjande perspektiv samt att undersöka framtida utvecklingsmöjligheter. Två kvalitativa datainsamlingsmetoder, skriftlig dokumentation och intervjuer, har använts i utvärderingen.

Utvärderingsresultaten visade att en mottagning hade skapats som förenade klinisk verksamhet med ett utåtriktat och hälsofrämjande arbete och som nått rätt målgrupp. Initialt uppfattades målgruppen som svår att nå och det tog lång tid att få mottagningen känd och accepterad. Besökarnas benägenhet att testa sig för STI och deras medvetenhet om riskbeteende och kondomanvändning tycktes ha ökat. Det initiala tvärssektoriella samarbetet med stadsdelsförvaltningarna fungerade dåligt. Bristande kompetens i personalgruppen och inadekvata arbetsförhållanden försenade verksamhetsutvecklingen. Mansmottagningen kunde inte integreras i den ordinarie hälso- och sjukvårdsorganisationen men drevs vidare av Lafa.

Slutsatserna är att klinisk verksamhet kombinerad med hälsofrämjande insatser tycks kunna bidra till ett mer hälsofrämjande beteende bland män. För att metodutveckling ska ske måste rätt kompetens finnas i personalgruppen. Innan ett tvärssektoriellt samarbete påbörjas måste förutsättningarna prövas noga. Integrering av en mottagning med hälsofrämjande inriktning i hälso- och sjukvårdsorganisationen kräver förankring på alla nivåer.

NYCKELORD: Mansmottagning, sexuell hälsa, STI, hiv, prevention, hälsoutbildning, hälsofrämjande arbete, processutvärdering

Abstract

Public health work on sexual health and HIV/STI prevention has usually focused on young people, women or high-risk groups, with few initiatives being aimed at men. In comparison with those available to women, there is only a limited range of health-care services on offer to men in Stockholm for problems related to sexual health. Experiences from Lafa, Stockholm County Council's unit for sexuality and health, show that there is a need for greater knowledge about sexuality, health and prevention among certain men of non-Swedish origin. To raise their level of knowledge and give them greater opportunities to take responsibility for their sexual health, the Järva Men's Clinic project was started as a cooperation between Lafa and the City of Stockholm. The project was active between 2002 and 2006. The clinic has an all-male staff and offers STI/HIV testing and treatment, psychosocial counselling and health education. The target group consisted of adult men resident in three districts in which a majority of the population is non-Swedish.

The aim of the evaluation of Järva Men's Clinic was to describe the thinking behind the design of the clinic, to analyse how it worked and to study the clinic from a health promotion perspective, as well as to look at how it could be developed in the future. Two qualitative data collection methods, written documentation and interviews, were used in the evaluation.

The results showed that the clinic had combined clinical activities with outreach and health promotion work and had managed to get through to the right target group. Initially, this group was seen as difficult to reach, and it took a long time for the clinic to become known and accepted. Visitors now seem to have a greater propensity to test themselves for STIs, and their awareness of risk behaviours and use of condoms seem to have increased. The initial cross-sectoral cooperation with the district administrations worked badly. A lack of competence among staff and inadequate working conditions meant that the organisation did not develop as quickly as was hoped. The men's clinic could not be integrated in the ordinary health-care organisation and continued instead to be run by Lafa.

The conclusions drawn from the evaluation are that clinical activities combined with health promotion efforts seem to be able to contribute to a behaviour that promotes health among men to a larger extent. If methods are to be improved, staff must have the relevant competence. Before a cross-sectoral cooperation is initiated, the conditions for such cooperation must be examined carefully. The integration of a clinic focused on health promotion in the healthcare organisation requires support and acceptance at all levels.

KEYWORDS: Men's clinic, sexual health, STIs, HIV, prevention, health education, health promotion work, process evaluation

Innehåll

Abstrakt	4
Abstract	5
Inledning	8
Uppsatsens disposition	9
Bakgrund	10
Folkhälsoarbete kring hiv, STI och sexuell hälsa – definitioner, teorier och mål	11
Mäns sexuella hälsa i folkhälsoarbetet och i hälso- och sjukvården	13
Lokalt folkhälsoarbete i mångkulturella bostadsområden	15
Järva mansmottagning – ett treårigt pilotprojekt	18
Utvärdering	21
Syfte och frågeställningar	21
Utvärderingens teoretiska utgångspunkter	22
Metod och material	25
Metod för datainsamling	25
Etiska överväganden	27
Resultat	30
Idén om en mansmottagning	30
Från idé till verksamhet	34
Start och igångsättning	40

En personalgrupp med gemensamma mål	49
Förändring och reflektion	60
En ny personalgrupp formas	63
Framtidsperspektiv	75
Epilog	85
Diskussion	86
Samarbetets svåra konst	86
Att skapa ett team	91
En hälsofrämjande modell för att arbeta med mäns sexuella och reproduktiva hälsa	96
Behövs en mottagning med manlig profil?	104
Framtida utveckling	108
Metoddiskussion	111
Slutsatser	121
Tack	124
Ordförklaringar	125
Referenser	126
Bilaga	133

Inledning

Sverige har en lång tradition av sexualupplysning och hälso- och sjukvårdsinsatser som syftar till att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Både det offentliga samhället och enskilda organisationer, som t.ex. RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) och RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter), har genom sexualpolitiken engagerat sig för medborgarnas sexualitet och hälsa, något som på många andra håll i världen oftast betraktats som en privat angelägenhet för den enskilda individen. Historiskt sett har framför allt flickor och kvinnor stått i fokus för arbetet med att främja och skydda den sexuella och reproduktiva hälsan. Pojkars och mäns sexualitet och hälsa har oftast betraktats i relation till flickors och kvinnors och sällan värderats eller problematiserats för sin egen skull (Waller 2002).

I folkhälsoarbete som syftar till att främja sexuell hälsa och sexuellt välbefinnande har det ofta saknats insatser som riktar sig till vuxna män. För att öka mäns kunskaper om sexualitet och samlevnad och skapa möjligheter för dem att ta ansvar för sin sexuella och reproduktiva hälsa startades projektet Järva mansmottagning som ett samarbete mellan Landstinget förebygger aids och Stockholms stad. Mottagningen är troligtvis den enda i sitt slag i Sverige som arbetar både hälsofrämjande och med klinisk verksamhet.

Järva mansmottagningen blev förlagd till förorten Rinkeby och vände sig under projekttiden till vuxna män bosatta i de närliggande stadsdelarna där befolkningen har en övervägande mångkulturell bakgrund. Mansmottagningen erbjuder testning, vård och behandling och psykosocialt stöd när det gäller sexuellt överförda sjukdomar och andra frågor relaterade till sexualitet och relationer. En stor del av mottagningspersonalens tid ägnas åt utåtriktad hälsoupplysning och samtal om sexualitet och samlevnad med olika manliga grupper i närområdet.

Att undersöka hälsofrämjande arbete i praktiken är ett viktigt sätt att ackumulera kunskap (Potvin, Haddad & Frohlich 2001). Kunskapen från en utvärdering kan både bidra till att förbättra den speciella interventionen och till att öka den generella kunskapsbasen i hälsofrämjande arbete (ibid.).

Som projektledare för Järva mansmottagning har jag intresserat mig för hur processen kring projektets uppbyggnad gick till och hur det har gått att förena ett sjukdomsförebyggande, kliniskt arbete med ett hälsofrämjande synsätt. Denna magisteruppsats har därför gjorts i form av en processutvärdering som har fokus på framväxten av Järva mansmottagning och på det arbete som bedrivits på mottagningen. Syftet med utvärderingen har varit att beskriva processen som låg bakom mottagningens utformning, analysera hur verksamheten fungerade, utvärdera mottagningen ur

ett hälsofrämjande perspektiv samt undersöka mottagningens framtida utvecklingsmöjligheter.

Uppsatsens disposition

Utvärderingen inleds med ett bakgrundskapitel som beskriver utvecklingen av folkhälsoarbetet kring sexuell och reproduktiv hälsa, ger definitioner av centrala begrepp och tar upp de folkhälsomål som finns på nationell och regional nivå. I bakgrunden presenteras också synen på mäns sexuella hälsa och det vårdutbud som finns för män i Stockholm. Därefter beskrivs de hälsorelaterade behov som uppmärksammades i några mångkulturella bostadsområden i Stockholm och som senare ledde fram till starten av Järva mansmottagning. Bakgrundsavsnittet avslutas med en presentation av de idéer och den målsättning som utgör grunden för arbetet på Järva mansmottagning.

I de följande kapitlen beskrivs syftet med utvärderingen, frågeställningarna preciseras och de teoretiska utgångspunkterna för utvärderingen presenteras. I avsnittet om utvärderingens metod och material redogör jag för vilka metoder som används i utvärderingen, och hur materialet har tolkats och analyserats. Resultatdelen grundar sig på intervjuer och dokumentmaterial om projektet Järva mansmottagning. Jag har försökt att ur olika synvinklar belysa processen runt mottagningens framväxt och utveckling från slutet av 2000 och fram till och med hösten 2006.

I avsnittet ”Etiska överväganden” berör jag de etiska problem som aktualiserats till följd av min funktion i projektet och i samband intervjuerna.

Diskussionen fokuserar på det tvärssektoriella samarbetet mellan landstinget och stadsdelsförvaltningarna på Järvafältet samt på de personella och organisatoriska förutsättningar som fanns för att skapa en fungerande verksamhet. Därefter följer en diskussion om mottagningens modell för att bedriva ett folkhälsoinriktat arbete med mäns sexuella och reproduktiva hälsa samt ett resonemang kring mottagningens manliga profil och verksamhetens framtid.

I metoddiskussionen tar jag upp min roll som intern utvärderare och projektledare och diskuterar de möjligheter och begränsningar som detta inneburit. I avsnittet diskuteras också de datainsamlingsmetoder som använts, tolkningen av materialet, hur utvärderingsprocessen har påverkat projektets utveckling samt etiska aspekter på det metodiska tillvägagångssättet. Diskussionsdelen avslutas med ett resonemang kring mansmottagningens framtida utveckling. Avslutningsvis presenteras utvärderingens slutsatser.

Bakgrund

Det offentliga omsorg om människors sexuella och reproduktiva hälsa har tagit sig skiftande uttryck. År 1955 gjordes sexualundervisningen obligatorisk i den svenska skolan. I början på 1970-talet uppmärksammades problemet med spridning av sexuellt överförda sjukdomar (STI, sexually transmitted infections)¹ och särskilt gonorré. Förutom olika medicinska åtgärder genomfördes ett omfattande hälsoupplysningsarbete. RFSU lanserade en uppmärksammas affischkampanj med syfte att synliggöra gonorré-situationen och att främja kondom användning. Flera olika faktorer kan förklara den kraftiga nedgången av gonorré-fallen, men kampanjen ”I kväll får 107 svenskar gonorré” anses ha bidragit till att smittspridningen i Sverige hejdades (Nycop 1973).

En ny, friare abortlag infördes 1975 och samhällets oro för att aborterna skulle öka gjorde att preventivmedelsrådgivningen för vuxna kvinnor byggdes ut, och över hela landet startades ungdomsmottagningar. Ungdomsmottagningarna skulle hjälpa ungdomar, och då framför allt flickor, att skydda sig mot oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner (RFSU 2006-10-09, SOU 1971:58).

När hiv²- och aids³-epidemin kom till Sverige i början av 1980-talet fanns alltså redan etablerade strukturer, kunskap och erfarenheter av hälsoupplysning som kunde användas direkt i det generella hiv- och aidsförebyggande arbetet.

Den statliga Aids-delegationen som samordnade insatserna mot hiv och aids identifierade tidigt särskilt riskutsatta grupper, som de ansåg behövde speciella insatser: ungdomar, män som har sex med män, intravenösa injektionsmissburkare och invandrare och flyktingar. Särskilda statliga pengar avsattes för hiv- och aidsprevention, och landsting, kommuner och andra aktörer uppmanades utveckla och genomföra insatser för de olika grupperna.

År 1987 startades Landstinget förebygger aids (Lafa) i Stockholms län som ett projekt för att arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande med sexuellt överförda infektioner inklusive hiv. Landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd beslutade 1990 att Lafas verksamhet skulle permanentas och även omfatta arbete för att förebygga oönskade graviditeter.

Statens folkhälsoinstitut (FHI), som fördelade de statliga hiv-aidsmedlen, uppmuntrade särskilt utvecklingen av projekt och insatser för invandrargruppen, eftersom institutet ansåg att det inte gjordes tillräckligt mycket inom hiv-området för denna målgrupp.

Under 1990-talet satsade Stockholms läns landsting på lokalt baserat folkhälsoarbete, och i många områden placerades lokala folkhälsoplanerare. Syftet var att skapa stödjande miljöer för hälsa och att stärka befolkningens möjlighet att ta eget

1 De vanligaste sexuellt överförda infektionerna är klamydia, gonorré, syfilis, herpes och kondylom

2 Hiv = humant immunbristvirus

3 AIDS = Acquired Immuno Deficiency Syndrome

ansvar för sin hälsa. Även Lafa började arbeta i några geografiskt avgränsade länsdelar med att utveckla lokalt förankrat och anpassat folkhälsoarbete för att främja sexuell hälsa och förebygga hiv och andra sexuellt överförda infektioner. En av dessa lokala insatser resulterade så småningom i starten av Järva mansmottagning i Rinkeby.

Folkhälsoarbete kring hiv, STI och sexuell hälsa – definitioner, teorier och mål

Folkhälsa definieras av WHO (World Health Organization) som ett socialt och politiskt koncept som syftar till att förbättra hälsan, förlänga livet och förbättra befolkningens livskvalitet (Nutbeam 1998). Folkhälsoarbete kan i korthet beskrivas som systematiska och målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen (Janlert 2000). Några av strategierna som ofta används i folkhälsoarbetet är hälsofrämjande arbete och sjukdomsförebyggande arbete.

Det hälsofrämjande arbetet tar sin utgångspunkt i Ottawa-deklarationen om hälsofrämjande arbete där målsättningen är, förutom att ge individen kunskap och färdigheter att värna sin hälsa, att skapa stödjande miljöer för hälsa (WHO 1986).

I deklarationen är begreppen *advocate*, *enable* och *mediate* centrala. Genom att *förespråka* (*advocate*) hälsointressen syftar det hälsofrämjande arbetet till att gynna faktorer som främjar människors hälsa. Hälsofrämjande insatser ska *möjliggöra* (*enable*) för människor att göra hälsosamma val och ta kontroll över faktorer som påverkar deras hälsa. Det hälsofrämjande arbetet kräver koordinerade insatser från olika sektorer i samhället vilket också gör det nödvändigt att *medla* (*mediate*) mellan olika samhällsintressen i strävan efter att främja hälsa (WHO 1986).

WHO menar att en intervention kan betecknas som hälsofrämjande om den innehåller aktiviteter som leder till att individer eller grupper involveras i syfte att öka deras egenmakt. Begreppet *egenmakt*, på engelska *empowerment*, definieras inom det hälsofrämjande området som en process, igenom vilken individer eller grupper får större kontroll över beslut och handlingar som påverkar deras hälsa (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett 2001).

Det sjukdomsförebyggande arbetet brukar delas in i primär-, sekundär- och tertiär prevention (Gjestland 1963). Primär prevention omfattar åtgärder som t.ex. hälsoupplýsning och hälsofrämjande insatser, som syftar till att motverka sjukdom genom att förebygga uppkomsten av ohälsa. I folkhälsoarbetet med STI och hiv innebär primär prevention att förhindra att människor blir smittade. Sekundär prevention handlar om insatser för att hindra sjukdomars vidare förlopp. Som sekundär prevention räknas bl. a. tidig diagnos och behandling. Detta betyder för det STI-

och hiv-förebyggande arbetet att tidigt identifiera de som blivit smittade, erbjuda vård och behandling och försöka förhindra att de smittar andra. Tertiär prevention riktar in sig på att förhindra ytterligare sjukdomsutveckling, motverka att en sjukdom blir kronisk och på rehabilitering och behandling av handikapp. När det gäller STI och hiv betyder tertiär prevention vård och behandling för att förebygga komplikationer.

Enligt Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett (2001) är inte koncepten sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande synonyma utan snarast komplementära begrepp. Det förebyggande arbetet kan utföras på ett hälsofrämjande sätt, genom att individer och grupper uppmuntras till egenmakt och delaktighet, och genom att social rättvisa och tvärsektorielt samarbete betonas.

En enhetlig definition av begreppet sexuell hälsa saknas. Begreppet är kontroversiellt i många länder och WHO presenterar på sin hemsida nedanstående förslag på en arbetsdefinition, som ska ses som ett bidrag till en pågående diskussion om begreppet, och inte som en definition som WHO ställer sig bakom:

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social wellbeing in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.
(WHO 2006-10-10)

WHO menar, att den sexuella hälsan påverkas av en komplex väv av faktorer som sexuellt beteende, attityder och sociala faktorer liksom av biologisk risk och genetisk predisposition. I begreppet sexuell hälsa ingår, enligt WHO, hiv, STI, oönskade graviditeter och abort, infertilitet och STI-relaterad cancer, samt problem kopplade till sexuell dysfunktion (WHO 2006-10-10).

De sexuellt överförda infektionerna och framför allt hiv medför allvarliga konsekvenser både för individen och för samhället. Den enskilda människan riskerar allvarliga komplikationer, kroppsliga och psykosociala problem, stigmatisering och att livet förkortas. För samhällets del innebär dessa infektioner stora kostnader för vård och behandling, sjukskrivningar och pensioneringar. Huvudmålet för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet med hiv och STI, både på nationell och på regional nivå, är att minska smittspridning och antalet allvarliga komplikationer av dessa sjukdomar.

Enligt den nationella handlingsplanen för STI och hiv-prevention för perioden

2000 - 2005, och enligt Stockholms läns landstings handlingsprogram för STI-prevention från 2002, ska folkhälsoarbetet kring STI och hiv inriktas mot ett hälsofrämjande arbete med sexualitet och samlevnad i ett brett perspektiv. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet grundar sig på Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och på Smittskyddslagen (SFS 2004:168). Även abortlagstiftningen ålägger landstinget att bedriva hälsouppllysning kring sexualitet, samlevnad och prevention av oönskade graviditeter (SOU 1983:31).

En grundläggande målsättning är att alla – oavsett kön, etnisk tillhörighet och sexuell läggning – har rätt till kunskap och information om hur man skyddar sig mot STI/hiv och oönskade graviditeter för att kunna göra medvetna val när det gäller sexuell risktagande. (Statens folkhälsoinstitut 2001, Stockholm läns landsting 2002).

Mäns sexuella hälsa i folkhälsoarbetet och i hälso- och sjukvården

Folkhälsoarbete kring sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention har oftast varit inriktat på ungdomar, kvinnor eller särskilt riskutsatta grupper som t.ex. män som har sex med män. Inom hälso- och sjukvården har kvinnorna stått i fokus för preventivmedelsrådgivning och mödra- och förlossningsvård. Mannens sexualitet och sexuella och reproduktiva hälsa har vanligtvis betraktats utifrån hans roll i reproduktionen eller som partner till kvinnan.

Internationell forskning och utvärdering av öppenvårdsinsatser avseende mäns sexuella och reproduktiva hälsa och hiv/STI beskriver till stor del verksamheter och program riktade specifikt till unga män, män som har sex med män, män från etniska minoriteter eller till män i utvecklingsländer. Mottagningar för män har ibland också initierats som komplement till preventivmedelsrådgivning för kvinnor (Armstrong 2003, The Alan Gutmacher Institute 2003).

Vid FN:s befolkningskonferenser i Kairo 1994 och i Beijing 1995 började frågor om kvinnors och mäns individuella sexuella och reproduktiva hälsa att lyftas fram (UN 2006-01-19). Männens sexualitet och hälsa kopplas dock alltjämt ofta till deras roller och ansvar som pappor och partner (Maina-Ahlberg, Fugelsang & Johansson 1998). Först i samband med hiv/aids-epidemin i början av 1980-talet, började intresset på allvar att riktas mot männens sexuella beteende (The Alan Gutmacher Institute 2003).

Att söka vård i tid, d.v.s. testa sig och få behandling, är en viktig komponent i det hiv- och STI-förebyggande arbetet. I den nationella planen för hiv- och STI-prevention, liksom i Stockholms läns landstings handlingsplan, är målsättningen att tiden mellan smittotillfälle och diagnos och behandling ska minskas. Alla som diagnos-

tiseras med en STI eller hiv ska få information om hur smittoöverföring ska förhindras och erbjudas psykosocialt stöd. Ett gott medicinskt och psykosocialt omhändertagande av patienter med STI och hiv poängteras också i den nationella planen (Statens folkhälsoinstitut 2001, Stockholm läns landsting 2002).

Olika faktorer påverkar en individs benägenhet att söka vård. Det kan handla om individens kunskap om hur en sjukdom yttrar sig och föreställningar om vilka konsekvenser sjukdomen medför, tillgängligheten till vård och förväntningar på kompetens och bemötande hos vårdpersonalen (Statens folkhälsoinstitut 2001).

Alla vårdcentraler och husläkare ska kunna erbjuda hiv-testning samt testning och behandling av STI. Statistik visar dock att vårdcentralerna i Stockholms län endast svarar för en relativt liten andel av de upptäckta STI-fallen, t.ex. när det gäller klamydia (Smittskyddsenheten 2006). Av psykologiska, sociala och kulturella skäl vill patienter inte alltid ta upp problem med sexuellt överförda sjukdomar eller andra sexuella problem med sin husläkare eller andra i närsjukvården. Klinisk erfarenhet visar också, att många läkare inom primärvården känner sig obekväma med att ta upp frågor som handlar om patienternas sexualitet (Holbye 2005a). Många patienter väljer därför att söka sig till specialistmottagningar, där man kan förvänta sig hög kompetens och ett gott bemötande.

Vuxna män i Stockholm som behöver specialisthjälp för problem relaterade till sin sexuella hälsa har ett förhållandevis begränsat vårdutbud jämfört med kvinnor. För vuxna kvinnor finns i alla delar av länet lokala gynekolog- och barnmorskemottagningar och många privatpraktiserande gynekologer. Männen måste söka sig utanför sitt lokalområde till centrala Stockholm eller till de stora sjukhusen.

Männens motsvarighet till gynekologi kallas andrologi och är läran om de manliga könsorganens funktion och sjukdomar (Lundh & Györki 1983). Män kan söka eller blir remitterade till en androlog t.ex. vid ofrivillig barnlöshet, sexuella problem eller i samband med sjukdom eller medicinska behandlingar som påverkar fruktsamheten eller sexualiteten. Andrologi är inte någon egen medicinsk specialitet i Sverige på samma sätt som gynekologi, och i hela Sverige finns endast ett fåtal andrologimottagningar. I Stockholm finns bara ett andrologiskt centrum som har hela landet som upptagningsområde vilket medför långa väntetider.

De mottagningar som specifikt arbetar med män har antingen åldersgränser, eller så vänder de sig enbart till män som har sex med män. Unga män upp till 25 år har tillgång till ungdomsmottagningar som arbetar medicinskt, psykosocialt och förebyggande utifrån en helhetssyn på ungdomars sexualitet och hälsa. RFSU driver också en mottagning för unga män under 35 år som erbjuder rådgivning, testning och behandling av STI och andra problem relaterade till det manliga könet (Laack, Carlberg & Berggren 1996).

För homo- och bisexuella män finns två mottagningar: Venhälsan som erbjuder hiv-testning och provtagning och behandling av STI samt kuratorssamtal. Mottagningen arbetar också förebyggande och utåtriktad mot sin målgrupp. Den andra mottagningen är Psykhälsan, som är en psykosocial mottagning för homo- och bisexuella män och kvinnor.

För vuxna män i Stockholms län, oberoende av ålder och sexuell läggning, återstår sex- och samlevnadsmottagningarna (Sesam-mottagningar) lokaliserade till de fyra stora sjukhusen, RFSU:s klinik på Södermalm samt en drop in-mottagning i centrala Stockholm, Sesam City.

Till Sesam-mottagningarna på sjukhusen och RFSU-kliniken kan både män och kvinnor vända sig för testning och behandling av STI och för preventivmedels- och sexualrådgivning. Sesam-mottagningarna bedriver ett visst utåtriktad, förebyggande arbete företrädesvis riktad till högskolestudenter och unga vuxna. Sesam-mottagningarna är periodvis hårt belastade och har ibland långa väntetider. Sesam City erbjuder enbart STI-testning och preventivmedelsrådgivning och har ingen sexualrådgivning. Utanför centrala Stockholm och de stora sjukhusen har det alltså fram till starten av Järva mansmottagning inte funnits några lokala mottagningar som vänder sig särskilt till vuxna män.

Lokalt folkhälsoarbete i mångkulturella bostadsområden

Lokalt folkhälsoarbete definieras som folkhälsoarbete som bedrivs inom ett mindre område, t.ex. ett bostadsområde eller kommun (Janlert 2000). Begreppet stödjande miljöer för hälsa utvecklades på WHO:s konferens i Sundsvall 1991 utifrån Ottawa-deklarationen om hälsofrämjande arbete. I WHO:s Health Promotion Glossary definieras begreppet som:

Supportive environments for health offer people protection from threats to health and enable people to expand their capabilities and develop self reliance in health. They encompass where people live, their local community, their home, where they work and play, including peoples access to resources for health and opportunities for empowerment.

(NUTBEAM 1998)

Storstädernas mest utsatta förorter är idag ofta mångkulturella områden. Begreppet mångkulturalism saknar en entydig definition och används på många olika sätt i samhällsdebatten (Westin 1999). Mångkulturalism kan användas på ett deskriptivt

sätt, d.v.s. som en beskrivning av samhällets etniska och kulturella mångfald, eller på ett normativt sätt som ett politiskt eller filosofiskt samhällsideal (ibid.). Enligt Westin (1999) kan stadsdelsområden och bostadsområden karakteriseras som mångkulturella beroende på befolkningsammansättningen, och begreppet är starkt förknippat med storstäder och urban miljö.

I Storstadskommitténs slutbetänkande *Tre städer – En storstadspolitik för hela landet* (SOU 1998:25) konstateras, att invandrare, liksom arbetslösa och personer som är mer eller mindre permanent utslagna från arbetsmarknaden, är överrepresenterade i storstädernas mest utsatta områden. Där finns också en stor överrepresentation av personer med dålig hälsa. Ofta präglas de utsatta områdena av boendesegregation i betydelsen socioekonomisk och etnisk uppdelning av olika befolkningsgrupper och en uppdelning i olika boendemiljöer (SOU 1998:25)

Westin (1999) menar, att boendesegregation på klassmässig grund har förekommit sedan länge i Sverige, men att segregationen under senare år har kommit att domineras av kategorierna ”svensk” och ”invandrare”. Storstadskommitténs underlagsrapport *Delade städer* (SOU 1997:118) betonar, att det handlar om en sammantagen ekonomisk, social, etnisk och demografisk segregation som har förstärkts genom åren och anser att den vanliga bilden av att det främst är en etnisk segregation inte stämmer.

I propositionen *Mål för folkhälsa* (Prop. 2002/03:35) framhålls att integrationsperspektivet bör få en mer framträdande plats i det framtida folkhälsoarbetet, och att invandrades förutsättningar, att på lika villkor utveckla och bibehålla en så god hälsa som möjligt, särskilt bör uppmärksammas.

I den nationella folkhälsopolicyn (Ågren 2003) är det övergripande målet för folkhälsoarbetet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Delaktighet och inflytande i samhället lyfts fram som en av de mest grundläggande förutsättningarna för folkhälsan. För att nå det övergripande nationella folkhälsomålet, ska särskild vikt läggas vid att stärka förmågan och möjligheten till social och kulturell delaktighet för ekonomiskt och socialt utsatta personer.

I sin uppföljning av de folkhälsopolitiska målen konstaterar dock Folkhälsoinstitutet, att hälsans villkor för befolkningen i sin helhet har förbättrats under de senaste decennierna, men att de relativa sociala skillnaderna i hälsa är oförändrat stora, t.ex. mellan personer som är födda utomlands och personer födda i Sverige (Statens folkhälsoinstitut 2005).

Forskning visar att invandrare i allmänhet har sämre hälsa än infödda svenskar. Ett av de kraftfullaste sambanden inom folkhälsoforskningen är det mellan låg social status och ökad sjuklighet och för tidig död. Faktorer som arbetslöshet, diskrimi-

nering, social degradering, social utslagning, bostadssegregation och bristande integration i det svenska samhället har betydelse för utvecklingen av ohälsa. Att vara invandrare innebär ofta låg social status, och forskning har visat att personer med låg social status har en lägre grad av utnyttjande av primärvården än vad deras hälsotillstånd skulle motivera vilket innebär sämre möjligheter att få adekvat behandling (Statens folkhälsoinstitut 2002).

Folkhälsoinstitutet menar att det kan krävas speciella åtgärder för grupper med svag förankring i samhället för att påverka personer att söka vård, t.ex. för att testa sig för en STI eller för hiv och få behandling och stöd. Enligt den nationella planen för hiv- och STI-prevention behövs särskilda preventiva insatser för invandrare från länder med hög förekomst av hiv och andra STI, för dem med dålig grundutbildning och för de grupper som har kommit till Sverige på senare år från länder med bristfällig upplysning kring sexuella frågor och hiv/STI (Statens folkhälsoinstitut 2001).

Lafa (Landstinget förebygger aids) vid Centrum för folkhälsa i Stockholms läns landsting har sedan 1987 som uppdrag att arbeta för att förebygga hiv, STI, oönskade graviditeter och att främja sexuell och reproduktiv hälsa i Stockholms län. Lafas arbete grundar sig bland annat på landstingets handlingsprogram för STI- och hiv-prevention. I enlighet med den nationella planen för hiv och STI-prevention lyfter landstingets handlingsprogram fram vissa grupper som är särskilt prioriterade och viktiga att nå i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. En av dessa grupper är invandrare och flyktingar (Landstinget förebygger aids 1996).

Från mitten av 1990-talet har Lafa arbetat för att finna former för att utveckla lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete kring sexualitet och samlevnad i bostadsområden där en stor andel av befolkningen har utländsk bakgrund, och där många boende har anknytning till länder med hög hiv- och STI-förekomst.

Lafas arbete tog sin utgångspunkt i SESAME-modellen (Supportive Environment Action Model), en aktionsmodell för praktiskt arbetet med att skapa stödande miljöer för hälsa som utvecklats av Haglund m.fl. (1995). Modellen omfattar åtta steg där utgångspunkten är att identifiera behov och problem för att sedan etablera samverkan mellan möjliga samarbetspartner som tillsammans kan formulera målsättningar, utveckla strategier och mobilisera resurser för att dra igång hälsofrämjande verksamhet. De avslutande stegen beskriver skapandet av strukturer för att vidmakthålla aktiviteterna, uppföljning och utvärdering och slutligen hur erfarenheter av utvärdering och uppföljning kan användas för att förnya eller förändra verksamheten. Lafas arbete enligt denna modell ledde fram till ett samarbete med den lokala hälsoplaneraren vid Beställarkontoret Vård och Rinkeby stadsdelsförvaltning.

En kartläggning av resurssystemet för sex- och samlevnadsarbete som gjordes

i de mångkulturella stadsdelarna Tensta och Rinkeby på Järvafältet i nordvästra Stockholm, visade att män i dessa områden ofta saknade möjligheter att diskutera frågor om sexualitet och samlevnad med professionella (Nilsson u.å.). I Lafas möten med grupper av män med invandrarbakgrund, t.ex. inom invandrarorganisationer och i SFI⁴ – undervisningen har det också framkommit att det finns behov av ökade kunskaper om sexualitet, samlevnad, hiv/STI och det manliga könet. Detta behov uppmärksammades även av olika vårdgivare, t.ex. Sesam-mottagningen vid Karolinska sjukhuset (KS-Sesam) och RFSU-kliniken, som menade att många män med invandrarbakgrund hade behov av mer omfattande rådgivning, vård och behandling när det gäller STI och sexuella frågor.

Kvinnorna i området, var via gynekologmottagningar, barnmorskemottagningar, barnvårdscentraler/familjecentraler och speciella kvinnoprojekt relativt väl tillgodosedda då det gäller att få kunskap och rådgivning om preventivmedel, STI och sexualitet och samlevnad. Motsvarande service saknades i stort för män i dessa områden och mot denna bakgrund skapades projektet Järva mansmottagning.

Järva mansmottagning – ett treårigt pilotprojekt

I mars 2003 öppnade Järva mansmottagning. Mottagningen var en del av metodutvecklingen av hälsofrämjande och förebyggande arbete i områden med hög andel invandrare och startades som ett treårigt samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting och Stockholm stad.

Under projekttiden har mottagningen i första hand vänt sig till sig till män över 23 år som bor i stadsdelarna Kista, Rinkeby och Spånga-Tensta. Dessa stadsdelar ligger på Järvafältet i nordvästra Stockholm och gränsar till varandra. Stadsdelarna byggdes under 1970-talet som en del i miljonprogrammet och i områdena bor totalt ca 80 000 personer och drygt 22 000 är män i åldrarna 25 - 64 år (2004-12-31) (RTK 2006).

Enligt rapporten Befolkningens hälsa och behov av närsjukvård – ett kunskapsunderlag, Kista, Rinkeby, Spånga-Tensta (Stockholms läns landsting 2005) är befolkningen i de tre stadsdelarna på många sätt typisk för en utpräglad segregerad, invandrantät förort. Invånarnas bakgrund, utbildningsnivå och hälsotillstånd skiljer sig markant från andra områden i Stockholm med större andel svenskfödd befolkning.

I sin syn på vården är framför allt de utlandsfödda och de som uppger sig ha dålig hälsa kritiska till sjukvården. I Rinkeby och Kista är den del av befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård de behöver mycket lägre än genomsnittet för länet (Stockholms läns landsting 2005).

I Kista och Rinkeby är andelen invånare med utländsk bakgrund högst i Stockholms län, och även Spånga-Tensta har förhållandevis många boende med utländsk bakgrund. I jämförelse med andra delar av länet är antalet invånare med låg utbildningsnivå högt eller extremt högt i stadsdelarna vilket anses vara en av de starkaste markörerna för ohälsa (ibid.).

I Kista och Rinkeby är andelen män som uppger att de har tillgång till personligt stöd vid personliga problem och kriser bland de lägsta i länet. Männerna i dessa två områden skattar också sitt hälsotillstånd som mindre bra i jämförelse med övriga länet och andelen som anger nedsatt psykiskt välbefinnande är bland de högsta i länet (Stockholms läns landsting 2005).

Järva mansmottagnings målsättning, uppbyggnad och arbetssätt liknar den modell som ungdomsmottagningarna arbetar efter. Ungdomsmottagningar har funnits i Sverige i drygt 30 år och har som målsättning att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomars identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner. På ungdomsmottagningarna arbetar personal med både medicinsk och psykosocial kompetens, och man strävar efter ett tvärprofessionellt arbetssätt. Arbetet består av individuella samtal, undersökning, behandling, gruppverksamheter samt utåtriktat arbete. Grundsynen hos personalen utgår ifrån ett salutogent synsätt, det vill säga ett hälsofrämjande och icke-sjukdomsinriktat perspektiv (FSUM 2002).

Ungdomsmottagningarna och det speciella sätt man arbetar på har varit en viktig arena för det hiv- och STI-förebyggande arbetet och för arbetet med ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. En ledstjärna i utformningen av ungdomsmottagningarna har varit att anpassa verksamheten efter ungdomars behov och att kunna erbjuda så kallad ”youth friendly services”. ”Youth friendly services” karaktäriseras bl.a. av att ha ett respektfullt bemötande av ungdomarna, tillräcklig lång tid vid besöken, drop in mottagning och korta väntetider samt lättillgängliga och ungdoms-anpassade lokaler (UNFPA 2003).

Tanken med Järva mansmottagning var att skapa en liknande lättillgänglig arena som satte mannens behov i fokus och som tog sin utgångspunkt i ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv. Verksamheten vid Järva mansmottagning omfattar både traditionellt kliniskt patientarbete och utåtriktat, uppsökande arbete på gruppnivå. Personalen har medicinsk och psykosocial kompetens och erfarenhet av att arbeta med hälsoupplýsning och samtal i grupp. Patienterna erbjuds STI-testning, undersökning, rådgivning, behandling och individuella stödsamtal.

I projektbeskrivningen för Järva mansmottagning anges att målsättningen med mottagningens ska vara att:

- förebygga spridningen av hiv/aids och övrig STI
- öka kunskapen om betydelsen av hiv/STI-provtagning och tidig diagnostik
- främja kondom användning
- öka kunskaperna om det manliga könet, dess funktioner och om manlig sexualitet
- öka kunskaperna om preventivmedel och om hur oönskade graviditeter kan förebyggas
- öka förståelsen för och kompetensen i att hantera den egna mansrollen, familjerelationer och sexualitet
- minska ojämlikheten i sexuell och reproduktiv hälsa mellan olika etniska grupper
- minska ojämlikheten i sexuell och reproduktiv hälsa mellan män och kvinnor. (Landstinget förebygger aids 2001).

Järva mansmottagning skapades som ett treårigt pilotprojekt och i projektplanen anges att verksamheten ska utvärderas. Statens folkhälsoinstitut har bidragit med medel till den utvärdering som genomförts och redovisats i form av en magisteruppsats vid Karolinska Institutets folkhälsovetenskapliga institution.

Utvärdering

Genom en utvärdering av Järva mansmottagning har jag velat ta reda på hur en ny och unik verksamhet bara för män har byggts upp och hur det har gått att förena ett sjukdomsförebyggande, kliniskt arbete med ett hälsofrämjande synsätt.

För att kunna bedöma projektets strategi och mottagningens arbetssätt, innehåll och utvecklingsmöjligheter har jag valt att lägga fokus på projektets process: hur verksamheten planerades och startades, uppbyggnadsfasen och verksamheten i nuläget, liksom interaktionen med det omgivande samhället och möjligheter till förändring och utveckling av mottagningen.

Kunskapsmålet för utvärderingen av Järva mansmottagning har varit att utifrån en processbeskrivning försöka förstå och tolka verksamheten, sedd ur olika aktörers perspektiv och i sin samhälleliga kontext.

Utvärderingen har framför allt skett från den praktiska verksamhetens perspektiv, men utomstående aktörers uppfattningar har också tagits in. I utvärderingen av Järva mansmottagning utgår bedömningen från projektets bakomliggande idéer och den verksamhetsinriktning som anges i projektmålen samt från begrepp som används i hälsofrämjande arbete.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med utvärderingen kan sägas ha varit att förstå, förklara och tolka processen kring Järva mansmottagnings tillkomst, uppbyggnad och utveckling. Målsättningen har konkretiserats i fyra specificerade studiesyften.

Det första syftet har varit att beskriva processen kring mansmottagningens start och utformning. Det andra har varit att analysera hur verksamheten har fungerat och utvecklats under projektiden. Studiens tredje syfte har varit att utvärdera mottagningens arbetssätt ur ett hälsofrämjande perspektiv och det fjärde att undersöka förutsättningarna för en framtida utveckling av Järva mansmottagning. För att uppnå studiens syften har ett antal frågeställningar formulerats:

- Vilka var de bakomliggande idéerna och tankarna som låg till grund för starten och utformningen av Järva mansmottagning?
- Hur utformades det kliniska arbetet på mottagningen?
- Hur växte den utåtriktade verksamheten fram?

- Hur fungerar verksamheten i relation till de mål som sattes upp för mottagningen?
- På vilket sätt kan mottagningens arbetsätt antas främja mäns sexualitet och hälsa?
- Hur ser förutsättningar ut för mottagningens fortsatta verksamhet och utveckling?

Utvärderingens teoretiska utgångspunkter

Utvärdering kan definieras som att man värderar något på ett systematiskt och genomtänkt sätt, en rationell process som följer vissa metoder, och där man försöker hålla kontroll på olika steg i bedömningsarbetet (Karlsson 1999). Utvärderingar blickar tillbaka och bedömer det som är eller har varit för att ge vägledning framåt (Vedung 1998).

Syftet med en utvärdering kan se olika ut. Ett syfte kan vara att kontrollera, mäta resultat och effektivitet i en verksamhet för att ge beslutsunderlag. Utvärderingen kan också syfta till att främja och förbättra verksamheten. Att kritiskt granska och utveckla kunskap och förståelse för verksamheten kan vara ytterligare ett syfte. Under utvärderingens gång kan syftena förenas, förändras eller förskjutas (Karlsson 1999).

I en utvärdering är frågan om vad som ska utvärderas och vilken typ av kunskap man söker central. Vilken kunskap en utvärdering genererar beror på ur vilket perspektiv utvärderingsobjektet och förändringsprocesserna betraktas och vilken kunskapssyn som prioriteras i utvärderingen (Guba & Lincoln 1989).

Karlsson (1999) beskriver tre huvudsakliga utvärderingsmönster med olika fokus och kunskapssyn: mål – resultatutvärdering med fokus på att mäta och kontrollera resultat, processutvärdering med inriktning på frågor om hur resultatet har kommit till och med en kvalitativ bedömning av hur verksamheten fungerar samt interaktiv utvärdering med betoning på delaktighet och medverkan från olika intresseggrupper.

Den mål- och resultatnriktade utvärderingen har en kvantitativ inriktning. Utvärderingen sker mot fastställda mål som uttrycks i mätbara resultatetermer och resultaten är kvantitativt mätbara. Denna typ av utvärdering grundar sig på en teknisk kunskapssyn som förväntas ge objektiva mätbara resultat. Kvantitativa metoder används och utvärderaren ses som en expert på mätmetoder och förväntas inte göra någon bedömning av den verksamhet som utvärderas (Karlsson 1999).

Den processinriktade utvärderingen kopplas till en förståelseinriktad kunskaps-

syn med betoning på förståelse av det enskilda och sammanhanget samt hur verksamheten fungerar praktiskt och metodiskt (ibid.). Processutvärdering förutsätts inte bara analysera genomförandet och förloppet i förändringsarbetet utan också bedöma värdet av insatsen (Parmander 2005). Det är därför nödvändigt att välja värdekriterier att bedöma emot, att definiera vilken typ av bedömning och vilka referenspunkter som ska användas, samt hur resultaten ska jämföras och vilken strategi som ska användas för att väga samman resultaten (Karlsson 1999). Utvärderarens roll i den processinriktade utvärderingen är inte expertens utan här är aktörernas interaktion och samspel, uppfattningar och upplevelser viktigare, och från denna utgångspunkt utgår utvärderarens beskrivning och analys av processen (Ohlsson 1990). I en processutvärdering används huvudsakligen kvalitativa metoder som belyser arten eller beskaffenheten av ett fenomen och som ger möjlighet att på ett mångfacetterat sätt spegla ett händelseförlopp (Parmander 2005).

Den interaktiva utvärderingen bygger på tanken att olika intressenter medverkar och är delaktiga i utvärderingen. Karlsson (1999) urskiljer två inriktningar i diskussionen runt delaktighet. Det ena spåret lyfter fram intressenternas medverkan i formuleringen av vad som ska utvärderas och i diskussionerna kring resultat och hur dessa ska användas. Den andra inriktningen fokuserar mer på intressenternas medverkan i utvärderingen i avsikt att förbättra deras situation, och detta gäller då särskilt för intressegrupper som har svårt att göra sig gällande. Den kunskap som söks i den interaktiva utvärderingen är kopplad till värdemässiga och etiska aspekter på verksamheten, vad den betyder för olika intressegrupper och hur dessa själva kan påverka.

Utvärderarrollen i den interaktiva utvärderingen liknar den i processutvärderingen men kan också, enligt Karlsson (1999), innebära att utvärderarens uppgift blir att försöka medvetandegöra olika berörda om problem och behov som behöver åtgärdas. Liksom i processutvärderingen används kvalitativa metoder i den interaktiva utvärderingen.

För att klargöra vad som ska utvärderas i en verksamhet föreslår Karlsson (1999) en generell tankemodell som kan användas för att beskriva utvärderingsobjektet. I modellen relateras begreppen mål, process, resultat, ramar/förutsättningar och samhällsförändringar till varandra. Utifrån modellen kan utvärderaren sedan identifiera fokus för utvärderingen och precisera sina utvärderingsfrågor.

Patton (2002) hävdar, att det är fullt möjligt att blanda olika utvärderingsmetoder. En kreativ mix av olika metoder och strategier kan bidra till en mer verklighetsanpassad och pragmatisk utvärdering som kan tillfredsställa olika intressegruppers informationsbehov (ibid.)

Utvärdering av hälsofrämjande insatser liknar på många sätt den generella ut-

värderingen. Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett (2001) lyfter dock fram några principer som bör beaktas vid utvärdering av hälsofrämjande interventioner: olika intressegruppers delaktighet i utvärderingen, tidig och kontinuerlig utvärdering under alla faser av interventionen samt förmedling av utvärderingsresultaten till alla deltagare och intressenter.

Potvin, Haddad, & Frohlich (2001) menar att en utvärdering av hälsofrämjande program och interventioner bör ställa frågor med fokus på två områden:

- 1 Programmet/interventionens beståndsdelar och
- 2 Programmet/interventionens interaktion med omgivningen.

De frågeställningar som berör programmets/interventionens olika komponenter kan handla om att synliggöra *sammanhang (coherence)* och antaganden som ligger till grund för programmets/interventionens utformning och verksamhet och att studera *vad som uppnåtts (achievements)* (ibid.).

När det gäller interaktion med omgivningen anser Potvin, Haddad, & Frohlich (2001) att programmet/interventionens *relevans (relevance)* bör prövas för att bedöma hur lämpliga insatserna är i förhållande till den aktuella problemsituationen och målgruppens livsvillkor och behov. Vidare rekommenderas en analys av programmets/interventionens öppenhet, *mottaglighet (responsiveness)* för faktorer i omgivningen som kan påverka arbetet på olika sätt.

Slutligen bör utvärderingen ställa frågor om och analysera programmets/interventionens *resultat (results)* genom att undersöka förändringar, både väntade och oväntade, på individnivå och i det omgivande samhället (ibid.).

Metod och material

Val av metod styrs av studiens syfte, teoretiska perspektiv och aktuella frågeställningar (Trost 1997). För att besvara denna utvärderings frågeställningar har kvalitativa metoder valts. Kvalitativa metoder används för att klargöra ett fenomenets karaktär eller egenskaper och svarar på frågor om betydelse och mening (Widerberg 2002). I en processutvärdering gör kvalitativa metoder det möjligt att spegla ett händelseförlopp och, om flera olika kvalitativa källor används, kan det innebära att projektet kan studeras ur olika aspekter (Parmander 2005). Vanliga kvalitativa metoder är intervjuer, observationer och text- och bildanalys (Widerberg 2002).

Metod för datainsamling

I utvärderingen av Järva mansmottagningen har jag valt att använda två kvalitativa materialinsamlingsmetoder: skriftlig dokumentation av projektet och intervjuer.

Dokumentmaterial

Datainsamling genom att använda nedskrivet skriftligt material har använts för att följa den process som resulterade i starten och utformningen mottagning och för att beskriva och analysera verksamheten och vad som åstadkommit sedan projektstarten. Enligt Vedung (1998) koncentrerar sig dokumentmetoder på material som inte producerats speciellt för utvärderingen utan för något annat syfte under själva insatsprocessen.

Dokumentmaterialet som använts i denna utvärdering har bestått av projektplan, protokoll, beslut, minnesanteckningar, dagboksanteckningar, tidningsartiklar o. dyl. Mottagningens besöksstatistik, resultatsammanställning av en besöksenkät, utvärderingar av utbildningsinsatser samt anteckningar från arbetsplatsmöten och annan dokumentation av olika aktiviteter har också använts som källmaterial. Dokumentmaterialet omfattar cirka 400 sidor.

Intervjuer

Kvale (1997) beskriver forskningsintervjun som en mellanmänsklig situation och ett samtal mellan två parter om ett tema av ömsesidigt intresse, där kunskap utvecklas genom en dialog. Intervjuaren definierar situationen, introducerar samtalsämnen och styr intervjuförloppet genom ytterligare frågor. Syftet med intervjun kan vara antingen explorativt eller att pröva en hypotes (Kvale 1997).

I min utvärdering är syftet med intervjuerna framför allt explorativt, d.v.s. att

få kunskap om och nya infallsvinklar på hur de olika aktörerna, utifrån sina positioner, sett på Järva mansmottagnings framväxt, verksamhet, resultat, framtid och den egna rollen i projektet.

Totalt tolv personer har intervjuats under hösten 2005 och våren 2007. Sju personer har intervjuats i egenskap av att de är eller har varit anställda på Järva mansmottagning. Under den tid som utvärderingen omfattar har totalt nio personer arbetat på mottagningen. En person intervjuades vid två tillfällen, detta för att ge kompletterande information i projektets slutskede. De två som inte intervjuats har haft kortare anställningar. Samtliga yrkeskategorier, sjuksköterska, kurator och läkare, finns med bland de intervjuade. Två intervjupersoner, en handläggare på Lafa och en folkhälsoplanerare, har representerat den första projektledningsgruppen. Två personer har intervjuats som representanter för de berörda stadsdelsförvaltningarna och en person har företrätt Stockholms stad. En stadsdelsförvaltning är inte representerad i intervjuerna eftersom chefstjänstemannen som medverkade i projektet hade slutat sin tjänst i stadsdelen.

Intervjuerna har genomförts utifrån en halvstrukturerad intervjuguide (bilaga 1) som tagit upp de frågeställningar som ska täckas. Varje intervju har tagit 1 - 1 1/2 timme och har spelats in och sedan transkriberats av en skrivbyrå till totalt 167 sidor.

Utvärderingsdesign

Hur utvärderingens frågeställningar har relaterats till de olika infallsvinklarna i utvärderingen och vilka metoder och material som har använts presenteras i tabell 1.

Fokus	Frågeställning	Metod/material
Verksamhetens utformning	Vad föregick starten av Järva mansmottagning? Vilka antaganden låg till grund för utformningen av Järva mansmottagning?	Anteckningar, projektplaner, intervjuer
Verksamhetens innehåll	Hur har arbetet på mottagningen växt fram? Hur ser verksamheten ut efter 3,5 år?	Intervjuer, anteckningar, verksamhetsrapportering, tidningsartiklar
Resultat	På vilket sätt arbetar man i enlighet med projektmålen? Vilka nås av verksamheten?	Besöksstatistik, aktivitetsrapportering, kursplaner och kursutvärderingar, intervjuer, besöksenkät
Utveckling	Vilka hinder, problem och utvecklingsmöjligheter har funnits?	Intervjuer, verksamhetsrapportering
Främja hälsa	Hur kan Järva mansmottagnings arbetsätt bidra till att främja mäns sexualitet och hälsa?	Intervjuer, projektplaner, aktivitetsrapportering, kursplaner och kursutvärderingar, besöksenkät, litteratur

Tabell 1. Utvärderingsdesign

Metod för analys och tolkning

Närvinen (1999) hävdar att det i kvalitativ forskning inte går att metodologiskt och teoretiskt skilja mellan beskrivning, analys och tolkning som olika avsnitt. Varje analys är i sig redan en tolkning, liksom resultatet är det. Thomsson (2002) menar till och med att analysen och tolkningen redan startar så snart forskaren tänkt tanken om vad undersökningen ska handla om.

I utvärderingen av Järva mansmottagning har tolkningen gjorts med hjälp av det som Parmander (2005) kallar en dialektisk process mellan förståelse och förklaring av vad som hände, dvs. motiven, grunderna och orsakerna till händelseförloppet. Tolkningen har skett utifrån en processbeskrivning av projektets tillkomst och framväxt, målsättning och arbetssätt. Utgångspunkten har varit en kritisk granskning av och reflektion kring intervjuerna och dokumentmaterialet och en prövning olika tolkningsmöjligheter.

Processbeskrivningen har följt projektets kronologiska förlopp och målsättningen har varit att lyfta fram så många aspekter av och uppfattningar om verksamheten som möjligt. Valet av vad som skulle ingå i processbeskrivningen har inneburit en första analys och tolkning av materialet, där vissa skeenden och aspekter har inkluderats och andra har valts bort. Händelseförloppet har sedan tolkats mot bakgrund av utvärderingens syfte och frågeställningar. Tolkningen har även skett utifrån andra teman som har framträtt i intervjuerna och i dokumentmaterialet och som har bedömts vara betydelsefulla för att kunna förstå och förklara projektprocessen och de resultat som har uppnåtts.

I tolkningen och bedömningen av projektet har avsikten varit att synliggöra och förklara det organisatoriska och samhälleliga sammanhanget som projektet har befunnit sig i och hur detta har påverkat process och resultat. Syftet har också varit att försöka förstå och förklara enskilda delar i processen och hur dessa relaterat till verksamhetens utveckling och resultat. I analysen och tolkningen av mottagningens arbetssätt har ett flertal begrepp som empowerment/egenmakt, health literacy/hälso-kompetens, hälsoutbildning och hälsofrämjande arbetssätt o.s.v. (Nutbeam 1998, Naidoo & Wills 2005, Medin & Alexandersson 2000) samt ett genusperspektiv använts som referensram för att bedöma hur relevant verksamheten har varit i relation till målgruppens behov.

Etiska överväganden

I kvalitativa studier och utvärderingar aktualiseras flera etiska problem som bland annat rör datainsamlingsmetoderna och forskarrollen. Wallén (1996) menar att i kvalitativa studier finns inte lika klara metodregler som i kvantitativa studier och

forskarens syn på problemen, värderingar och självkänedom får därför större betydelse.

I denna utvärdering blir forskar-/utvärderarrollen ett etiskt dilemma på grund av mitt engagemang i projektet och min position i projektets organisationsstruktur, se nedanstående figur (figur 1). Funktionen som projektledare innebär att jag har en nära koppling både till projektets styrgrupp och till personalgruppen.



Figur 1. Järva mansmottagnings organisation

Alver och Öyen (1997) ser forskarens engagemang och motivation som en viktig resurs bl. a. för det perspektiv som läggs på arbetet och som drivkraft genom forskningsprocessen. Men de menar också att engagemanget kan bli så starkt att frågan väcks om man kan lita på forskningsresultaten. Närheten till temat kan hota den distanserade hållningen som forskaren måste kunna inta till sitt område. Det blir en etisk bedömning från forskarens sida om det är försvarbart att gå in i arbetsuppgifter där det finns ett starkt personligt engagemang (ibid.)

Trots min nära koppling till projektet har jag valt att genomföra denna utvärdering i rollen som intern utvärderare. För att förhålla mig till de etiska problem som detta innebär har jag försökt följa Alvers och Öyens (1997) förslag att redan från början redovisa bakgrunden till mitt engagemang för projektet och redogöra för mitt perspektiv. Genom regelbunden handledning har jag dessutom fått hjälp att skapa distans till utvärderingsobjektet och sätta in det i en vidare kontext.

Att använda intervjun som datainsamlingsmetod aktualiserar ett antal etiska frågeställningar. Vid genomförandet av intervjuerna i denna studie har Vetenskaps-

rådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning beaktats (Vetenskapsrådet 2002). De forskningsetiska principerna har bland annat till syfte att ge normer för förhållandet mellan forskare och undersökningsdeltagare och de konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav: *Informationskravet* innebär bland annat att de intervjuade ska ha informerats om undersökningens syfte och uppläggning, hur den ska användas, vilka eventuella konsekvenser den kan få för intervjupersonerna samt att deltagandet är frivilligt. *Samtyckeskravet* betyder att undersökningsdeltagaren har gett sitt samtycke till att delta. *Konfidentialitetskravet* syftar till att ge intervjupersonerna största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter förvaras så att obehöriga inte kan få tillgång till materialet. *Nyttjandekravet* innebär att uppgifter som samlats in om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål.

Samtliga intervjupersoner har gett det Kvale (1997) kallar informativt samtycke till att delta i utvärderingen och har samtyckt till att intervjuerna har spelats in. Frågan om konfidentialitet har diskuterats med varje intervjuperson eftersom det har varit omöjligt att garantera full anonymitet. De intervjuade har avidentifierats i utvärderingsrapporten men kan ändå kännas igen av läsare som är bekanta med mottagningen. Intervjupersonerna har trots att de varit medvetna om detta valt att medverka i intervjuerna.

Resultat

I detta kapitel beskrivs processen runt projektet Järva mansmottagnings framväxt och utveckling i kronologisk ordning. Först belyses det lokala folkhälsoarbetet och de diskussioner som ledde fram till att Järva mansmottagning startades. Igångsättningsfasen, utvecklingen av mottagningens organisation och av den kliniska och den utåtriktade verksamheten speglas framför allt genom intervjuer med de inblandade. Svårigheterna med att skapa en stabil personalgrupp, att få mottagningen känd och att hitta former för det utåtriktade arbetet beskrivs. Stadsdelarnas roll och hur projektet styrts presenteras, liksom vilka män det är som sökt sig till mottagningen under de olika faserna av projektet. Det sista avsnittet i resultatdelen belyser hur projektet utvecklats under 2006 när det gäller personal, verksamhet och ledningsfunktion samt vilka framtidsperspektiv som diskuterats.

Idén om en mansmottagning

Sedan mitten av 1990-talet hade Lafa, i samarbete med Rinkeby stadsdelsförvaltningen, bedrivit ett lokalt folkhälsoarbete runt sexualitet, samlevnad och hiv/STI-prevention riktat till befolkningen i Rinkeby. Målgruppen för arbetet var framförallt ungdomar men även vuxna kvinnor och män skulle inkluderas i arbetet. Olika aktiviteter som utbildning av skolpersonal, nätverksbyggen mellan skola och ungdomsmottagning och riktad hälsoupplýsning till kvinnor hade genomförts i syfte att öka kunskap och medvetenhet om sexualitet och prevention. Det hade dock inte gått att få männen i området involverade.

”... det var något som saknades i det lokala folkhälsoarbetet”

Det konkreta arbetet med sex- och samlevnadsfrågor i Rinkebys drevs av en arbetsgrupp bestående av två handläggare från Lafa och den lokala hälsoplaneraren som var anställd av landstinget men placerad på stadsdelsförvaltningen. Representanter för socialtjänsten i Rinkeby deltog regelbundet i gruppens möten. Försök hade gjorts att få lokala invandrarföreningar, som ofta hade övervägande manliga medlemmar, intresserade av frågorna men engagemanget var begränsat. Det hade inte heller lyckats att mobilisera de män som jobbade inom olika offentliga verksamheter, t.ex. daghem, skolor, socialtjänsten, och som skulle ha kunnat verka som kunskapsförmedlare och stöd i diskussioner med män runt sexualitet, relationer och prevention.

... det var ju någonting som saknades då i det här (lokala folkhälsoarbetet) och det var män. Det var ju inte bara vi i den lilla projektledningsgruppen som hade fun-deringar runt det utan det var många andra i det här området som flera gånger hade nämnt männen, både av dom som arbetade i området men även av dom... som fanns där ute i stadsdelsnämndsgrupper och andra... Vi hade väl inte alltid något bra svar för vi tyckte väl själva att det var lite svårt att hitta vägar fram till männen.

HANDLÄGGARE, LAFA

Att männen skulle involveras stöddes av flera aktörer. Rinkeby folkhälsoråd, som bestod av lokala stadsdels- och landstingspolitiker och några adjungerade chefs-tjänstemän, följde och stöttade arbetsgruppens arbete. I folkhälsorådet var man angelägen att också männen skulle omfattas av insatserna.

I arbetsgruppen föddes i slutet av 2000 idén att starta en mansmottagning for-mad utifrån en modell liknande den som ungdomsmottagningarna arbetar efter. En mottagning av ungdomsmottagningsmodell sågs som en möjlig väg att nå männen i förebyggande syfte. Önskan att nå ut till alla delar av befolkningen, d.v.s. också till männen, grundade sig på en oro för hur hiv- och STI-situationen kunde se ut i området. Klamydia ökade i hela länet, men befintlig STI- och hiv-statistik gav inte någon klar bild av smittförekomsten i området. På grund av stadsdelens befolknings-sammansättning hade många boende genom sin bakgrund kontakt med länder med hög hiv-förekomst och kunde förväntas vara mer utsatta för risken att smittas med hiv. Förutom smittspridningen fanns också en samhällsekonomisk vinst med tidig upptäckt av hiv.

Arbetsgruppens grundtanke med mansmottagningen var att ha en lokal medi-cinsk mottagning för STI-frågor med enbart manlig personal. Mottagningen skulle även kunna erbjuda psykosocial rådgivning och en del av verksamheten skulle ägnas åt utåtriktade informationsinsatser, t.ex. föreläsningar för invandrarföreningar. Personalen skulle bestå av läkare, sjuksköterska och kurator. Målgruppen skulle vara vuxna män från Rinkeby, d.v.s. huvudsakligen män med invandrarbakgrund. Rätt snart i planeringen beslöt arbetsgruppen att vidga upptagningsområdet till att om-fatta hela Järvafältet, d.v.s. även Kista och Spånga-Tensta stadsdelar som har en be-folkningsammansättning som liknade Rinkebys. Bedömningen var att det skulle bli svårt att få resurser för en mottagning som bara skulle vända sig till män i Rinkeby, den minsta stadsdelen i Stockholms stad.

Tanken att ha enbart manlig personal grundade sig på en hypotes i arbetsgrup-pen om att män, och då speciellt äldre män och män med invandrarbakgrund, skulle ha svårare att prata om sexualitet med en kvinna. Även om det inte fanns forskning som visade detta ville de pröva idén.

I april 2001 tog arbetsgruppen en första kontakt med Norra Stockholms Sjukvårdsområde (NSSO) och projektidéerna och en första budget presenterades. Mötet resulterade i beslut om att fortsätta arbetet med att hitta finansiering och att utveckla samarbetet med stadsdelarna. Arbetsgruppen hade ännu inte kontaktat Kista och Spånga-Tensta stadsdelförvaltningar men samarbetet med socialtjänsten i Rinkeby fortsatte.

I arbetsgruppens diskussioner och i intervjuerna med olika aktörer går att urskilja att det fanns åtminstone två, delvis motsatta uppfattningar om syftet med att starta en mansmottagning. Den ena var präglad av ett socialt och problemorienterat synsätt, den andra mer inriktad på sjukdomsprevention och hälsouppllysning.

Socialtjänsten i Rinkeby uppfattade mansmottagningen som en möjlighet att, via en medicinsk mottagning, nå män för att arbeta förebyggande mot kvinnovåld och våld i hemmet. De bedömde att med ett sådant syfte kunde projektet lättare infogas i stadsdelsförvaltningens uppdrag att arbeta med jämställdhetsfrågor, könsroller och integration. Socialtjänsten var särskilt intresserad av den utåtriktade och uppsökande delen.

Lafa såg mottagningen som ett led i det STI- och hiv-förebyggande arbetet i invandramålgruppen. Lafa ville även försöka utveckla en modell för en mansmottagning som, om den föll väl ut, skulle kunna implementeras i andra delar av Stockholm. Mottagningen uppfattades också av Lafa som en jämställdhetsfråga, men i ett mer medicinskt perspektiv. Kvinnor ansågs ha bättre tillgång till vård och behandling än männen när det gällde problem relaterade till sexualitet och relationer. Utifrån tidigare erfarenheter av arbete med invandrargrupper trodde Lafa dessutom att behovet av kunskaper var större än i mer "svenska" bostadsområden, eftersom många vuxna i Rinkeby förmodligen inte hade fått sex- och samlevnadsundervisning i skolan. Även den lokala hälsoplaneraren trodde att en medicinsk mottagning skulle kunna vara en arena dit män skulle komma, inte bara för att ta upp medicinska, STI-relaterade problem. På mottagningen skulle de kunna arbeta mer förebyggande med sexuell ohälsa vilket ingick i sjukvårdsområdets folkhälsomål.

Det de tre aktörerna var överens om var att mottagningen skulle kunna bidra till jämställdhetsarbetet.

Man satsar ju på att kvinnorna sitter och pratar med varandra. Det är inte liksom lösningen att bara titta på kvinnan, utan jobba med männen är ju oerhört viktigt... Jämställdhetsfrågor är ju inte en kvinnlig fråga utan (rör) både män och kvinnor.

HÄLSOPLANERARE

Förankringsarbete för att få stöd för idén

Under hösten 2001 diskuterade och utarbetade arbetsgruppen en detaljerad projektplan och en budget för mottagningen, nu döpt till Järva mansmottagning. Gruppen beslöt att kontakta organisationer och nyckelpersoner som arbetade professionellt med STI, hiv och frågor kopplade till sexualitet och hälsa för att diskutera idén om en mansmottagning och be om feedback.

Sesam-mottagningen på Karolinska sjukhuset, RFSU och Smittskyddsenheten kontaktades. Projektförslaget presenterades och diskuterades, och arbetsgruppen upplevde att de fick stöd för att genomföra projektet. RFSU och KS-Sesam trodde mottagningen skulle få ett brett patientunderlag och man ansåg att projektet behövdes. KS-Sesam tyckte sig se en överrepresentation av manliga patienter från Järvafältet på sin mottagning och såg Järva mansmottagning som ett sätt att bli avlastade. Smittskyddsläkaren kunde inte utifrån den tillgängliga STI- och hiv-statistiken se att stadsdelarna hade speciella behov av en STI-mottagning i jämförelse med andra områden, men var ändå positiv till projektet som ett sätt att arbeta sjukdomsförebyggande med invandrargrupper.

Även hiv-samordnaren i Stockholms stad bjöds in till en diskussion om projektidén. Hon blev intresserad och, i egenskap av att vara den tjänsteman som bereder förslag till fördelning av de statliga hiv-anslaget inom Stockholms stad, lovade hon verka för att projektet skulle få ekonomiskt stöd.

Två stormöten

Representanter för berörda myndigheter och andra organisationer som kunde vara intresserade av att delta i eller ha synpunkter på mansmottagningsprojektet, bjöds in till två stormöten på Lafa. Ca 20 personer kom och diskuterade projektplanen och stadsdelarnas eventuella medverkan i projektet. För första gången deltog representanter för socialtjänsten i Spånga-Tensta och Kista tillsammans med socialtjänsten i Rinkeby. De övriga deltagarna kom från Norra Stockholms sjukvårdsområde, KS-Sesam, RFSU:s mottagning för unga män, landstingets smittskyddsenhet, ungdomsmottagningarna på Järvafältet, familjecentralen i Spånga-Tensta och mödravårdscentralen i Rinkeby. Även den konsultläkare som senare började arbeta på Järva mansmottagning var med på mötena. Han bjöds in eftersom han tidigare varit smittskyddsansvarig i området och nu arbetade på ungdomsmottagningarna i området och var intresserad av projektidén.

På mötena uttrycktes både positiva och mer avvaktande uppfattningar om projektet. Stadsdelarnas representanter hade sinsemellan delvis olika uppfattningar om nyttan av en mansmottagning och diskuterade om en mottagning med medicinsk inriktning skulle kunna bidra till att förebygga och/eller minska våld i hemmen och

kanske också kunna förebygga aborter. Man var överens om att män behöver kunskaper om sexualitet och samlevnad, och att det var viktigt att också arbeta med männen för att inte skapa polarisering och kunskapsklyftor mellan kvinnor och män. Vissa ifrågasatte dock om det var rätt att lägga ner pengar på en mottagning just för män, eftersom de ansåg att män tog stor plats och redan fick mycket av de knappa resurserna.

Rinkebys representanter som varit delaktiga i projektplaneringen sedan en längre tid var tydligt positiva till att medverka i en mansmottagning medan Kista och Spånga-Tensta, som relativt nyligen dragits in, var mer tveksamma. Mottagningens läge diskuterades och förslaget att lokalisera den till Rinkeby ifrågasattes, framförallt från Kistas och Spånga-Tenstas sida, utifrån en önskan att mottagningen skulle vara lätt att nå från alla tre stadsdelarna.

De två mötena resulterade i att representanterna från socialtjänsten i Kista och Spånga-Tensta lovade ta med sig idéerna om en mansmottagning hem till sina respektive förvaltningar för att sedan återkomma med någon form av beslut om eventuell medverkan i projektet. Socialtjänsten i Rinkeby var principiellt intresserade av att fortsätta delta i mansmottagningsprojektet men formerna måste diskuteras vidare.

Mötena visade att det fanns många olika synpunkter och en stor spännvidd i vad de olika intressenterna ville få ut av en verksamhet som Järva mansmottagning. Lafas handläggare och Rinkebys hälsoplanerare tolkade diskussionerna på mötena som att det trots de olika uppfattningarna ändå fanns stöd och intresse för projektet.

Arbetsgruppen bestämde sig för att gå vidare med projektplaneringen, börja söka finansiering och arbeta vidare med att hitta former för samverkan med stadsdelarna. Utifrån diskussionerna på mötet tog gruppen fasta på att mansmottagningen inte bara skulle vara fokuserad på prevention av STI och hiv utan också arbeta med att öka kunskapen om sexualitet och hälsa, diskutera mansrollen och mannens relation till sin partner och familjen. De beslöt dock att behålla den salutogena och hälsofrämjande inriktningen och inte formulera om projektets mål utifrån ett probleminriktat perspektiv, vilket var det som vissa av socialtjänstens representanter vill lyfta fram. Arbetsgruppen ville skapa en verksamhet som inte i första hand skulle betraktas som avsedd för män med sociala problem utan något som skulle kunna erbjuda service till alla män i stadsdelarna.

Från idé till verksamhet

Arbetsgruppen diskuterade hur den fortsatta projektplaneringen skulle organiseras och vem som skulle kunna vara formell ”projektägare”. Skulle projektet drivas av

hälsoplaneraren eller läggas på Lafa? Efter samråd med Lafas chef beslöt arbetsgruppen att den fortsatta projekthandläggningen skulle kunna skötas från Lafa. Lafa drev flera större projekt och hade administrativ personal och rutiner som skulle underlätta en eventuell framtida projekthantering. Hälsoplaneraren var landstingsanställd med placering på stadsdelsförvaltning och ansåg inte att hon hade samma administrativa möjligheter att hålla i ett relativt stort projekt.

I början av 2002 ansökte Lafa om medel hos landstingets Hälso- och psykiatriutskott (HPU) för det första året av ett treårigt pilotprojekt, Järva mansmottagning. HPU förfogade över ett speciellt folkhälsoanslag som syftade till att stimulera och möjliggöra utvecklingsarbete som stöd för folkhälsoarbete på läns- och kommunal/ lokal nivå. Den handläggare på Hälso- och sjukvårdsnämnden som beredde ärendet övervägde att föreslå HPU att avslå Lafas ansökan. Lafa kontaktade då folkhälso-landstingsrådet, som var HPU:s ordförande, och presenterade projektidéerna. Folkhälsolandstingsrådet ställde sig bakom projektansökan och i juni beviljade HPU 900 000 kr för metodutveckling under ett år.

Medel söktes även på andra håll. I maj presenterade Lafa och Rinkebys hälsoplanerare projektidén på en samverkansträff med politiker och tjänstemän från landstinget och stadsdelarna på Järvafältet. Ärendet togs därefter upp i Norra Stockholms Sjukvårdsområdes styrelse och 100 000 kr beviljades ”under förutsättning att Stockholms Stad står för sin del av kostnaden för projektet”. Stockholms stads socialtjänstnämnd beslutade på förslag av sin hiv-samordnare att bidra med 100 000 kr för 2002 från stadens statliga hiv-anslag. Medel söktes även hos Stockholms stads integrationsförvaltning som dock inte kunde stödja projektet, eftersom förvaltningens bidrag var avsedda för projekt och verksamheter med invandrarför- eningar som huvudmän och projektägare.

Projektidéerna hade också diskuterats med ansvariga för det hiv-förebyggande arbetet på Statens folkhälsoinstitut och en projektansökan lämnades in. FHI beslutade att ge bidrag specifikt till projektets utvärdering. I mitten av 2002 hade projektet fått drygt hälften av första årets budget på totalt ca 1 800 000 kr.

Mobilisering av stadsdelsförvaltningarna

I början av sommaren 2002 var frågan om stadsdelarnas eventuella medverkan och ekonomiska bidrag till projektet fortfarande inte klar. Arbetsgruppen hade fortsatt att träffa stadsdelarnas socialtjänstrepresentanter och projektet diskuterades i olika omgångar med berörda chefer inom socialtjänsten. Några beslut fattades inte. Svårigheten låg i att få fram finansiering och i en tveksamhet inför att prioritera en satsning som bedömdes ligga utanför stadsdelarnas egentliga uppdrag. Ekonomin i stadsdelarna var ansträngd, man hade tvingats göra nedskärningar och hade svårt

att finansiera ordinarie verksamheter. Representanterna från stadsdelarna diskuterade om en mansmottagning var en uppgift för kommunen och inte framför allt en hälso- och sjukvårdsfråga som borde skötas av landstinget.

Principiellt var stadsdelarna positiva till projektet men, i motsats till arbetsgruppen, såg socialtjänsten projektet främst som en arena för att arbeta probleminriktat mot mäns våld mot kvinnor.

Det är ju mycket kring den här problematiken kring sexualitet och sånt som känns angeläget att nå fram, för vi har ju lite olika syn på det kanske mellan olika kulturer och att det här kunde vara ett sätt att försöka nå männen i dialog kring sådana här frågor... det här med kvinnovåld är ju en ganska stor fråga kan man säga i vår stadsdel och ska man hjälpa kvinnor i den situationen så har vi ju länge jobbat med idén att då måste man också på något sätt kunna hjälpa männen. Det här var ju ett sätt då, en inkörsport... att om man väl kan nå männen utifrån någonting som är intressant även för dom så kan man ju utvecklas ihop och kanske hitta nya sätt och former för att få kontakt och diskutera problem...

CHEF, SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Chefen för socialtjänsten i Rinkeby hade till viss del en annan syn. Han menade att kommunen hade ett ansvar för att arbeta med attitydförändringar och jämställdhetsfrågor, och att en mansmottagning skulle kunna gynna det långsiktiga arbetet med befolkningen i stadsdelen. I Rinkeby såg förvaltningen projektet som ett sätt att pröva nya arbetsmetoder i det förebyggande arbetet och en möjlighet att nå vuxna män som inte redan hade kontakt med socialtjänstens mer probleminriktade verksamheter. Han ansåg också att det handlade om förhållandevis små insatser som begärdes från respektive förvaltning.

I och för sig, det krävdes inget omfattande, det var nästan symbolisk medverkan, ... men återigen att legitimera den typ av arbete som inte existerar i kommunens omsorg, även genom väldigt symboliska medel, kan vara något slags trendbrytande perspektiv. Men jag tycker faktiskt från början till slut faktiskt att det går att legitimera...

CHEF, RINKEBY STADSDELSFÖRVALTNING

För att komma vidare i projektplaneringen beslöt arbetsgruppen att försöka få ett formellt svar från stadsdelarna om intresset för medverkan i projektet. Stadsdelsdirektörerna och ordförandena i stadsdelsnämnderna kontaktades per brev av Lafas chef och sjukvårdsdirektören på NSSO med en formell förfrågan om intresse för projektet och om möjligheten att bidra med ca 200 000 kr per stadsdel och år från och

med 2003. Stadsdelarna beslöt att tillsammans bidra till kuratorstjänsten genom att frigöra tre manliga socialarbetare som skulle tjänstgöra 10 timmar i veckan vardera på mansmottagningen. Denna lösning sågs som den enda möjligheten för stadsdelarna att överhuvudtaget bidra till projektet.

Den övriga bemanningen var tänkt att bestå av en manlig sjuksköterska/verksamhetschef på heltid och en manlig läkare, helst venereolog, på heltid.

Trots att projektet inte hade full finansiering beslöt arbetsgruppen ändå att försöka starta mottagningen under hösten 2002. Arbetsgruppen ansåg att idén om en mansmottagning var så bra att det var värt att gå vidare.

Vi hade kommit ganska långt i vårt tänk kring organisation och struktur faktiskt ganska långt innan vi hade fått ett ja på att det var okej att göra det här. Och jag tror kanske snarare att vi tänkte ibland att vad märkligt att ingen har testat det här förut... vi tyckte oss ha hittat ett bra sätt att nå ut till männen... ju mer vi värkte fram och diskuterade... och pratade med flera människor kring det så såg vi att det var rätt.

HANDLÄGGARE, LAFA

Arbetsgruppen hade fått många positiva reaktioner från olika aktörer inom hiv/STI-området och stadsdelarna var nu beredda att bidra med personal till kuratorstjänsten. Ett direkt ekonomiskt stöd från stadsdelarna till projektet hade varit att föredra men det verkade inte vara möjligt.

Andra mer konkreta faktorer bidrog till att arbetsgruppen ville starta projektet så snart som möjligt. En lämplig lokal fanns ledig i fastigheten Möllan i Rinkeby. Att hitta en lokal i Möllan hade varit arbetsgruppens önskemål från början eftersom det i fastigheten fanns annan samhällsservice som var gemensam för de tre stadsdelarna, t.ex. Järva Närsjukhus. Mot bakgrund av diskussionerna med stadsdelarna om var mottagningen skulle ligga, så var Möllan också ett bra alternativ. Den låg så nära gränsen mellan stadsdelarna som det var möjligt, och det fanns bra kommunikationer till både Kista och Spånga-Tensta.

Ett annat problem inför projektstarten var att hitta lämplig personal. Under sommaren hade Lafa genom sina kontakter inom STI-vården fått veta att en möjlig kandidat till sjukskötersketjänsten på mottagningen letade nytt jobb. Han var en av de få manliga sjuksköterskorna i Stockholm som hade lång erfarenhet av att arbeta med frågor runt manlig sexualitet och STI. Arbetsgruppen bedömde på grund av detta att det var angeläget att komma igång snabbt för att inte gå miste om både en lämplig lokal och en bra personalresurs.

Projektorganisationen utformas

Under planeringen av projektet hade projektgruppen skissat på hur verksamheten skulle kunna styras. *En styrgrupp* skulle följa verksamheten och se till att projektet fortlöpte i enlighet med projektbeskrivningen. Styrgruppen skulle också fatta beslut om långsiktig finansiering och övergripande budget samt diskutera och fatta beslut i strategiska policyfrågor. *Projektledningsgruppen* skulle ta fram beslutsunderlag till styrgruppen, t.ex. ansökningar om projektbidrag, budgetförslag o.s.v., administrera projektet, ha ansvar för budget och budgetuppföljning och se till att projektet dokumenterades och avrapporterades. *En medicinsk konsultgrupp* var tänkt att ge råd och stöd till mottagningen i medicinska frågor och vara en länk till primär- och sjukvården. *En social konsultgrupp* skulle ha samma funktion när det gällde det psykosociala området och ha kontakt med socialtjänsten och annan social service i stadsdelarna. *En referensgrupp* tänktes förmedla kunskap om och synpunkter från projektets målgrupp och sågs också som ett sätt att sprida information om projektet. Eventuellt behövdes också en särskild *utvärderingsgrupp*.

Av alla grupper som planerades, så bildades i verkligheten endast styrgruppen och projektledningsgruppen. Styrgruppen sattes ihop under hösten 2002 med representanter från socialtjänsten i de tre stadsdelarna, Stockholms stads socialtjänstförvaltnings hiv-samordnare och Lafas chef. NSSO representerades under det första året av Rinkebys hälsoplanerare. Även projektledningsgruppen ingick. Den bestod av hälsoplaneraren i Rinkeby och de två handläggarna från Lafa. En av handläggarna på Lafa fick uppdraget att vara projektledare och sammankallande i styrgruppen.

I praktiken saknade styrgruppen mandat att fatta självständiga beslut om projektets verksamhet. Projektet drevs av Lafa som var en del av landstingets samhällsmedicinska enhet (nuvarande Centrum för folkhälsa) och alla beslut rörande ekonomi, personal etc. måste därför fattas enligt landstingets beslutsordning.

Konsult-, referens- och utvärderingsgrupperna kom av skilda anledningar aldrig till stånd. Man hittade enklare och mer praktiska sätt att diskutera dessa frågor. Medicinska frågeställningar kom att diskuteras direkt med de medicinska kontakter som personalen sedan tidigare hade med venereologerna och övrig personal på KS-Sesam och RFSU-kliniken. Kontakten med primärvården kom att ske direkt med varje vårdcentral i området. De tre första kuratorerna hade mer informella kontakter med socialtjänsten i sina stadsdelar eftersom det ju var deras ordinarie arbetsplatser vid sidan om jobbet på mansmottagningen. Frågor runt utvärderingen diskuterades i styrgruppen, projektledningsgruppen och direkt med personalen.

Personalen rekryteras

Under sommaren 2002 började projektledningsgruppen rekryteringen av medicinsk personal, manlig sjuksköterska på heltid och en manlig läkare på halvtid. Stadsdelarna ansvarade för att hitta var sin manlig kurator som skulle arbeta 10 timmar/vecka. Den manliga sjuksköterskan som Lafa haft kontakt med projektanställdes i oktober 2002 som verksamhetschef och sjuksköterska.

...jag tyckte det var spännande att få möjligheten att starta en helt ny mottagning. Jag har ju jobbat med män i många, många år, fast lite yngre män, så detta var naturligtvis en ny målgrupp och det hade man ju förväntningar på hur det skulle bli och hur det skulle läggas upp... Det kändes verkligen som det skulle vara en skjuts att man skulle dra igång den här mottagningen rätt fort till en väl fungerande mottagning. Så det var väl det som lockade mig.

VERKSAMHETSCHEF A

När det gällde läkartjänsten visade det sig svårare att hitta en lämplig manlig läkare. Till en början sökte projektet en halvtidsläkare. Några få manliga läkare var intresserade men hade svårt att kombinera en halvtidstjänst med sina ordinarie arbeten. Tjänsten reducerades till ett konsultuppdrag på 3 timmar/vecka eftersom projektledningsgruppen bedömde att det till en början inte skulle behövas en läkare på halvtid och det skulle dessutom bli för dyrt. Den läkare som varit med på stormötena på hösten 2001 var intresserad av att arbeta på konsultbasis på mottagningen. Han var allmänläkare med lång erfarenhet av att arbeta med STI och sexualitet, bl.a. från ungdomsmottagningar och RFSU:s mottagning för unga män.

Stadsdelarnas rekrytering av kuratorer styrdes av det begränsade utbudet av manliga socialarbetare som kunde frikopplas för arbete på mottagningen.

Det hade varit lättare naturligtvis om vi hade kunnat rekrytera någon utifrån. Vi satt ju inte i den situationen att vi kunde göra det, att vi kunde rekrytera någon som skulle kunna både matcha dom arbetsuppgifter som personen skulle ha i stadsdelen och den här uppgiften (på Järva mansmottagning)...

CHEF, SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Under hösten tillfrågades tre manliga socialarbetare av sina respektive chefer om de ville jobba som kuratorer i projektet. Ingen av dem hade specifik erfarenhet av att arbeta med män eller frågor om sexualitet. Socialarbetarna visste inte heller riktigt vad förväntades av dem som kuratorer när de tillfrågades om att delta i projektet.

Start och igångsättning

Under hösten 2002 och vintern 2003 iordningställdes lokalen i Möllan och den 9 mars 2003 invigdes mottagningen av folkhälsolandstingsrådet Birgitta Sevefjord och Stockholms stads socialborgarråd Margareta Olofsson. Det kom mycket folk till invigningen och projektet uppmärksammades i tidningar och radio. I tidningen Metro citerades Sevefjord om sin syn på mottagningen:

Det är en rättvisefråga att män får möjlighet att diskutera sexualitet och relationer med manlig personal som har medicinsk och psykosocial kompetens.

TIDNINGEN METRO 2003-03-07

Under våren 2003 omorganiserades landstingets lokala hälsoplanerare. Den tidigare sjukvårdsområdesindelningen togs bort och de hälsoplanerarna som arbetat lokalt i stadsdelar och kommuner placerades centralt på Beställarkontoret Vård (BV). Detta innebar att Rinkebys hälsoplanerare som ingick i projektledningsgruppen och styrgruppen fick andra arbetsuppgifter och strax efter invigningen av mansmottagning lämnade hon arbetet med projektet. Projektledningen bestod nu av två Lafa-medarbetare: projektledaren och en handläggare. En handläggare från BV utsågs till kontaktperson och erbjöds plats i styrgruppen.

Sjuksköterskan, i egenskap av mottagningens verksamhetschef, bjöds då och då in till styrgruppsmötena men ingick inte permanent i styrgruppen eller projektledningsgruppen. När han i efterhand reflekterar över sin roll i projektet framkommer det att han önskat sig större inflytande över projektuppläggningsen.

Om du frågade mig då (vid anställningstillfället), så tyckte jag att det var rätt skönt att inte vara inblandad i projektplanen. Hade man frågat mig idag så hade jag nog gått in djupare i den och stått starkare för vissa mål som vi hade... framför allt med personalen...

VERKSAMHETSCHEF A

Även i relation till projektledningen önskade han sig mer delaktighet och ansvar.

...hade man fått göra om saker och ting så hade jag nog idag velat haft större insyn... Att vara mer inblandad i projektledningen... att vara en... som också satt som en given post i projektledningsgruppen... Att ha ett större ansvar.

VERKSAMHETSCHEF A

Under våren 2003 började den kliniska verksamheten byggas upp med rutiner för patientbokning, undersökning, provtagning, rådgivning och behandling. Verksamhetschefen och läkaren hade tidigare arbetat tillsammans och kände varandra väl vilket gjorde att samarbetet fungerade bra och läkaren kunde delegera viss provtagning och behandling till verksamhetschefen. En dag i veckan avsattes för öppet husmottagning utan tidsbokning. På övrig tid bokades patienter per telefon eller vid besök på mottagningen. Verksamhetschefen gjorde den första bedömningen om patienten skulle träffa läkare eller sjuksköterska. En ambition var att göra mottagningen lättillgänglig med korta väntetider och gott om tid för varje patient.

Den utåtriktade verksamheten startades med besök på vårdcentraler och hos andra vårdgivare. Stadsdelsförvaltningarnas verksamheter fick information om mottagningen. Man kontaktade även medborgarkontoren, föreningar och SFI-skolor och började ta fram informationsmaterial i form av affischer på olika språk, en folder och besökskort. Syftet var dels att sprida kunskap om vad Järva mansmottagning gjorde, dels att erbjuda information om frågor runt mäns sexualitet, STI, samlevnad, kondomanvändning o.s.v.

Projektledningsgruppen sökte fortsatta projektmedel för 2003 från Hälso- och psykiatriutskottets folkhälsoanslag men fick avslag på ansökan. Istället valde man att ge projektet bidrag från det statliga anslaget för hiv/aids-prevention som landstinget fick årligen. Stockholms stads socialtjänstnämnd beslöt också att fortsätta sitt stöd till projektet med bidrag från stadens statliga hiv-anslag.

Personalgruppen formerar sig

Järva mansmottagning var organiserad som ett projekt inom Lafa och den medicinska personalen var anställd av Lafa. Sjuksköterskan var formellt mottagningens verksamhetschef medan läkaren var medicinskt ansvarig. Att sjuksköterskan utsågs till verksamhetschef berodde på att varje medicinsk inrättning enligt Socialstyrelsens direktiv måste ha funktionen verksamhetschef och medicinskt ansvarig. Inom Lafa ansvarade projektledaren för projektet. Alla beslut rörande ekonomi och personal fattades av Lafas chef eller av någon annan chefstjänsteman enligt landstingets beslutsordning efter föredragning av projektledaren. Sjuksköterskan uppfattade sig mer som arbetsledare än som verksamhetschef. I praktiken var han också beroende av projektledaren och kontakten med Lafa när det gällde genomförandet av projektet.

Verksamhetschef var jag ju egentligen bara på pappret, känner jag. Det var ju inte någon roll som stämde överens med det jag gjorde, i och med att jag missade mycket

av framförallt ekonomi- och personalfrågor som jag aldrig var med om skall man väl säga. Jag var med ibland självklart... Men efter ett tag så blev det lite granna att man inte var med i det som hände, kan man väl säga.

VERKSAMHETSCHEF A

Från Lafa sida menade man att verksamhetschefen avlastades i och med att han inte behövde ta ansvar för ledning och administration av hela projektet. Tanken var att denna organisation skulle ge verksamhetschefen möjlighet att koncentrera sig på att utveckla patientarbetet och bygga upp det utåtriktade arbetet.

Att den medicinska personalen och kuratorerna hade olika huvudmän påverkade samarbetet mellan mottagningspersonalen, framför allt i början av projektet. Verksamhetschefen upplevde att han inte kunde styra kuratorerna på det sätt han önskade eftersom han formellt inte var deras chef.

Det hade varit lättare om... både sjuksköterskan och kurator hade varit anställda av projektet, så att man hade gemensamma förutsättningar på något sätt, för då hade jag inte heller känt kanske att den här verksamhetschefsrollen hade varit så viktig i sig, utan då hade man varit två som drivit projektet tillsammans med läkaren på allt mellan tre (kuratorer) upp till halvtid...

VERKSAMHETSCHEF A

En av kuratorerna var dock av uppfattningen att frågan om verksamhetschefens roll i relation till kuratorerna löstes på ett tidigt stadium.

Vi löste det där rätt snart, ...hur mycket chef han ska vara över mig och... hur det såg ut rent formellt hierarkiskt och det var lite speciellt... han var inte chef över mig så att säga. Vi redde ut det fort och sedan var det inga problem med det.

KURATOR A

Läkaren ansåg i början att kuratorerna inte fungerade så bra i mottagningsarbetet och reflekterade över att de hade en annan bakgrund som kanske inte passade för projektet. Han trodde att kuratorerna inte var så vana att arbeta med sexualitet och sexuellt överförda sjukdomar och att de kanske tyckte det var jobbigt att diskutera dessa frågor med patienterna.

Efter bara några månaders arbete på mottagningen gick en av kuratorerna tillbaka till sitt ordinarie arbete och han ersattes aldrig. Chefen för stadsdelsförvaltningens socialtjänst menade att det saknades personal som skulle passa för arbetet på Järva mansmottagning och han bedömde att de begränsade resurserna måste sat-

sas på socialtjänstens kärnverksamhet. Hans åsikt var också att projektet främst handlade om hälso- och sjukvård även om han kunde se att det fanns beröringspunkter, t.ex. när det gällde frågor om kvinnovåld.

Rätt snart efter att mottagningen öppnade visade det sig att det var svårt för de två kvarvarande kuratorerna att göra ett meningsfullt jobb på 10 timmar var i veckan. Både kuratorerna, verksamhetschefen och projektledningen insåg att det var nödvändigt med minst halvtidstjänst för kuratorerna. Frågan fördes vidare till styrgruppen där Stockholms stads socialtjänstförvaltning erbjöd sig att skjuta till extra projektmedel. Stadsdelarna frikopplade kuratorerna delvis från deras ordinarie tjänster och under hösten började de två kuratorerna att arbeta halvtid vardera.

Tillsammans med sjuksköterskan diskuterade kuratorerna hur kuratorsarbetet skulle läggas upp och man kom fram till en uppdelning av arbetsuppgifterna. Den ena kuratorn var mest intresserad av att arbeta med patienter och samtalskontakter och blev den som tog huvudansvar för det psykosociala, kliniska arbetet på mottagningen. Den andra kuratorn var sedan tidigare engagerad i uppsökande arbete och hade kontakter med flera invandrarorganisationer. Det föll sig därför naturligt att han fick ansvaret för det utåtriktade arbetet.

I början kom de allra flesta besökarna till mottagningen på grund av oro för eller symptom på en sexuellt överförd infektion och sökte därför hjälp hos läkaren eller sjuksköterskan. Den kliniskt inriktade kuratorn hade få egna besök och båda kuratorerna ansåg att det var svårt att nå ut med sin speciella kuratorskompetens. De tyckte inte heller att kuratorsarbetet fanns med i upplägget av projektet utan de fick börja en lång process med att utforma sin roll.

I efterhand reflekterade den kliniskt inriktade kuratorn över relationen mellan den medicinska personalen och kuratorerna. Han menade att man i början skulle ha satsat mer på att utveckla samarbetet mellan kuratorerna och läkaren och sjuksköterskan. Han uppfattade att den medicinska personalen ibland glömde bort att kuratorerna fanns som resurs för patienterna.

Till skillnad från läkaren och sjuksköterskan hade ingen av kuratorerna direkt erfarenhet av att arbeta med STI eller sexologiska frågor.

...vi var ju gröna... Man lärde sig i efterhand men i början var man ju mycket novis med allt vad det innebär...

KURATOR A

Verksamhetschefen och läkaren delade med sig av sina kunskaper, patientfall diskuterades gemensamt och senare anlidades även en extern handledare. Kuratorerna deltog i olika längre eller kortare fortbildningskurser och auskulterade ibland hos

sjuksköterskan och läkaren vid patientbesök. En manlig ungdomsmottagningskurator träffade kuratorerna vid några tillfällen och berättade om sitt jobb med unga killar. Efter modell från ungdomsmottagningarna började sedan den kliniskt ansvariga kuratorn att hålla i inskrivningssamtalen vid patienternas första besök på mottagningen. På detta sätt kunde kuratorn bli känd för besökarna och också erbjuda samtalskontakt. Personalgruppen kom också överens om att den medicinska personalen mer aktivt skulle hänvisa patienter som behövde samtalskontakt till kuratorn.

Verksamhetschefen verkade ha en kluven inställning till kuratorsfunktionen. Han undrade om patienterna verkligen hade något större behov av kontakt med en kurator. Samtidigt funderade han över om de män som hade behov av samtalskontakt kanske inte hade hittat till mottagningen eller först ville pröva om mottagningen passade för dem genom att göra ett kliniskt besök.

...vi har väl märkt lite grand att kulturen kring män i detta område inte är direkt att prata med en kurator, man vet inte riktigt vad det är för någonting... det tar lång tid att nå män och jag tror att det tar ännu längre tid att nå män att komma i samtal, om fyra år kanske det blir jättemycket samtalskontakter.

VERKSAMHETSCHEF A

Läkaren ansåg det var viktigt att kunna erbjuda kontakt med en kurator eftersom de arbetade med frågor som kunde väcka mycket känslor hos patienterna. Han betonade också helhetssynen på patienten.

Vi behandlar inte bara en sjukdom, vi ställer inte bara en diagnos och ger behandling, utan vi ser hela människan... Det finns en del som känner att dom vill prata med en kurator t.ex. för att bearbeta sina känslor och då tycker jag att det ska finnas möjlighet att träffa en kurator... För börjar man fråga om känsliga saker så måste man också kunna erbjuda någon som kan hantera dom.

LÄKARE

För få besök?

Sedan starten av mottagningen hade antalet besök legat på runt 50 i månaden. Både personalen, projektledaren och styrgruppen ansåg att besöksantalet var väl lågt. Samtidigt visade erfarenheter från andra nya verksamheter på Järvafältet att det brukade ta tid att bli känd för befolkningen.

... det är en sån där ketchupeffekt, först kommer ingenting och så kommer ingen-

ting och så får man hålla på länge med ingenting tills att det liksom kommer många. Så är det generellt i Rinkeby för man blir inte godkänd... man har inte förtroende från medborgarnas sida...

HÄLSOPLANERARE

De låga besökssiffrorna diskuterades kontinuerligt i personalgruppen och mellan verksamhetschefen, personalgruppen och projektledaren. Verksamhetschefen upplevde krav att rapportera goda resultat från verksamheten samtidigt som han inte tyckte sig få något grepp om vad som egentligen var bra eller dåliga resultat. Diskussionerna rörde framför allt i vilken mån man skulle satsa på att få fler besökare genom att t.ex. vidga upptagningsområdet och hur mycket engagemang som skulle läggas på det utåtriktade, uppsökande arbetet.

Jag sa redan från början att jag tyckte att det var för lite besök... men då fick jag höra från projektgruppen att mängden patienter som kommer till mottagningen inte var det viktiga utan att vi lägger lika mycket tid på det utåtriktade... men sedan längre fram så kände jag att helt plötsligt så var det oerhört viktigt med mycket besök...

VERKSAMHETSCHEF A

Den komplicerade situationen med flera kuratorer på deltid som inte var rekryterade och anställda direkt av projektet bidrog också till verksamhetschefens känsla av frustration.

I efterhand önskade han att projektledningen skulle ha avslutat samarbetet med stadsdelarna i ett tidigare skede av projektet. Han reflekterade också över om det inte hade varit bättre att bygga upp en rent klinisk verksamhet med enbart medicinsk personal för att snabbare bli etablerad i området och nå fler patienter.

Projektledningen såg annorlunda på hur det är att starta och bygga upp en ny verksamhet. De menade att utvecklings- och förändringsarbete tar tid och det är viktigt att de inblandade står ut med att vänta på att verksamheten kommer igång och blir känd.

Frågan om hur antalet besök på mottagningen skulle kunna ökas kom att bli en ständigt återkommande diskussionspunkt på arbetsplatsmöten och planeringsdagar under de första åren av projektet.

Det utåtriktade arbetet trevar sig fram

Den kliniska verksamheten fann relativt snabbt sin form men det blev svårare att få igång det utåtriktade arbetet. Den allra första tiden ägnades framför allt åt att sprida information om mottagningen. Den kurator som hade ansvar för den utåtriktade verk-

samheten satsade mycket tid på att besöka medborgarkontoren, dela ut informationsmaterial och kondomer och kontakta olika föreningar och träffpunkter i stadsdelarna. Hela personalen deltog också med informationsbord och kondomutdelning på festivaler och andra utomhusarrangemang som organiserades på Järvafältet.

Kontakt togs med SFI-skolorna i Rinkeby och Kista och det resulterade i att kuratorerna tillsammans med sjuksköterskan träffade några mansgrupper vid ett par tillfällen. Men det var svårt att hitta tider för information i SFI-skolorna som passade både mottagningen och skolorna. Kuratorernas deltidstjänster gjorde det svårt att samordna det utåtriktade arbetet med patientarbetet. De skulle också hinna med gemensamma personalmöten för planering och verksamhetsutveckling

Enstaka föreningar var intresserade av kontakt med mottagningen och mottagningspersonalen deltog i några föreningssammankomster och närradiosändningar. Flera i personalen tyckte dock inte att det fanns något riktigt intresse för den information och utbildning som man erbjöd SFI-skolorna och föreningarna i området. Framförallt föreningarna var svåra att nå.

Jag fick långa listor på föreningar som vi försökte ringa runt och vi märkte rätt snabbt att många av dem där inte fanns, det fanns ingen kontaktperson, inga visste någonting. Några föreningar sa "Jo, det är klart att ni får komma och prata med oss. Hur mycket får vi betalt?" Och då sa jag rätt fort stopp.

VERKSAMHETSCHEF A

Under 2003 gjorde mottagningspersonalen ett fyrtiotal utåtriktade besök. Hälften var besök på vårdcentraler, apotek och stadsdelsförvaltningar/medborgarkontor i området, där de träffade personal och informerade om mottagningen. Den andra hälften av de utåtriktade besöken handlade om möten med män från området, t.ex. i invandrarföreningar och kyrkor eller på SFI-skolorna och lokala festivaler.

En affisch om mottagningen trycktes med text på sex språk och sattes upp på vårdcentraler, apotek och medborgarkontor. En broschyr med information om projektet, främst avsedd för vårdgivare och andra organisationer, togs fram och verksamhetschefen skapade också en hemsida på Internet, www.jarvamansmottagning.nu

Trots de relativt stora insatserna för att sprida kunskap om mottagningen och erbjuda utbildning och information tycktes inte det utåtriktade arbetet riktigt vilja komma igång. Bidragande orsaker var förmodligen kuratorernas begränsade arbetstid på mottagningen och bristen på respons från föreningar och SFI-skolor.

Engagemanget från stadsdelarna sviktat

Under hösten 2003 arbetade de två kuratorerna från Rinkeby och Kista halvtid på

mottagningen. Stadsdelarna bidrog med 10 timmar per vecka var och beviljade tjänstledigt för resterande tid, som finansierades med projektmedel. Kuratorerna diskuterade kontinuerligt sin yrkesroll och hade börjat ta fram en folder som skulle förklara för patienterna vad en kurator kan hjälpa till med. Med halvtidsarbete upplevde kuratorerna att arbetet började fungera bättre.

I början av 2004 slutade Kistas kurator oväntat på mottagningen. Han var projektanställd i stadsdelen och erbjöds nu en fast tjänst som ledningen för socialtjänsten inte ansåg gick att dela med halvtidsarbete på mansmottagningen.

Någon ersättare fanns inte. Kistas kurator hade gärna velat arbeta kvar men upplevde att cheferna i stadsdelsförvaltningen inte hade så stort intresse för projektet och för denna typ av verksamhetsutveckling. Rinkebys kurator ansåg att cheferna på hans stadsdelsförvaltning, som fortfarande bidrog med kuratorstid till projektet, var mer intresserade och stödjande.

Det var inget ifrågasättande någon gång... att jag la min tid där... för det har jag känt, stödet, jag hade mandat, det var klart... Absolut.

KURATOR A

Den delen av styrgruppen som aktivt deltog i projektet kom nu att bestå av en chef från socialtjänsten i Rinkeby, hiv-samordnaren på Stockholms stads socialtjänstförvaltning och Lafas chef samt projektledaren. Bv:s representant deltog vid något enstaka tillfälle. I början av 2004 byttes Rinkebys företrädare ut på grund av att den tidigare representanten fått ny tjänst i stadsdelsförvaltningen.

Representanterna från Spånga-Tensta och Kista deltog allt mer sällan i styrgruppsmötena eftersom de inte hade några egna kuratorer knutna till projektet. Styrgruppen beslöt därför att fortsättningsvis inte bjuda in Kista och Spånga-Tensta till mötena eftersom de inte längre bidrog med resurser till projektet och därför inte heller borde vara med och styra det. Detta ledde till att informationen om mansmottagningens fortsatta arbete och utveckling inte nådde Kista och Spånga-Tensta.

...under de senaste två åren har jag knappt hört talas om mansmottagningen, så jag känner mig väldigt avsågad och det kan man säga om stadsdelen som helhet i just det här projektet... vi får ingen direktinformation från socialtjänstförvaltningen om läget eller så.

CHEF, SPÅNGA-TENSTA STADSDELSFÖRVALTNING

Även om nu Rinkeby var enda stadsdelsförvaltning kvar i styrgruppen så kom majoriteten av mansmottagningens besökare från alla tre stadsdelarna på Järvaområdet.

Andelen besökare från respektive stadsdel var i stort sett proportionell till de olika stadsdelarnas befolkning. Trots att stadsdelsförvaltningarnas tjänstemän träffades rätt mycket i andra sammanhang tycks det dock inte ha förts någon diskussion om att Rinkeby ensam fortsatte att delta i projektet och på så sätt bidrog till en verksamhet som riktade sig till män i alla de tre stadsdelarna.

Från Rinkebys sida lyftes stadsdelarnas olikheter fram som förklaring till varför Rinkeby valde att fortsätta sin medverkan i projektet även sedan de andra hoppat av.

Vi var inte i takt dom tre stadsdelarna alltid... vi är olika organisationer, olika sätt att jobba... Det kan vara organisationskulturer... hur nyfiken man är att på att pröva nya arbetsmetoder, hur offensiv eller progressiv man är för att erövra nya marker... hur man tolkar sitt eget uppdrag... Spånga -Tensta (och) Kista... har mer heterogen samhällsbild medan Rinkeby är väldigt, väldigt homogen.

CHEF, RINKEBY STADSDELSFÖRVALTNING

Spånga-Tensta såg framför allt bristen på en lämplig person till kuratorstjänsten som orsak till att de inte längre kunde vara med i projektet. De begränsade resurserna gjorde också att socialtjänstens kärnverksamheter, t.ex. stöd till utsatta kvinnor och barn, måste prioriteras.

Mottagningens verksamhetschef var besviken. Hans uppfattning var att stadsdelarna var ointresserade av projektet och av de frågor som mottagningen arbetade med. Han menade också att stadsdelarna missade möjligheten att vara med och styra och påverka projektet när de inte längre bidrog med personalresurser.

Personalgruppen förändras

Vintern 2004 kom att präglas av förändringar i personalgruppen vilket innebar nya deltidsanställningar och satsning på att återigen utveckla det utåtriktade arbetet.

Projektet beviljades fortsatt projektstöd för 2004 och medlen kom även denna gång från Stockholms läns landstings och Stockholms stads statliga hiv/aids-anslag.

I samråd med mottagningens verksamhetschef och styrgruppen beslöt projektledningen att direktrekrytera en ny kurator. Den nya kuratorn skulle ha som huvuduppgift att arbeta med den uppsökande och utåtriktade verksamheten. I februari 2004 anställdes en manlig socionom på halvtid av projektet.

Samtidigt bestämdes att Rinkebys kurator skulle fortsätta att ägna sig åt det individuella, psykosociala patientarbetet på mottagningen. Rinkeby stadsdelsförvaltning fortsatte att bidra med 10 timmars kuratorstid per vecka samt gav sin kurator tjänstledigt på ytterligare 10 timmar som täcktes med projektmedel.

I början av 2004 begärde verksamhetschefen föräldraledighet på deltid och han

vill då samtidigt få koncentrera sin tid på mottagningen till det kliniska arbetet. Det blev angeläget att hitta en ny manlig sjuksköterska som, tillsammans med den nyanställda kuratorn, skulle kunna ansvara för det utåtriktade arbetet och som också skulle kunna ersätta verksamhetschefen i det kliniska patientarbetet. I början av 2004 anställdes en manlig sjuksköterska, först på timbasis och senare på deltid. Verksamhetschefen var nöjd och tyckte att de kompletterande varandra bra eftersom den nya sjuksköterskan var mest intresserad av utåtriktat arbete och han själv uppfattade sig mer som kliniker.

Den nya sjuksköterskan upplevde sitt första halvår på mottagningen som splittrat och förvirrat. Han tyckte inte att projektet riktigt verkade vara i full gång och att det fanns dubbla förväntningar på vad han skulle göra på sin deltidstjänst. Projektledaren tryckte på att han skulle utveckla det utåtriktade arbetet.

... det här utåtriktade arbetet som vi pratade så mycket om, som egentligen inte var så befintligt, utan det hade prövats, vissa hade prövat SFI men det funkade inte. Prövat med föreningar, det hade inte riktigt funkat heller. Det fanns en förväntan i det.

SJUJSKÖTERSKA

Samtidigt skulle han på sin deltid hinna skaffa sig klinisk erfarenhet för att kunna rycka in i det rent medicinska arbetet. Vid sidan om jobbet på Järva manskottagning arbetade han dessutom deltid inom psykiatrin och privat var han på väg att bli pappa för första gången.

En personalgrupp med gemensamma mål

Nyanställningarna innebar att projektet och personalgruppen fick ny energi. Den nya sjuksköterskan och den nya kuratorn bildade ett uppsökande team och tog tag i det utåtriktade arbetet med förnyad kraft. Tillsammans kom personalen fram till en tydligare uppdelning av arbetsuppgifterna och man diskuterade gemensamma mål och visioner för mottagningen.

Det utåtriktade arbetet tar fart

Under vårterminen 2004 tog det uppsökande teamet på nytt kontakt med de tre SFI-skolorna som fanns på Järvafältet. Även skolan som låg i det närliggande området Riksby kontaktades. Syftet var att erbjuda skolorna lektioner för manliga elever på temat manlig sexualitet. Den första skolan som blev intresserad låg i Kista. Sjuksköterskan och kuratorn kom överens med skolledningen på företaget Lernia, som drev SFI-undervisningen på entreprenad i Kista, att starta ett samarbete kring en semina-

rieserie för de manliga eleverna som studerade svenska på de högsta nivåerna. Seminarierna kallades ”Mannens sexualitet och självbild i sin nya värld” och syftade till att öka förståelsen runt manlig sexualitet bland boende på Järvafältet. Målet för kursen var att:

- Förstå mannens könsorgan och dess anatomiska och fysiologiska funktioner
 - Ge deltagarna ett bredare ordförråd i diskussioner runt manlig sexualitet
 - Få deltagarna att reflektera mer kring den manliga sexualiteten och sin egen mansbild
 - Identifiera riskbeteende och symtombild för könssjukdomar
 - Öka förståelsen runt kondomer och dess funktion och olikhet
 - Ge deltagarna kännedom om Järva mansmottagning och dess funktion
- (Plan för seminarieserie Mannens sexualitet och självbild i sin nya värld)

I maj 2004 ordnades den första seminarieserien och tre 90-minuters lektioner genomfördes.

Samarbetet med Lernia fungerade så bra att skolan önskade fördjupningsseminarier och en kvällskurs, som sedan genomfördes under hösten. På höstterminen organiserades även seminarieserier på SFI-skolorna i Riksby och Rinkeby och totalt deltog ca 300 män i utbildningar under året. Medelåldern låg runt 30 år i grupperna och eleverna kom från ett fyrtiotal länder.

Efter varje utbildningstillfälle fick eleverna fylla i en enkel utvärderingsblankett. Nittioåtta procent av dem som svarat på enkäten tyckte att utbildningen varit bra eller mycket bra och drygt 70 procent tyckte att män behöver utbildning om sexualitet. Även skolledningarna var positiva och tyckte ämnet var viktigt.

Sextiofem procent av eleverna som svarat på enkäten ansåg att de inte hade några svårigheter att förstå undervisningen, 32 procent uppgav att det var lite svårt att förstå och 3 procent mycket svårt. Skolledningen på Lernia hävdade att det var bra att språket på lektionerna inte var för lätt. De menade att inlärningsnivån hela tiden måste utmanas för att stimulera en positiv språkutveckling hos eleverna.

På ett utvärderingsmöte på Lernia i juni 2004 diskuterades om också de kvinnliga eleverna skulle bjudas in till seminarier om manlig sexualitet. I utvärderingsenkäterna hade 60 procent av männen svarat att även kvinnorna behövde kunskap om manlig sexualitet. 14 procent tyckte att kvinnorna inte behövde denna kunskap och 26 procent hade svarade ”vet ej”.

Mansmottagningspersonalen föreslog att de skulle ha en frivillig informations-

och upplysningslektion om vad Järva mansmottagning arbetar med. Syftet skulle vara att involvera och få kvinnorna att förstå vad mansmottagningen kunde erbjuda deras män. Personalen menade att det i många kulturer är kvinnan som ansvarar för familjens hälsa. Många gånger kan det vara kvinnan som skickar sin man till läkaren och information till kvinnan om vad mansmottagningen kan göra skulle därmed kunna vara till nytta för mannen.

Skolledningen på Lernia tvekade och tyckte att erfarenheten hade visat att det fungerade bättre om kvinnor informerade kvinnor när det gällde ämnen med koppling till sexualitet. Ledningen ansåg också att invandrarkvinnorna påverkades av religiösa och moraliska tabun. Det fortsatta samarbetet mellan Lernia och Järva mansmottagning under hösten 2004 kom därför att handla om seminarier enbart riktade till manliga elever. SFI-skolan i Riksby var dock mer positivt inställd till att också involvera kvinnorna. Inför våren 2005 beslöt att göra ett försök med seminarier för kvinnor och även för grupper med både män och kvinnor.

Förutom seminarierna på SFI-skolorna besökte mottagningspersonalen flera invandrarföreningar som kuratorn hade kontakt med sedan tidigare. Ett samarbete inledde också med Öppna kanalen som är en lokal tv-kanal för invandrarföreningar. Där medverkade mottagningspersonalen i sändningar på somaliska och tigrinja.

Personal- och kompetensutveckling

På mottagningens planeringsdagar i början av 2004 ägnades tid åt att personalgruppen skulle lära känna varandra bättre genom att presentera sig själva, sin bakgrund, kunskaper och intressen. Personalen kom överens om en tydlig arbetsfördelning och betonade vikten av att hjälpas åt men ändå ha olika huvudansvar.

Verksamhetschefen föreföll nöjd med den nya arbetsfördelningen som innebar att han själv fick fokusera på det kliniska arbetet och att sjuksköterskan och den nya kuratorn ansvarade för det utåtriktade arbetet. Han upplevde också att hans chefsroll blivit enklare när både sjuksköterskan och kuratorn var anställda direkt av projektet.

...dom var ju dom första... som också såg mig som deras chef och som arbetsledare och som faktiskt bollade tankar och idéer "hur tycker du här, kan jag göra så här, hur tycker du...". dom faktiskt gick till mig som arbetsledare och det var ju nytt för mig. Det kände jag att det funkade oerhört bra.

VERKSAMHETSCHEF A

Samarbetet mellan den medicinska personalen och kuratorerna, som tidigare inte hade fungerat så bra, diskuterades. Personalgruppen enades om att den medicinska personalen måste bli tydligare och bättre på att hänvisa patienter till kuratorerna.

Kuratorernas kompetens hade ökat, t.ex. hade kuratorn från Rinkeby under hösten 2003 gått en 10-poängskurs i klinisk sexologi och också deltagit i utbildning i partnerspårning och i andra kortare kurser och seminarier inom området STI, sexualitet etc. Det beslutades därför att kuratorerna nu skulle börja ta emot patienter med t.ex. erektionsproblem eller andra sexuella problem.

Den kliniskt inriktade kuratorn skulle också, tillsammans med verksamhetschefen, ansvara för den lagstadgade partnerspårningen som regleras i Smittskyddslagen. Partnerspårning innebär att de personer som haft sexuell kontakt med en patient med en diagnostiserad sexuellt överförd infektion kallas till provtagning, samtal och eventuell behandling. Den behandlande läkaren är formellt ansvarig för partnerspårningen men kan delegera uppgiften till t.ex. en kurator eller sjuksköterska.

Det förbättrade samarbetet mellan verksamhetschefen, läkaren och kuratorerna föreföll ha bidragit till känslan av att mottagningsarbetet utvecklades. Den medicinska personalen och kuratorerna började t.ex. att ta emot vissa patienter tillsammans.

Sedan jobbade vi ihop... Det var bra alltså, där kunde vi verkligen använda varandras olika profession så att säga... vi hade en dialog hela tiden vi som jobbade där och lärde av varandra... Det var ju kreativt så...

KURATOR A

På personaldagar i slutet av sommaren 2004 diskuterades inte bara praktiska frågor utan också visioner för vad personalgruppen ville med mansmottagningen, egna roller och gemensamma mål. Den positiva stämningen i projektet inför hösten uttrycktes i minnesanteckningarna från planeringsdagarna i augusti:

Personalen känner sig mer som en grupp med gemensamma mål även om en del frustration finns kring hur man når männen och antalet besök på mottagningen.

MINNESANTECKNINGAR, PERSONALDAGAR FÖR JÄRVA MANSMOTTAGNING,
ÅKESHOFVS SLOTT

Under hösten 2004 blev kuratorn som arbetade utåtriktat sjukskriven på 75 procent. Detta innebar att han endast arbetade några timmar i veckan på sin halvtidstjänst. Sjuksköterskan fick ensam genomföra seminarierna på SFI-skolorna och han hade huvudansvaret för kontakterna med invandrarföreningarna.

Vid årsskiftet 2004-2005 valde kuratorn av hälsoskäl att inte fortsätta sin projektanställning på mottagningen. Att börja rekrytera en ny kurator igen blev just då inte aktuellt. Sjuksköterskan hade fått utökad arbetstid i samband med kuratorns sjukskrivning och det utåtriktade arbetet hade börjat utvecklas ordentligt genom

samarbetet med SFI-skolorna. Rinkebys kurator höll i de relativt få individuella psykosociala patientkontakterna som aktualiserades på mottagningen och verksamhetschefen tillsammans med läkaren svarade för den kliniska mottagningen. Läkaren och verksamhetschefen hade kommit fram till ett system för att fördela patienterna mellan sig för att utnyttja läkarens konsulttid på ett effektivt sätt. Läkaren hade lagt in telefontid under sin mottagningstid och kunde t.ex. förnya recept, diskutera provsvar m.m. med patienter per telefon. Han upplevde att arbetet var effektivt och att personalgruppen hade utvecklats.

... det fungerar väldigt bra nu på Järva MM... Mina mottagningstider är fullbokade och vi försöker även använda tiderna om någon ringer återbud eller uteblir... Stämningen är god på mottagningen, vi har mer kommunikation kring patienterna vilket jag tror gör arbetet roligare.

BREV FRÅN LÄKAREN TILL PROJEKTLEDAREN 2005-03-13

Trots de många kuratorsbytena under projektets första år hade nu verksamheten börjat finna sin form och framför allt det utåtriktade arbetet expanderade mycket tack vare sjuksköterskans engagemang. Personalen bestod inför 2005 av verksamhetschefen på 70 procent, sjuksköterskan och Rinkebys kurator på vardera halvtid och läkaren som arbetade 3 timmar en dag i veckan. Kuratorsarbetet på mottagningen gick att sköta på en halvtidstjänst och varken personalgruppen, projektledningen eller styrgruppen kände i detta läge behov av att försöka hitta en ny kurator.

Vilka män kommer till mottagningen?

Sedan starten i mars 2003 hade mottagningens alla besök registrerats på en blankett som projektledningen och verksamhetschefen utvecklat i samarbete med en statistiker. Tanken med besöksregistrering var att den skulle ge en bild av besökarna, hur de kommit i kontakt med mottagningen, vad de hade sökt för och vilken hjälp de hade fått. Besöksblanketten fylldes i av kuratorn innan besöket hos sjuksköterskan, läkaren eller kuratorn och sammanställdes och bearbetades halvårsvis av en statistiker.

Under det första 1 1/2 året hade mottagningen haft 878 patientbesök. Detta innebar ca 50 besök i genomsnitt per månad under det första året. Sommarmånaderna och runt jul var det färre besökare eftersom mottagningen då hade begränsade öppettider. Under första halvåret av projektår 2 ökade patientbesöken till ca 60 besök per månad förutom i juli och augusti då mottagningen delvis varit stängd. Besöksantalet hade alltså ökat något sedan starten men bedömdes ändå som relativt lågt av personalen och projektledningen.

De män som kom till mottagningen överensstämde väl med den målgrupp som angetts i projektplanen: alla män 24 år och äldre boende i stadsdelarna Kista, Rinkeby och Spånga-Tensta.

Mottagningen hade tagit emot män mellan 20 och 66 år. Medelåldern på besökarna låg på 33 år och närmare 90 procent av besökarna bodde i stadsdelarna Kista, Rinkeby och Spånga-Tensta. Andelen män som kom från respektive stadsdel motsvarade i stort sett invånarantalet i varje stadsdel. De patienter som togs emot från andra områden kom till största delen från närliggande stadsdelar och kommuner som Bromma, Vällingby, Sundbyberg, Solna etc. Projektledningen och personalgruppen hade återkommande diskuterat om patienter från andra områden överhuvudtaget skulle tas emot på mottagningen. De hade enats om att mottagningen i mån av tid skulle ta emot patienter från i första hand närliggande områden och då ange på besöksblanketten varifrån patienten kom.

Besökarnas födelse- och etniska ursprung speglade befolkningssammansättningen i Kista, Rinkeby och Spånga-Tensta. Ca 70 procent av patienterna var antingen födda utomlands eller hade föräldrar som båda var födda utomlands vilket ungefär motsvarade andelen invånare med utländsk bakgrund i stadsdelarna. Av de utlandsfödda patienterna kom över hälften från Mellanöstern och Afrika vilket också överensstämde med ursprunget för befolkningen i stadsdelarna.

De allra flesta besökarna hade kommit till mottagningen första gången genom hänvisning från någon vårdgivare, t.ex. vårdcentralerna i området. Cirka en fjärdedel hade fått kännedom om mottagningen via reportage i media eller genom den reklam som gjorts med affischer etc. Något färre hade sökt sig till mottagningen på rekommendation av någon, t.ex. en vän eller anhörig. Trots att mottagningen var relativt ny och att någon omfattande annonsering inte hade gjorts tycktes ganska många män hitta till mottagningen på egen hand.

En av de vanligaste orsakerna som drygt en fjärdedel av patienterna sökte för var besvär av eller symptom på en sexuellt överförd infektion. Ungefär lika många sökte för oro att ha smittats av en STI och för att bli undersökta och/eller för att testa sig för STI. Cirka 15 procent av besökarna kom för erektionsproblem eller för frågor som kunde kopplas till det manliga könets anatomi och fysiologi. Några få procent av besökarna sökte mottagningen för att diskutera relationsproblem eller frågor relaterade till lustproblematik. Andra orsaker till besök på mottagningen var att få provsvar, behandling av kondylom eller för samtal i samband med partnerspårning.

Antagandena som diskuterats i projektledningsgruppen under projektets planeringsfas verkade stämma: männen sökte i första hand för konkreta medicinska besvär, t.ex. symptom på en STI. Men många män tycktes också vända sig till mottagningen i ett tidigare skede när de var rädda för att ha utsatt sig för risk för smitta och nu ville testa sig för säkerhets skull.

Det var få män som sökte sig till mottagningen för samtal med kuratorerna, för att få hjälp med relationsproblem eller liknande. Detta kan ha berott på att männen inte visste vad en kurator gjorde eller på att de hade större förtroende för den medicinska personalen med vit rock. Allra helst verkade besökarna vilja träffa en läkare.

Man vill gärna prata med en läkare. Man kunde också märka det att jag som sjuksköterska hade vit rock på mig, att många trodde att man var läkare, vilket gjorde att det var okej att prata med mig som sjuksköterska också när man väl liksom förstod att (jag) var sjuksköterska och inte läkare.

VERKSAMHETSCHEF A

Den medicinska personalen upplevde att det var fler patienter än de förväntat som sökte för erektionsproblem. De misstänkte att patienterna av olika orsaker tyckte det var svårt att diskutera sexuella problem sin husläkare.

De (patienterna) pratar om hur stressigt det är hos husläkaren... och då binner man inte ta upp alla problem. Patienter som har problem med potensen vågar inte ens ta det med sin husläkare för att det är så mycket annat som tar upp tiden, hur blodsockret ligger... hur behandlingen ska tas... och då binner man inte prata så mycket om en så viktig sak, som är det sexuella...

LÄKARE

Kroppsfrågor, d.v.s. frågor om det manliga könets anatomi och fysiologi, noterades i besöksregistreringen som en särskild besöksorsak. Det var också något som togs upp vid många besök som hade en annan primär besöksorsak. I redovisningen av personalens åtgärder vid patientbesök angavs att ca 30 procent av besökarna hade fått "anatomiinformation".

Verksamhetschefen och läkaren hade olika uppfattningar om hur stort behov just männen på Järvafältet hade av kunskap och information om kroppen. Medan verksamhetschefen menade att kunskapen om kropp och fysiologi var dålig hos män, oavsett bakgrund, ansåg läkaren att patienterna i området skiljde sig från andra patienter.

...just i Rinkeby finns ett stort behov av kunskap... saker som andra tar för givet att folk kan, så är det nyheter för dem, t.ex. om olika könssjukdomar, inkubationstid och hur det smittar... kunskapsbehovet är större. Det märker man på frågeställningarna, sättet patienten berättar om sina symtom och deras egna värderingar. Det

är annorlunda än att diskutera med svenska patienter t.ex. där dom kanske har fått sexualundervisning i skolan eller har läst en hel del, man kan prata i familjen om sex.

LÄKARE

Av samtliga besök under det första 1 1/2 året tog verksamhetschefen och sjuksköterskan emot drygt hälften av besöken, läkaren drygt 40 procent och kuratorn cirka 5 procent. Så gott som alla patienter fick samtal och rådgivning och vid drygt 65 procent av besöken gjordes en undersökning av patientens könsorgan. Läkaren menade att det såg annorlunda ut på vårdcentralerna när det gällde undersökning av patienternas könsorgan. Han antog att en del läkare valde att inte undersöka på grund av tidsbrist eller bristande kompetens. Istället hänvisades patienten till andra instanser.

De medicinska besöken på mansmottagningen varade mellan 20 och 30 minuter och det gjorde det möjligt att ge patienten information om det manliga könet, hur undersökning och provtagning går till, hur man ska skydda sig mot STI o.s.v.

...vi förklarar allt vi gör... vi är väldigt didaktiska i vårt sätt att tala till patienten. Vi har alltid scheman framför, vi har alltid t.ex. ritningar av det manliga könsorganet som vi visar, att här sitter prostatan och här sitter testiklar och bitestiklar och hur kroppen fungerar. Och det märker man att när man förklarar för patienten att det blir mycket lättare att t. ex undersöka när man tar tid att förklara... det har hänt att dom (patienterna) tycker att "Suck, var det bara det här. Jag var så orolig för det här, jag har trott att det skall göra jätteont att bli undersökt eller ta prover från urinröret...". Det kan dom säga spontant. Jag tror det har att göra med vår attityd, med vårt sätt att informera patienten.

LÄKARE

Att många patienter valde att komma tillbaka efter ett första besök på mottagningen uppfattade personalen som ett tecken på att männen var nöjda med omhändertagandet. Drygt 40 procent av besöken var återbesök, d.v.s. patienten hade varit på mottagningen tidigare. Samtidigt funderade verksamhetschefen över vad de många återbesöken egentligen betydde.

...för kommer en patient tillbaka så är det ju positivt för mottagningen, att vi har gjort ett bra jobb, att dom är nöjda med oss. Samtidigt så kan man ju säga att det är negativt för att dom kanske inte har kommit så långt att dom skyddade sig med kondom.

VERKSAMHETSCHEF A

Fortsatt stöd från politikerna

I oktober 2004 anordnade projektledningen ett seminarium om Järva mansmottagning med anledning av att mottagningen varit öppen i cirka 1 1/2 år. Politiker, tjänstemän och andra intresserade hade bjudits in och cirka 20 personer deltog. Personalen och projektledaren presenterade bakgrunden till projektet, den kliniska verksamheten och det utåtriktade, uppsökande arbetet samt besöksstatistik. I sina inledningsanföranden på seminariet lyfte sjukvårdslandstingsrådet och socialborgarrådet särskilt fram att mottagningen bidrog till att främja jämställdhet och att den var viktig eftersom den riktade sig till befolkningen i områden med "socioekonomiska problem". Socialborgarrådet hoppades också att mottagningen skulle kunna bidra till att motverka våld mot kvinnor. Båda uttryckte sitt stöd för projektet och lovade verka för att mottagningen skulle få fortsatta resurser under den projekttid som var kvar.

Sjukvårdslandstingsrådet hade tidigare under året markerat att hon ville att projektet skulle fullföljas. Efter en artikel i Dagens Nyheter i januari 2004 med rubriken "Projekt med mansjour hotas. Landstingets ansträngda ekonomi kan stoppa fortsatt verksamhet" hade Folkpartiet, enligt landstingsrådet, börjat sprida falska rykten om att den politiska landstingsmajoriteten ville lägga ner Järva mansmottagning. I DN-artikeln intervjuades verksamhetschefen som beskrev mansmottagningens arbete och uttryckte oro för att det inte skulle finnas pengar i landstinget för en fortsatt verksamhet efter projekttidens utgång.

I ett pressmeddelande skrev landstingsrådet att mottagningen var ett unikt samarbetsprojekt mellan Stockholms stad och landstinget. Mottagningen skulle inte stängas innan projekttidens utgång och man skulle avvakta en utvärdering innan det bestämdes vad som skulle hända i framtiden.

...jag vill värna verksamheter som på olika sätt främjar jämställdhet. Detta projekt bedrivs dessutom i ett område med utbredda socioekonomiska problem, områden där vi vill göra satsningar för att uppnå mer rättvis fördelning av sjukvårdens resurser, säger Birgitta Sevefjord.

PRESSMEDDELANDE FRÅN VÄNSTERPARTIET 2004-01-20

År 2005 sökte och beviljades Järva mansmottagning fortsatt ekonomiskt stöd från det statliga hiv/aids-anslaget från både landstinget och Stockholms stad. Rinkeby stadsdelsförvaltning ställde som tidigare sin kurator till projektets förfogande på 10 timmar/vecka samt beviljade tjänstledighet för ytterligare 10 timmar. Det blev nu möjligt att fortsätta projektet ett andra år. Den årsvisa anslagsfinansieringen innebär att mottagningspersonalens anställningar bara kunde omfatta cirka ett år i taget.

Detta var naturligtvis ett osäkerhetsmoment framförallt för verksamhetschefen och sjuksköterskan. De hade inte fasta heltidsanställningar i botten att falla tillbaka på om projektet inte skulle få fortsatt finansiering.

Det utåtriktade arbetet utvecklas

Under våren 2005 fortsatte sjuksköterskan att utbilda män på SFI-skolorna i Riksby och Kista enligt samma modell som tidigare med tre lektionstillfällen à 90 minuter.

Den tidigare diskuterade idén om att Järva mansmottagning skulle ordna seminarier för kvinnliga elever om sexualitet och prevention med fokus på mannens sexualitet aktualiserades igen. Några skolor befarade att ämnet var för kontroversiellt och tvivlade på att de kvinnliga eleverna skulle acceptera ett en man höll i lektionerna. På Riksby SFI-skola var skolledningen dock villig att pröva med kvinnliga grupper. Skolan hade tidigare haft ett samarbete med Lafa runt sex- och samlevnadsinformation för mans- och kvinnogrupper som tagits emot väl av eleverna och framförallt rektorn tyckte att ämnet var angeläget.

Under tre veckor i april 2005 träffade sjuksköterskan sex grupper med män och kvinnor på Riksby SFI. Alla studerade svenska på nivå D, den högsta nivån på skolan. Sjuksköterskan valde att hålla de två första lektionerna i könsseparerade grupper för att sedan avsluta med en tredje lektion gemensam för både kvinnor och män. De två första lektionerna för männen följde det tidigare seminareiupplägget som enbart fokuserade på mannen. Seminarierna tog upp det manliga könets anatomi och fysiologi, könssjukdomar, prevention och kondomkunskap. I kvinnogrupperna däremot handlade det första lektionstillfället om både mannens och kvinnans kön: anatomi, fysiologi, skillnader och likheter och den andra lektionen tog upp könssjukdomar och prevention. Den tredje lektionen som var gemensam för kvinnor och män handlade om sexualmoral och frågor om jämlikhet och ansvar.

– Det intressanta med undervisningen är att den tar upp värderingar om sex och samlevnad, något vi inte gärna pratar offentligt om. Med diskussioner får vi bättre möjligheter att förstå våra beteenden. Förhoppningsvis kan vi då påverka dem i positiv riktning, säger Erik Gustavsson.

ARTIKEL I TIDSKRIFTEN INSIKT – OM HIV, SEX & SÅNT. NR 3, 2005

Vid sista lektionstillfället gjorde varje grupp en utvärdering och totalt 111 elever fyllde i utvärderingsblanketten. Det framgår inte hur många som totalt deltagit vid de olika seminarietillfällena och elever har heller inte svarat på samtliga frågor, vilket gör det svårt att bedöma hur representativa svaren är.

Sjuksköterskan sammanställde och kommenterade utvärderingsresultaten.

Färre än fem procent av samtliga elever hade valt att inte delta i seminarierna när det visade sig vilket ämne som skulle tas upp. Farhågorna om att sexualitet skulle vara ett tabubelagt ämne och svårt för en man att ta upp med kvinnor hade därmed inte besannats, tyckte han.

Drygt 65 procent av kvinnorna som deltog i utvärderingen och 77 procent av männen tyckte att elever på SFI behövde utbildning om sexualitet.

Elevernas uppfattning om det var bra att dela klasserna i mans- och kvinnogrupper gick isär. Ungefär hälften tyckte det var bra att ha delade grupperna och kvinnorna var mer positiva till könsseparerade grupper än männen. Sjuksköterskan ansåg att det framför allt var viktigt att ta upp frågor om prevention av STI i blandade grupper. Han menade att ämnet berörde både män och kvinnor och det var viktig med gemensamma diskussioner. Detta speglades i utvärderingarna där det visade sig att en klar majoritet av eleverna, drygt 90 procent, ansåg att användningen av kondom var både mannens och kvinnans ansvar.

På frågan om vad eleverna skulle vilja veta mer om när det gäller sexualitet var både kvinnorna och männen mest intresserade av att få veta mer om STI och hiv/aids. Männen ville därefter veta mer om kvinnans kön och var också intresserade av samtal om sex och relationer. Att männen ville veta mer om kvinnans kön är förstäeligt eftersom det inte tagits upp i mansgrupperna. Kvinnorna önskade sig mer kunskap om graviditetsskydd och graviditet men ville också ha mer samtal om sex och relationer.

Sammanfattningsvis ansåg sjuksköterskan att skolans engagemang och stöd för sexualundervisningen hade gjort det möjligt att genomföra lektionerna. Han föreslog rektorn på Riksby-skolan att Järva mansmottagning till hösten skulle göra en seminarierie för intresserade lärare med syfte att motivera lärarna till att ta upp frågor om sex och samlevnad i sin undervisning. Seminarierna skulle ge lärarna kunskap, förslag på metoder och pedagogiskt material. Han föreslog också att han under hösten 2005 skulle fortsätta att arbeta med eleverna på C-nivån i svenska med samma lektionsupplägg som den just avslutade kursen.

Rektorn var intresserad av ett fortsatt samarbete och ställde sig också positiv till idén med lärarseminarier. Dessa genomfördes dock aldrig eftersom SFI-undervisningen omorganiserades, skolan flyttades och rektorn som varit drivande i samarbetet med Järva mansmottagning slutade.

Sjuksköterskan valde att fortsätta koncentrera sitt utåtriktade arbete till SFI-skolorna eftersom det uppsökande arbete som mansmottagningen tidigare gjort på festivaler och i samarbete med invandrarföreningar inte längre kändes meningsfullt för honom.

...min erfarenhet av festivaler och sånt där är att det inte blir så kvalitativt, det blir väldigt förenklat, stå och dela ut kondomer och säga "det är bra, du måste använda kondom, hej då"...Alltså jag får inte det samtalet jag vill... jag vill ligga på en högre nivå när jag ska arbeta.

SJUKSKÖTERSKA

Undervisningen på SFI-skolorna hade funnit sin form och sjuksköterskan menade att SFI var ett bra ställe att arbeta på.

... det är väldigt få enheter som verkligen jobbar primärpreventivt ute i skolor... jag når ut till en grupp som är helt förbisedd, för man har inte gått i skolan. Det är sådana (elever) som kommer nu, ska lära sig språket, komma in i ett samhälle och som på något sätt aldrig annars hade fått den här informationen... jag har ju verkligen hittat den perfekta arenan känner jag...

SJUKSKÖTERSKA

Under våren 2005 beslöt mansomtagningen att erbjuda personal inom primärvården, socialtjänsten och psykiatrin på Järvafältet två halvdagsseminarier om manlig sexualitet. De hade vid sina besök på vårdcentraler och i kontakterna med socialtjänsten, ungdomsmottagningarna och andra uppfattat att det fanns intresse och behov av ökad kunskap om manlig sexualitet. Inbjudan gick ut till vårdcentraler, BVC, MVC, ungdomsmottagningar, socialtjänsten och olika psykiatriska verksamheter i området. Ett seminarium vände sig till socialtjänstpersonal och ett 15-tal socialarbetare deltog. Till det andra seminariet som riktade sig till vårdpersonal kom endast några få deltagare, de flesta från ungdomsmottagningarna i området. Personalen på mansomtagningen var förvånade och lite besvikna över bristen på intresse. De upplevde att de erbjöd tillfälle till kostnadsfri fortbildning i ett ämne där de ansåg att många inom vården skulle behöva mer kunskap.

Förändring och reflektion

Under våren 2005 berättade verksamhetschefen för projektledaren att han tänkte sluta sitt jobb på mottagningen efter sommaresemestern. Han hade då arbetat nästan tre år med projektet sedan starten 2002 och ville nu ägna sig åt något annat. Verksamhetschefen var nöjd med sin insats i projektet trots att han upplevde att han inte hade haft så stora möjligheter att påverka projektets uppläggning och personalsammansättning.

Jag är oerhört stolt över Järva mansmottagning och det har jag varit ifrån början, för med dom förutsättningarna som jag (som arbetsledare) hade från början, så tycker jag att jag har startat en otroligt väl fungerande mottagning som fungerar och som är oerhört billig i drift och som ändå når ut till oerhört många män.

VERKSAMHETSCHEF A

Framförallt hade stadsdelarnas bristande engagemang och de ständiga bytena av kuratorer krävt mycket energi.

Rinkebys kurator som också arbetat i nära tre år på mottagningen valde att sluta sin halvtidstjänst på mottagningen samtidigt som verksamhetschefen. Han skulle nu gå tillbaka till sin heltidstjänst på socialtjänsten i Rinkeby. Någon annan manlig kurator som kunde ersätta honom kunde inte Rinkeby erbjuda. Inför hösten stod mottagningen helt utan kurator.

Innan den ”gamla” personalen skulle sluta på mottagningen beslöt personalgruppen, på förslag av sjuksköterskan, att tillsammans med projektledningen genomföra en s.k. SWOT⁵-analys av mottagningens verksamhet. SWOT står för *strengths*, *weaknesses*, *opportunities*, *threats* och metoden är användbar för att analysera en organisations styrka och svagheter och de möjligheter och hot/risker som organisationen står inför.

SWOT-analysen av Järva mansmottagning genomfördes i maj 2005 och delades i två delar: en första analys av den *kliniska, medicinska verksamheten* och en andra analys av *kuratorsverksamheten*. Verksamhetschefen och sjuksköterskan samt projektledaren och en handläggare på Lafa, som periodvis ingått i projektledningen, genomförde SWOT-analyserna. Rinkebys kurator hade blivit sjuk och inte heller konsultläkaren var närvarande vilket gjorde att analyserna inte speglade hela personalgruppens uppfattningar.

I minnesanteckningarna från arbetet med SWOT-analysen noterades som den kliniska verksamhetens styrka bl.a. de generösa öppettiderna, den korta väntetiden, att patienterna får gott om tid, att mottagningen finns nära patienterna och att besöken är kostnadsfria. Den engagerade, lilla medicinska personalgruppen med bred erfarenhet och bra kontakt mellan sjuksköterskorna och läkaren bedömdes också som en styrka.

Enligt gruppen var några av mottagningens svagheter att patientantalet var lågt med många återbesök vilket innebar att mottagningen hade en viss överkapacitet, att mottagningen vände sig till en begränsad målgrupp och ett avgränsat upptagningsområde och gruppen ifrågasatte om den nådde rätt målgrupp. Gruppen diskuterade också om det var en svaghet att behandlingsområdet var begränsat till sexuellt överförda infektioner och att mottagningsbesöken var kostnadsfria, vilket

5 SWOT = en term inom företagsekonomi som används för strategisk planering och marknadsplanering. Nationalencyklopedin 2006-11-01

skulle kunna innebära att patienterna inte värderade besöken tillräckligt. Att ledningen av projektet låg på flera nivåer, d.v.s. på styrgruppen, projektledaren och verksamhetschefen listades också som en svaghet.

Som en av den kliniska verksamhetens *framtida möjligheter* såg gruppen en koppling av Järva mansmottagning som en satellitmottagning till ks-Sesam. Andra möjligheter var att bli en fast verksamhet och/eller ett resurscenter. Gruppen reflekterade över möjligheten att kunna lyfta fram frågor om manlig sexualitet och erbjuda spetskompetens och kanske sälja mansmottagnings-idén. Möjligheten att samarbeta mer med liknande organisationer och fylla en funktion i redan etablerade nätverk diskuterades och gruppen ville göra mottagningen ännu mer känd.

De *risker eller hot* mot den kliniska verksamheten som gruppen upplevde handlade bland annat om att inte få fortsatta pengar och därigenom bli tvingade att stänga. Ett fortsatt lågt patientantal och för få upptäckta fall av STI såg gruppen som något som skulle kunna bidra till att hota mottagningens fortsatta arbete. Vissa ogrundade rykten om att mottagningen skulle läggas ner hade cirkulerat inom landstingsorganisationen och detta uppfattade gruppen som ett hot mot projektet. Även de ständiga omorganiseringarna i landstinget sågs som en risk för det fortsatta arbetet liksom att verksamhet skulle inordnas under den övriga primärvården i området. En eventuell förändring i landstingets politiska styre skulle också kunna utgöra ett hot mot verksamhetens överlevnad. Gruppen uppfattade också att intresset för samarbete från andra organisationers sida var svagt och att det kunde äventyra projektet.

SWOT-analysen av *kuratorsverksamheten* genomfördes utan att kuratorn var närvarande vilket medförde att den analysen inte blev helt rättvisande.

Som *styrka* i kuratorsverksamheten tog gruppen fram kuratorns kännedom om stadsdelarna vilket de ansåg skulle kunna bidra till att öka mottagningens kunskap om patienternas psykosociala hälsa kopplad till sexualitet. Att kuratorstjänsten hade utökats till en halvtid i stället för bara 10 timmar uppfattades som en styrka för verksamheten och gruppen såg också att kuratorns koppling till socialtjänsten genom arbetet på den andra halvtiden som positivt. Gruppen ansåg också att det fanns stora fördelar med att kuratorsarbetet gick att forma relativt fritt eftersom det inte fanns någon bestämd mall för hur en kurator på en mansmottagning skulle jobba. Kuratorns möjlighet att ge varje patient mycket tid och samarbetet med de andra i personalen uppfattades också som en styrka.

*Svagheter*na i kuratorsverksamheten var bristen på kontinuitet som inneburit att flera kuratorer hade arbetat korta perioder under projektets första tid. Kuratorernas bristande ämneskompetens och otydliga roll sågs också som svagheter. Kuratorsarbetet ställde stora krav på att ta egna initiativ och att "förstå konsten med att

befinna sig i marginalen av en verksamhet” som en i gruppen uttryckte sig. Detta kunde tolkas som att den medicinska verksamheten oftast var den centrala på en mottagning av Järva mansmottagnings typ. Kuratorerna på mansmottagningen blev därför, liksom kuratorerna på många ungdomsmottagningar, tvingade att själva utforma sin roll, profilera sig och marknadsföra sina tjänster, både i förhållande till den medicinska personalen och till besökarna.

Att kuratorerna hade haft så få klienter var problematiskt eftersom det medförde att kuratorerna hade svårt att få erfarenheter av klientsamtal som skulle kunna bidra till att öka deras kompetens.

Utvecklingsmöjligheterna i kuratorsarbetet handlade om att förbättra och förfinas arbetet t.ex. genom att skapa mansgrupper, aktivt erbjuda män samtalskontakt och utveckla det pedagogiska och utåtriktade arbetet. Gruppen såg en möjlighet att förbättra kopplingen till stadsdelsnämnderna och menade att kuratorn också skulle kunna verka för att bilda nätverk med andra aktörer.

Gruppen ansåg att för få patientkontakter skulle medföra minskad motivation hos kuratorn vilket skulle innebära ett *hot* mot kuratorsverksamheten. För få kuratorspatienter skulle också kunna leda till att stadsdelsnämnderna helt skulle hoppa av projektet och att landstinget då inte ensamma skulle vara intresserade av att driva verksamheten vidare.

Genomförandet av SWOT-analysen blev en slags summering av Järva mansmottagnings aktuella situation inför den förändring som skulle komma i och med att två personer, verksamhetschefen och kuratorn, som varit med sedan starten nu skulle lämna arbetet på mottagningen.

En ny personalgrupp formas

Sjuksköterskan, som hittills varit ansvarig för det utåtriktade arbetet, var intresserad av att jobba heltid på mottagningen, och han ville gärna söka arbetet som efterträdare till verksamhetschefen. Han uppfattades av både den gamla personalen, projektledaren och styrgruppen som den självklara efterträdaren till verksamhetschefen. I juni 2005 anställdes sjuksköterskan på heltid som ny verksamhetschef.

Eftersom Rinkeby stadsdelsförvaltning inte hade någon efterträdare till sin kurator blev det aktuellt att rekrytera en ny kurator på halvtid. Att återuppta diskussionen med Kista och Spånga-Tensta stadsdelsförvaltningar om att få en eller två manliga socialarbetare från deras befintliga personalresurs kändes tveksamt mot bakgrund av de svårigheter som hade följt på grund av täta personalbyten och personal utan speciell ämneskompetens. Den formella kontakten med de två stadsdelarna hade också i princip upphört i och med att de inte längre deltog i styrgruppsmötena. Pro-

jektledaren och den nya verksamhetschefen var överens om att det var mest realistiskt att tänka sig en kurator som rekryterades och anställdes direkt av projektet. Denna inställning understöddes också av styrgruppen.

En manlig kurator som var känd av delar av personalen och av projektledningen kontaktades. Han kunde ämnesområdet och hade lång erfarenhet av att arbeta på Järvafältet. Kuratorn hade hört lite om Järva mansmottagning och var intresserad att pröva jobbet.

...(det var lockade) att pröva något nytt. I och med att det var tidsbegränsat, så tänkte jag att jag har ju mitt ordinarie arbete att gå tillbaka till om det här inte skulle vara någonting, så det är ju en bra grej att prova på... Jag har ju jobbat med lågstadiebarn och så har jag jobbat med högstadiebarn och så har jag jobbat på ungdomsmottagning och nu är det gubbarna... (Det blir) på något sätt en fortsättning.

KURATOR B

Kuratorn var anställd på en ungdomsmottagning av Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning, och projektledningen hoppades att stadsdelsförvaltningen skulle låta kuratorn arbeta halvtid på Järva mansmottagning. Detta skulle innebära att stadsdelen åter skulle bli delaktig i projektet.

Det visade det sig dock att Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning inte var beredda att bidra med kuratorstid till mansmottagningen. Stadsdelsförvaltningen drev i samarbete med Kista och Rinkeby sedan en tid tillbaka ett eget mansprojekt – Manscentrum Järva – som riktade sig till män som använder våld i nära relationer. De idéer om ett projekt mot mäns våld mot kvinnor som stadsdelarna drivit i de första diskussionerna om Järva mansmottagning hade realiserats.

Enda möjligheten för kuratorn att pröva arbetet på mansmottagningen var att söka tjänstledighet på halvtid och bli anställd direkt av Järva mansmottagning. Stadsdelsförvaltningen beviljade 7 månaders tjänstledighet och i augusti 2005 anställdes han på halvtid.

När mansmottagningen startade sin verksamhet igen efter sommaren 2005 bestod den nya personalgruppen av en verksamhetschef/sjuksköterska på heltid, en kurator på halvtid och en läkare som arbetade fem timmar per vecka. Läkarens timmar hade utökats något och koncentrerades till den dag mottagningen hade klinisk mottagning och öppet hus.

På en planeringsdag i mitten av augusti 2005 med personalen och projektledaren gjordes en ny, komprimerad SWOT-analys av verksamheten. Som styrka i projektet lyftes den nya personalkonstellationen fram. Gruppen uppfattades som ”bra och stabil” och med goda förutsättningar att samarbeta mellan sina olika fackkom-

råden. Att alla i personalen nu hade samma huvudman, d.v.s. landstinget via Lafa, upplevdes också som en styrka för projektet. Som en svaghet tog man upp att mottagningen nu hade färre tjänster, sammanlagt 1,5 tjänst samt konsultläkartimmar. Tidigare hade verksamhetschefen arbetat 70 procent, sjuksköterskan halvtid och det hade funnits två halvtids kuratorer. Läkaren hade fram till hösten 2005 arbetat tre timmar per vecka.

Besöken ökar

I början av hösten 2005 märktes en markant ökning av antalet besök på mottagningen. Under projektets två första år hade patientbesöken under perioden augusti till och med oktober ganska konstant legat på mellan 50 och 60 besök per månad. Under samma period 2005 noterades drygt 130 besök i genomsnitt per månad vilket alltså var mer än en fördubbling. Verksamhetschefen och läkaren såg flera olika orsaker till ökningen.

...en orsak måste vara tiden, att etablera någonting, att sätta sådana här saker i folks medvetande tar tid. Järva mansmottagning är inte en naturlig del i en vårdkedja för man vet inte att den länken finns.

VERKSAMHETSCHEF B

Läkaren kopplade de ökade besöken till den utåtriktade verksamheten. Han menade att verksamhetschefen och kuratorn nådde män, t.ex. på SFI-skolorna, som aldrig hade haft möjlighet att diskutera sexuella problem eller könssjukdomar.

Verksamhetschefen såg ytterligare en anledning till ökningen. Patienterna kom gärna tillbaka och rekommenderade även mottagningen till sina kompisar. Skälet till att männen valde att komma tillbaka, trodde verksamhetschefen berodde på att personalen bemödade sig om att inte möta besökarna på ett fördömande eller moraliserande sätt.

...problematiken som kommer den är ju vanlig: ”jag är orolig för att jag har varit i Turkiet och där träffade jag någon kvinna på en bar och nu vet jag inte och min fru vet ingenting och...”...då gäller det att inte döma, att inte sätta någon pekpinne, utan säga OK, bra att du är här... det är positivt att du tar ansvar och vill testa (dig).

VERKSAMHETSCHEF B

Även om besöken ökade handlade det fortfarande mest om medicinska problem. Kuratorn hade bara enstaka egna samtalskontakter förutom inskrivningssamtalen och partnerspårningssamtal. Verksamhetschefen förmodade att de fåtaliga

kuratorsbesöken kunde bero på att patienterna helst ville fortsätta sin första kontakt med läkaren eller verksamhetschefen och därför inte var intresserade av att slusas vidare till kuratorn.

Trots att kuratorn inte hade så många besök fylldes ändå hans halvtidstjänst av det utåtriktade arbetet och då och då krockade hans andra halvtidsarbete på en ungdomsmottagning med verksamheten på mansmottagningen. Han upplevde det slitsamt att arbeta halvtid på två ställen och att ensam hinna med utåtriktad verksamhet, skriva in patienter på öppna mottagningen, delta i planering och möten och dessutom ansvara för partnerspårning och vara beredd att erbjuda enskilda samtal.

År 2006 skulle inledas med en diskussion om hur mottagningens arbete kunde utvecklas ytterligare för att svara upp mot det ökade antalet patienter. Eftersom besöksantalet hade fortsatt att ligga på runt 130-140 per månad under hela hösten övervägdes det om kuratorns arbetstid på mottagningen skulle ökas.

Styrgruppen och projektets finansiering inför 2006

Styrgruppens sammansättning påverkades i och med att Rinkebys kurator hade lämnat projektet under sommaren 2005. Rinkebys stadsdelsförvaltning hade inte längre någon representant i gruppen, och styrgruppen hade inför hösten 2005 bestått av endast Stockholms stads hiv-samordnare, Lafas chef och projektledaren.

Som en effekt av projektledarens arbete med utvärderingen av mansmottagningen, synliggjordes en svaghet i projektets organisation. Verksamhetschefen hade hittills inte ingått som ordinarie medlem i styrgruppen utan enbart bjudits in vid behov. I samband med utvärderingsintervjuerna som påbörjats under hösten 2005, hade både den första och den nuvarande verksamhetschefen begärt att få delta som fullvärdiga medlemmar i styrgruppen för att få mer insyn och kunna påverka projektets utveckling. Den nuvarande verksamhetschefen uttryckte, att han upplevde det som en brist på förtroende att inte ingå i styrgruppen. Styrgruppen beslöt direkt att verksamhetschefen fortsättningsvis skulle få en permanent plats i gruppen, och från och med januari 2006 deltog han regelbundet i mötena.

Styrgruppen reflekterade också över projektets relation till stadsdelarna. I utvärderingsintervjuerna hade det kommit fram att stadsdelarna saknade information om mansmottagningens verksamhet. Styrgruppen bestämde sig för att bjuda in stadsdelarna åtminstone två gånger per år för att involvera dem mer i projektet igen. Något datum för första mötet med stadsdelarna bestämdes dock inte.

I styrgruppen diskuterades mansmottagningens framtid. Mot bakgrund av att besöksantalet hade ökat så markant under hösten var gruppen överens om att verksamheten borde få fortsätta och att man därför skulle försöka lösa frågan om finansiering för hela 2006.

Styrgruppen enades om att projektets första fas skulle betraktas som avslutad i och med att mottagningen hade varit igång under tre år vid slutet av februari 2006. Fas två av projektet skulle starta 1 mars och pågå till 31 december, 2006. Syftet med fas två skulle vara att hitta en lämplig organisationstillhörighet för mottagningen.

Både Lafas chef och projektledaren ansåg det viktigt att försöka återuppta kontakten med Beställare Vård (BV) för att informera om den aktuella verksamheten och diskutera Järva mansmottagnings framtid. BV hade formellt haft en plats i styrgruppen sedan projektstarten men hade inte deltagit i mötena och inte besökt mottagningen sedan Rinkebys lokala hälsoplanerare slutade sin tjänst.

Projektledaren och verksamhetschefen beslöt att bjuda BV:s handläggare till ett möte på mottagningen. Det visade sig dock att BV utsett en ny representant till styrgruppen och ett första möte kom till stånd hos Beställare Vård med Lafas chef och projektledaren i slutet av november 2005. Vid mötet presenterades projektet och finansieringen för 2006 diskuterades. Lafas förslag var att kostnaderna för mottagningens verksamhet skulle täckas med de projektmedel som inte utnyttjats under de gångna åren. Förutom dessa pengar skulle projektet behöva en mindre summa från landstinget som skulle kunna avsättas från det statliga hiv-anslaget som landstinget skulle få även för 2006.

BV accepterade Lafas förslag på lösning av finansieringen för 2006 och i början av året fattade BV ett formellt beslut att låta Järva mansmottagning disponera kvarvarande projektmedel under 2006. Man beviljade ytterligare 124 000 kr från det statliga anslaget för hiv-prevention och tillsammans med de 400 000 kr som Stockholms stad beviljade projektet från sitt statliga anslag för hiv-prevention hade därmed Järva mansmottagning full finansiering för 2006, totalt ca 2 000 000 kr. Kontakterna angående projektets finansiering och framtid ledde till att BV:s handläggare började delta regelbundet i styrgruppsmötena.

Sökande efter tillhörighet

Vid olika tillfällen under hela projekttiden hade frågan om Järva mansmottagnings framtida organisationstillhörighet diskuterats av både personalen, projektledningen och styrgruppen. Under hösten 2005 aktualiserade frågan igen eftersom den treåriga projekttiden närmade sig sitt slut. Styrgruppen betonade att det var viktigt att hitta en fast organisationstillhörighet där man var beredd att stödja mottagningen och se den som en viktig verksamhet. Några möjliga alternativ hade identifierats: Sex- och samlevnadsmottagningen på Karolinska sjukhuset (KS-Sesam), Sexualmedicinskt Centrum, primärvården och Lafa.

Järva mansmottagning hade kontinuerligt haft kontakt med KS-Sesam och under hösten 2005 bjöd verksamhetschefen och projektledningen in en överläkare och

en kurator för att diskutera frågan om ks-Sesam kunde tänkas knyta mansmottagningen till sig. Järva mansmottagnings verksamhet stämde väl överens med den verksamhet som ks-Sesam bedrev och Järvafältet låg dessutom inom Karolinska sjukhuset upptagningsområde. Överläkaren och kuratorn menade att ks-Sesam principiellt var intresserade av mansmottagningens arbete. Sammanslagningen av Karolinska sjukhuset med Huddinge sjukhus hade dock gjort att ks-Sesam hade problem i sin egen organisation och det var mycket tveksamt om det var möjligt ta in mansmottagningen i organisationen. Överläkaren och kuratorn lovade föra frågan vidare till personal och chefer och därefter återkomma.

Ett av de andra organisationsalternativen som diskuterades var Sexualmedicinskt Centrum som var en nystartad del av andrologiskt centrum på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Järva mansmottagning hade haft en del kontakt med centrets chef och personal och frågan om samarbete och tillhörighet hade tagits upp informellt. Det som var gemensamt för mansmottagningen och Sexualmedicinskt Centrum var fokus på manlig sexualitet. Centret arbetade däremot inte alls med sexuellt överförda infektioner vilket var Järva mansmottagnings huvuduppgift.

Fortsatt tillhörighet till Lafa sågs som en annan, men mer tveksam, möjlighet. Järva mansmottagning hade utvecklats inom ramen för Lafas primärpreventiva och hälsofrämjande uppdrag och arbetade också med en av Lafas prioriterade målgrupper, invandrare och flyktingar. Att permanent driva en mottagning var däremot nytt för Lafa. Inom Centrum för folkhälsa, som Lafa tillhörde, hade en omfattande organisationsförändring initierats som med all säkerhet skulle påverka Lafas arbete och kanske även möjligheten att driva mansmottagningen.

Även alternativet att ingå i den lokala primärvårdsorganisationen diskuterades i olika omgångar. Järva mansmottagning hade inkluderats i en sammanställning av primärvårdsutbudet på Järvafältet som gjorts av Beställare Vård. Verksamhetschefen hade kontakt med vårdcentralerna och andra vårdgivare i området och många av mansmottagningens patienter kom på hänvisning från primärvården. Mansmottagningens eventuella placering inom primärvården skulle komma att diskuteras närmare när Beställare Vård började delta i styrguppen under våren 2006.

Kontakterna med ks-Sesam och Sexualmedicinskt Centrum ledde inte vidare och frågan om mansmottagningens framtida tillhörighet var fortfarande olöst i början av 2006. Tills vidare fortsatte Lafa att driva Järva mansmottagning som ett externt projekt.

Verksamheten expanderar

Under hela projekttiden hade mansmottagningen regelbundet haft en eller två planeringsdagar ungefär var sjätte månad. På några planeringsdagar i början av 2006

reflekterade personalgruppen och projektledaren över projektmålen och arbetet på mottagningen. Projektet var på väg in i sin andra fas i och med att den treåriga projekttiden skulle avslutas i mars 2006 och projektmålen behövde revideras.

Alla hade uppfattningen att mottagningen jobbade i överensstämmelse med den nuvarande målbeskrivningen. Personalen kände sig särskilt nöjd med att mottagningen hade hög tillgänglighet vilket betydde att patienterna alltid fick tid inom en vecka. Att patienterna gärna kom tillbaka och att så många patienter kom till mottagningen på rekommendation av någon bekant var också ett gott betyg, ansåg personalen. Patientökningen under hösten 2005 och den välfungerande personalgruppen tycktes ge energi och lust att utveckla arbetet vidare.

I förslaget till projektmål som togs fram under planeringsdagarna låg fokus liksom tidigare på att förebygga och begränsa spridningen av hiv/aids och övriga STI, att främja mäns reproduktiva hälsa och rättigheter och att motverka ojämlikhet i sexuell och reproduktiv hälsa mellan olika etniska grupper och mellan män och kvinnor.

Som ett nytt mål för 2006 tillkom ”att utreda lämplig organisationstillhörighet för mottagningen och göra projektet till en permanent verksamhet” (anteckningar från planeringsdagar på Hasseludden).

På planeringsdagarna diskuterade personalen och projektledaren också om mottagningens upptagningsområde skulle utökas. Personalen ansåg att de hade viss överkapacitet och att de kunde ta emot fler män än enbart de som bodde på Järvafältet. Tanken var att vända sig till män från andra delar av Västerort och personalen och projektledaren enades om att föreslå styrgruppen att mottagningen skulle börja ta emot män från Hässelby/Vällingby stadsdel som gränsade till Järvafältet. Utvidgningen av upptagningsområdet skulle innebära att mansmottagningen vände sig till totalt runt 37 500 män i stället för till de cirka 22 000 män som bodde på Järvafältet. Utökningen skulle bara gälla patientbesök på mottagningen, och det utåtriktade arbetet skulle även fortsättningsvis koncentreras till de invandrantäta stadsdelarna på Järvafältet. I februari beslöt styrgruppen att det nya upptagningsområdet skulle börja gälla från och med 1 mars, 2006.

I samband med personalens diskussioner runt mottagningens expansion togs också frågan om kuratorstjänsten upp. Det ökande patientantalet gjorde det svårt för kuratorn att hinna med sina arbetsuppgifter på mottagningen, t.ex. att skriva in patienter, och samtidigt delta i det utåtriktade arbetet. Han hade också fått signaler från sin chef på ungdomsmottagningen att han inte skulle beviljas fortsatt tjänstledighet om inte ledigheten omfattade minst 75 procent. Kuratorn och den övriga personalen kom därför överens med projektledningen om att ta upp förslaget om att öka kuratorns arbetstid från halvtid till 75 procent i styrgruppen.

Projektledaren hade i samband med intervjuerna för projektutvärderingen träffat socialtjänstcheferna i Rinkeby och Spånga-Tensta och samarbetet med stadsdelarna och med det stadsdelsövergripande Kvinnofridsprojektet Järva hade aktualiserats. Det bestämdes att projektledaren skulle bjudas in till ett ledningsgruppsmöte med Kvinnofridsprojektet för en diskussion om samarbetet med mansmottagningen. Projektledaren tänkte då också ta upp frågan om stadsdelarnas möjlighet att bidra till en eventuell utökning av kuratorstjänsten.

Samarbetet med stadsdelarna och Kvinnofridsprojektet Järva

Kvinnofridsprojektet Järva hade startat 2005. Målet med projektet var bl. a. att minska mäns våld mot kvinnor och barn och att öka samverkan i kvinnofridsfrågor mellan stadsdelsförvaltningarna på Järvafältet och med andra huvudmän. De tre stadsdelarna deltog med var sin verksamhet som riktade sig till olika målgrupper. Rinkeby höll i Rinkeby Kvinnofridsteam för våldsutsatta kvinnor. Spånga-Tensta drev Manscentrum Järva för män med våldsproblematik och Kista ansvarade för Gungan som arbetade med barn som upplevt våld i familjen.

Mot slutet av sommaren 2005 träffade mansmottagningspersonalen koordinatör för kvinnofridsprojektet och de manliga socialarbetare som jobbade med Manscentrum Järva. De diskuterade mansmottagningens erfarenheter av att nå ut till männen i området och möjligheterna att samarbeta, t.ex. kring utåtriktat arbete.

Den manliga socialarbetaren på Rinkeby Kvinnofridsteamet hade svårt att hitta ett lämpligt samtalsrum för sina möten med individuella män. Verksamhetschefen föreslog att han skulle låna ett rum på Järva mansmottagningen som hade utrymme över och kunde erbjuda ”en manlig miljö”. Genom att erbjuda ett rum hoppades mansmottagning att kontakten med stadsdelarna och med Kvinnofridsprojektet skulle kunna stärkas och utvecklas.

I början av 2006 bjöds projektledaren in till ett möte med Kvinnofridsprojektets ledningsgrupp. I ledningsgruppen ingick, förutom koordinatör för Kvinnofridsprojektet, några av de personer som tidigt var inblandade i projektplaneringen av Järva mansmottagning och också två stadsdelsrepresentanter som tidigare ingått i mansmottagningens styrgrupp.

På mötet presenterade projektledaren arbetet på mansmottagningen, redogjorde för projektets utveckling och aktualiserade frågan om stadsdelarna skulle kunna bidra till kuratorstjänsten. Projektledaren argumenterade för att mansmottagningens verksamhet kom männen i alla de tre stadsdelarna tillgodo och att verksamheten inte bara var medicinsk, utan även förebyggande och psykosocial. Stadsdelarnas eventuella stöd till kuratorstjänsten skulle innebära en kostnad för tre timmar kurator i veckan per stadsdel. Projektledaren menade att det var en förhållandevis liten summa för varje stadsdel.

Ledningsgruppen diskuterade hur kontakterna och samarbetet med mansmottagningen hade fungerat och om man skulle stödja mansmottagningen. Rinkeby och Spånga-Tensta var positiva till mansmottagningens arbete och till samarbetet med Kvinnofridsprojektet. Från Kistas sida var man mer tveksam. Rinkebys stadsdelsförvaltning sa sig vara villig att bidra med kuratorstid till mansmottagningen, men under förutsättning att de andra stadsdelarna bidrog med lika mycket. Spånga-Tensta övervägde om det skulle gå att söka extra bidrag från Stockholms stads kompetensfond, eftersom det inte fanns pengar i ordinarie budget. Kistas representant i ledningsgruppen var inte beredd att verka för ett stöd till kuratorstjänsten. Stadsdelarnas olika uppfattning om mansmottagningen tycktes spegla det faktum att de arbetade med olika målgrupper inom kvinnofridsprojektet. Det fanns ett intresse för någon form av samarbete men det blev ändå tydligt att det inte fanns någon gemensam vilja att bidra ekonomiskt till mansmottagningens kuratorstjänst.

I ett försök att bredda samarbetet med andra organisationer i området tog verksamhetschefen på Järva mansmottagning under våren 2006 initiativ till att genomföra en seminarierie på temat "Människans olika identiteter". Samarbetsparter i uppläggnings av seminarierien blev Manscentrum Järva, Kvinnojouren Tensta, familjerådgivningen och mödravården vid Spånga-Tensta familjecentral samt Kista ungdomsmottagning. Alla utom Kista ungdomsmottagning arbetade i Spånga-Tensta, och det fölls sig därför naturligt att erbjuda seminarierien till SFI-skolan i Tensta som var intresserad. Seminarierna vände sig till eleverna på de högsta nivåerna och syftade till att "ge kunskap till deltagarna om de resurser som finns för dem i det svenska samhället samt ge insikter i hur man själv kan hantera olika situationer och problem i sin vardag" (plan för seminarierien "Människans olika identiteter").

Under april 2006 deltog cirka 150 elever i seminarierna som omfattade 5 lektionspass à två timmar. Eleverna var uppdelade på fem grupper: tre kvinnogrupper och två mansgrupper och varje lektionspass leddes av personal från institutionerna som medverkade. Varje pass utvärderades på ungefär samma sätt som gjorts tidigare i samband med mansmottagningens seminarier på SFI. I slutet av maj samlades elever och skolledningen samt några av föreläsarna för en avslutande diskussion. Sammanfattningsvis var både elever och skolledning nöjda med seminarierna och man hoppades att de skulle kunna genomföras igen för nya elever.

Verksamhetschefen på Järva mansmottagning hade varit drivande i planeringen och organiseringen av seminarierien på SFI i Tensta. Hans uppfattning var att allt fungerat bra, att föreläsarna var nöjda med seminarierna men att han ensam hade fått ansvara för förberedelsearbetet. Det verkade saknas initiativkraft och engagemang från de deltagande stadsdelarnas sida för att driva samarbetet vidare. Någon ytterligare gemensam utbildningsinsats kom därför aldrig till stånd under höst-

terminen 2006. Även möjligheten till kontakt med Rinkeby Kvinnofridsteam genom gemensamt utnyttjande av lokalerna på Järva mansmottagning rann ut i sanden. Den manliga socialarbetaren som skulle använda ett samtalsrum på mansmottagningen löste lokalfrågan på annat sätt och han utnyttjade därför aldrig rummet.

Summering av tre års verksamhet

I mars 2006 hade Järva mansmottagning varit öppen i tre år. Projektledaren och verksamhetschefen enades om att det var dags att summera verksamheten igen på samma sätt som gjorts vid ett seminarium för 1 1/2 år sedan.

Den besöksstatistik som samlats under de tre projekttären sammanställdes och bearbetades för att presenteras vid ett treårsseminarium som projektledaren och verksamhetschefen planerade. Statistiken skulle även användas i den pågående utvärderingen och skulle också kunna utgöra underlag för kommande beslut om mottagningens framtid. Besöksregistreringen, som hittills hade gjorts manuellt, skulle från och med den första mars skötas med hjälp av ett datoriserat journalsystem.

I april 2006 bjöds politiker, tjänstemän och andra intresserade in till ett seminarium om Järva mansmottagning. Projektledaren och verksamhetschefen tänkte beskriva verksamheten, presentera resultat och visioner för framtiden. Syftet med seminariet var, förutom att presentera verksamheten, att påverka beslutsfattande politiker och tjänstemän till att stödja en fortsättning av verksamheten på Järva mansmottagning.

På seminariet deltog cirka 30 personer, bl.a. landstingspolitiker, tjänstemän från Beställare Vård och Smittskyddsenheten samt representanter från invandrarorganisationer och RFSL. Seminariet sammanföll med en utbildningsdag inom Stockholms stad, vilket gjorde att inte någon från socialtjänstförvaltningen eller stadsdelsförvaltningarna var närvarande.

Besöksstatistiken visade att besöken ökat med cirka 40 procent från det första till det andra verksamhetsåret och med 60 procent från det andra till det tredje året. Den mest markanta ökningen hade skett under perioden augusti 2005 till och med februari 2006 då mottagningen haft i genomsnitt 118 besök i månaden. Under motsvarande period föregående år gjordes det endast 56 besök per månad.

Under de tre åren hade genomsnittsåldern på besökarna legat på drygt 33 år och majoriteten kom från stadsdelarna på Järvafältet. Från år till år hade andelen män som kom från områden utanför Järvafältet ökat något, och under det tredje året hade cirka 20 procent av besökarna kommit från andra stadsdelar. Det övervägande antalet av besökarna tillhörde dock fortfarande den målgrupp som mansmottagningen riktade sig till.

Drygt 75 procent av besökarna hade utländsk bakgrund. 64 procent var själva

födda utomlands och resten hade en förälder eller båda föräldrar födda utomlands. Av dem som var födda utomlands kom 35 procent från Mellanöstern, 25 procent från Afrika, 20 procent från Europa och 20 procent från övriga delar av världen.

Omkring hälften av besökarna hade sökt upp mottagningen för besvär av eller symtom på en sexuellt överförd infektion, eller för att de var oroliga för att ha smittats av en STI eller hiv. Den näst vanligaste besöksorsaken var erektionsproblem följt av utlösningssproblematik och frågor om det manliga könets anatomi och fysiologi.

Vad gällde mansmottagningen utåtriktade verksamheten hade verksamhetschefen sammanställt de utbildningskontakter som personalen haft genom åren. Han hade räknat antalet deltagare vid varje lektionstillfälle som mansmottagningen genomfört, och kommit fram till att de haft drygt 1650 utbildningskontakter sedan starten, varav 1000 under det tredje projektåret.

Med en schematisk figur beskrev verksamhetschefen arbetet på Järva mansmottagning. Bilden visade hur mansmottagningens arenor, aktörer, arbetsmetoder och uppgifter kunde relateras till de olika nivåer och arbetsätt som kan användas i folkhälsoarbete kring mäns sexuella och reproduktiva hälsa.

Verksamhetschefen och projektledaren formulerade fyra framtidsvisioner på seminariet. De två första handlade om arbetet på Järva mansmottagning, de två andra beskrev behov i ett mer generellt perspektiv när det gällde mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Mottagningen skulle sträva efter att fortsätta utveckla utåtriktat hälsofrämjande arbete i kombination med klinisk verksamhet och fortsätta utveckla samarbetet med andra aktörer inom området sexualitet och relationer. På ett generellt plan behövdes det fler lokala, lågtröskelmottagningar med specifik kompetens för mäns sexuella och reproduktiva hälsa och utrymme för samtal och rådgivning om mäns sexualitet.

Visionerna om verksamheten på Järva mansmottagning utvecklades sedan vidare i ett abstrakt som verksamhetschefen och projektledaren presenterade på den 16:e internationella aidskonferensen i Toronto sommaren 2006. De hävdade att det som särskilde Järva mansmottagning från mer traditionella STI-mottagningar inom hälso- och sjukvården var satsningen på både målgruppsinriktat hälsofrämjande arbete och hälsoupplýsning och på traditionell klinisk, medicinsk verksamhet. I arbetet på mansmottagningen hade några faktorer identifierats som kunde ses som särskilt viktiga för att män, och då särskilt män med invandrarbakgrund, skulle kunna ta större ansvar för sin sexuella och reproduktiva hälsa. Män skulle betraktas som en egen målgrupp och det behövdes en genusspecifik strategi för att involvera dem i hiv och STI-prevention.

Arbetet skulle ske utifrån en helhetssyn på männen och deras behov och kliniskt arbete skulle kombineras med utåtriktade hälsofrämjande aktiviteter och hälsoupplýsning.

Satsning på kurator

Mansmottagningens styrgrupp diskuterade frågan om kuratorstjänstens omfattning och finansieringen på ett möte i februari 2006. Alla var eniga om att det stigande patientantalet motiverade en utökning av tjänsten och att det var viktigt att behålla den nuvarande kuratorn. Finansiering kunde ske med befintliga projektmedel och det beslöts därmed att kuratorn skulle erbjudas fortsatt projektanställning på 75 procent från den 1 april fram till slutet av 2006. Kuratorn ville gärna arbeta kvar på mansmottagningen och han sökte därför fortsatt tjänstledighet från ungdomsmottagningen där han hade sin fasta tjänst.

Strax innan kuratorns fortsatta projektanställning skulle formaliseras förändrades plötsligt personalsituationen på ungdomsmottagningen. Kuratorns vikarie på ungdomsmottagningen hade fått ett annat arbete och därför ville stadsdelsförvaltningen inte bevilja kuratorn fortsatt tjänstledighet. Om han ville fortsätta sitt arbete på mansmottagningen skulle han tvingas säga upp sig från sin fasta heltidstjänst. Kuratorn valde då att gå tillbaka till ungdomsmottagningen och från och med april stod Järva mansmottagning utan kurator.

Verksamhetschefen och projektledaren diskuterade svårigheterna med att hitta en kunnig, manlig kurator som ville och kunde arbeta en längre period på mansmottagningen och som var intresserad av att utveckla verksamheten.

Framförallt två problem identifierades: kuratorstjänsten var på deltid och anställningsformen som projektet kunde erbjuda var en tidsbegränsad projektanställning på mellan cirka 6 månader och ett år åt gången. Erfarenheten visade att män med erfarenhet och kunskap inom området sexualitet och STI oftast inte var intresserade av deltidarbete. Manliga socionomer med rätt kompetens föredrog förmodligen också fast anställning, t.ex. på ungdomsmottagning eller inom vården.

Projektledaren och verksamhetschefen övervägde om projektet skulle satsa på en kurator på heltid eftersom projektet hade tillräckligt med pengar kvar i budget för att avlöna en heltidskurator. Lafas chef stödde idén och det beslöts att mansmottagningen skulle börja rekrytera en heltidskurator.

I mars, strax innan kuratorn skulle sluta, fick projektledaren tips om en snart färdigutbildad, manlig socionom som skulle kunna vara lämplig som kurator på mottagningen. Han hade arbetat länge på RFSU, svarade på sex- och samlevnadsfrågor i en ungdomstidning och hade intresse och engagemang för ämnet.

I april anställdes den nya kuratorn på timbasis fram till sommaren. Han skulle avsluta sin socionomutbildning under våren 2006 och efter sommaren tänkte projektet erbjuda honom projektanställning på heltid till årets slut, under förutsättning att han fungerade bra på mottagningen. Under våren skulle han framförallt arbeta på den öppna mottagningsdagen med att skriva in patienter och med enskilda sam-

tal. Det visade sig snart att samarbetet fungerade bra med både verksamhetschefen och läkaren och i augusti anställdes han på heltid fram till slutet av 2006.

Framtidsperspektiv

Den treåriga projekttiden hade löpt ut i mars 2006 och det var nödvändigt att komma fram till ett beslut om Järva mansmottagnings framtid och finansiering. Verksamhetschefen, projektledaren och styrgruppen diskuterade nu om det fanns förutsättningarna för att Järva mansmottagning skulle bli en mer permanent verksamhet och till vilken organisation mottagningen i så fall skulle kunna höra.

Varken ks-Sesam eller Sexualmedicinskt Centrum, som tidigare hade setts som möjliga organisationer för Järva mansmottagning, hade uttryckt intresse för att inkludera mansmottagningen i sin verksamhet. Av de organisationer som tidigare diskuteras som möjlig ”hemvist” för Järva mansmottagning återstod primärvården och Lafa.

Järva mansmottagning som del av primärvården?

Beställarkontoret Vård hade under våren informerat styrgruppen om att de skulle utreda Järva mansmottagnings verksamhet. Utredningen skulle ge underlag till en diskussion om mottagningens framtid i den politiskt sammansatta hälso- och sjukvårdsberedningsgruppen för Västerort. Gruppen hade inte någon formell beslutsrätt men dess uppfattning var betydelsefull för beslutet om fortsatt finansiering av Järva mansmottagning.

På ett styrgruppsmöte i mitten av maj 2006 presenterade bv:s handläggare den pågående utredningen. Vårdcentralerna och stadsdelsförvaltningarna på Järvafältet liksom Smittskyddsenheten hade kontaktats för att ge sina synpunkter på mansmottagnings verksamhet och mottagningens besöksstatistik skulle analyseras.

I slutet av maj hade bv:s handläggare gjort ett utkast till en promemoria om Järva mansmottagning som redovisade resultaten av utredningen och bv:s bedömning av verksamheten.

Enligt utredningen hade vårdcentralerna uppgett att endast ett fåtal patienter hänvisades till Järva mansmottagning och bv tolkade det som att primärvården själv tog hand om sina STI-patienter. Rinkeby stadsdelsförvaltning var den stadsdel som uttalat att de hade för avsikt att eventuellt stödja projektet men ”något omgjort” och under förutsättning att de andra stadsdelarna och landstinget stödde projektet. Enligt bv var varken Spånga-Tensta eller Kista stadsdelsförvaltningar beredda att bidra till verksamheten.

Smittskyddsenheten bedömde att Järva mansmottagning varit ett bra komplement

till bl. a. Sesam-mottagningarna. Mottagningen borde ingå i en permanent struktur t. ex. inom RFSU eller som en del av Sesam-mottagningarna, ansåg Smittskyddsenheten.

Sammanfattningsvis ansåg BV att det inte gick att ge någon samlad bedömning av Järva mansmottagnings resultat. De menade att behovet av den kliniska delen av Järva mansmottagning var mindre än det som förutsatts när projektet drogs igång. Faktorer som pekade på detta var stadsdelarnas relativa ointresse att bidra till verksamheten, primärvårdens låga utnyttjande och de relativt fåtaliga besöken. Det noterades dock att besöken ökat genom åren.

BV ansåg att behovet av medicinska undersökningar, provtagning och samtalsstöd kunde tillgodoses med sjukvårdens befintliga resurser t. ex. inom primärvården eller vid sex- och samlevnadsmottagningarna. Slutsatsen i BV:s promemoria blev att

...det är svårt att rekommendera en permanentning av projektet utan en gemensam långsiktig strategi, utformad tillsammans med berörda stadsdelar. Strategin bör i så fall innefatta det kliniska uppdraget samt det preventiva, utåtriktade informationsuppdraget med prioriteringar, huvudmannaskap och tydlig målsättning.

UTKAST TILL PM, BESTÄLLARE VÅRD (2006-05-30)

Järva mansmottagning togs upp på beredningsgruppens möte den 31 maj 2006. Enligt mötesprotokollet diskuterades olika förutsättningar för ett vidgat och förändrat uppdrag för Järva mansmottagning, t.ex. som en nätverksfunktion inom primärvården. Vad detta skulle innebära framgick inte av protokollet. Det beslutades att beredningsgruppen skulle fortsätta diskussionen om Järva mansmottagning i augusti och ta upp ärendet igen i samband med budgetprocessen för 2007.

Stygruppen möttes i mitten av juni. I mötet deltog de två handläggarna som skrivit BV:s promemoria, Stockholms stads hiv-samordnare, Lafas chef, projektledaren och verksamhetschefen. På mötet diskuterades mansmottagningens framtida finansiering och tillhörighet. Stockholms stads hiv-samordnare framhöll stadens positiva inställning till mansmottagningen och viljan att fortsätta stödja verksamheten.

BV menade att de uppfattat Järva mansmottagnings som en bra och intressant verksamhet men att det var problem att integrera mansmottagningen i den permanenta närsjukvårdsstrukturen. Västerorts närsjukvård hade ett stort budgetunderskott och trodde inte att Järva mansmottagnings skulle kunna inkluderas i den kommande budgeten. Med största sannolikhet skulle den politiska beredningsgruppen inte prioritera mansmottagning. Om Järva mansmottagning i stället skulle fortsätta som en verksamhet finansierad av externa medel var dock BV positiv till detta.

Stygruppsmötet utmynnade i att Lafas chef sa sig vara beredd att åta sig fort-

satt huvudmannaskap om mansmottagningen inte skulle kunna införlivas i närsjukvården. Förutsättningen var att verksamheten skulle bli fortsatt anslagsfinansierad via det statliga hiv-anslaget. Lafa hade fått stöd för denna lösning från den högsta ledningen för FORUM för kunskap och utveckling som Lafa tillhörde och från den närmaste chefen på Centrum för folkhälsa (CFF).

I slutet av sommaren meddelade handläggaren på BV att det inte var aktuellt att gå vidare med diskussionen om mansmottagningen i beredningsgruppen och i budgetunderlaget från Närsjukvård Stockholm för 2007 fanns inte Järva mansmottagning med. Det blev helt klart att mansmottagningen inte skulle bli en del av primärvården utan skulle fortsätta att vara beroende av att söka medel från det statliga hiv-anslaget och att organisatoriskt tillhöra Lafa.

Ny energi och nya idéer

Våren 2006 hade präglats av problemen med kuratorstjänsten och verksamhetschefen hade upplevt det som tungt att ensam ha ansvar för den kliniska mottagningen och den utåtriktade verksamheten.

I och med att den nyanställda kuratorn började arbeta heltid i augusti 2006 förändrades situationen och blev mer dynamisk. Verksamhetschefen och kuratorn började tillsammans diskutera hur mottagningens målsättning, målgrupper och arbetsmetoder skulle kunna utvecklas. Deras tankar och förslag togs upp på en planeringsdag i september med läkaren och projektledaren. Kuratorn noterade i minnesanteckningarna från planeringsdagarna under rubriken personlig lägesrapport att ”Alla känner sig bra och ser med spänning på hur framtiden ska se ut.”

Gruppen diskuterade bland annat personalens önskan att profilera och marknadsföra mottagningen mer inom det sexologiska området. Verksamhetschefen och kuratorn ville gärna fördjupa sig i frågeställningar om manliga sexuella problem och det beslutades att de skulle börja samla material till en bok om erektil dysfunktion och s.k. tidig utlösning. Projektledaren betonade dock att det var viktigt att inte förlora fokus på arbetet kring hiv och STI eftersom detta var mottagningens primära målsättning och det som projektanslagen var avsedda för.

När det gällde den utåtriktade verksamheten bestämdes att arbetet på manliga arenor skulle utvecklas mer. Utbildningar på olika SFI-skolor i området var redan inbokade och personalen tänkte pröva om det skulle gå att starta samtalsgrupper på mottagningen som ett slags ”spin off”-effekt av utbildningarna.

I augusti hade mansmottagningens personal medverkat på Stockholm Pride, festivalen för homo-, bi- och transpersoner. Tillsammans med Venhälsan och RFSL:s hivkansli erbjöd mansmottagningen säkrare sex-information och hiv- och STI-testning till besökarna på festivalområdet.

Verksamhetschefen och kuratorn planerade även att under hösten kontakta kriminalvården för att erbjuda utbildningar kring manlig sexualitet och prevention för intagna på anstalter och häkten. Andra manliga grupper som de ville erbjuda utbildningsinsatser var t.ex. funktionshindrade, polisen, militären och studenter inom vården och socionomutbildningen.

Under planeringsdagen diskuterade gruppen om det var dags att omdefiniera projektets mål, målgrupper och arbetsmetoder. Den nuvarande projektbeskrivningen var från 2001 och mycket hade hänt sedan mottagningen startade. Kanske skulle ett helt nytt projekt formuleras som bättre speglade den aktuella verksamheten? BV hade ju också påpekat att mansmottagningen borde ha mål som var möjliga att utvärdera och då helst kvantitativt. Det beslöts dock att avvakta med att formulera en ny projektbeskrivning till dess det eventuellt blev dags att söka nya anslag.

Kuratorsarbetet finner en form

När kuratorn började arbeta heltid i augusti 2006 märktes rätt snart en ökning av antalet kuratorsbesök från några få per vecka till fyra – fem besök i veckan. Verksamhetschefen ansåg att ökningen framförallt berodde på två faktorer: dels att Järva mansmottagnings fanns med under rubriken sex- och samlevnadsrådgivning i landstingets Vårdguide som fanns på Internet och som tidning, dels att Järva mansmottagnings egen hemsida tydligt beskrev att mottagningen också arbetade med sexuella problem.

Det är det som är det nya.... det som är det häftiga är att dom ringer och säger "Jag har problem..., jag är otrogen, jag behöver prata med någon..." Eller... "jag har tidig utlösning, jag behöver hjälp med det".

VERKSAMHETSCHEF B

Kuratorn trodde att inskrivningssamtalen han hade med alla män som kom till mottagningen bidrog till att fler män senare kontaktade honom. Vid inskrivningen bemödade han sig om att vara så konkret som möjligt och exemplifierade vad besökarna som sökte kuratorshjälp brukade ha för problem, t.ex. tidig utlösning, sexuella problem i sin relation, andra relationsproblem, problem med kondom användning o.s.v. Kuratorn talade också om att han erbjöd samtal på cirka 45 minuter och att besökaren tillsammans med kuratorn bestämde vad samtalen skulle handla om och vad de syftade till.

De flesta patienterna kontaktade kuratorn per telefon, ibland på eget initiativ, men oftast efter hänvisning från verksamhetschefen som hade bedömt att patienten behövde kuratorskontakt. Då och då hände också att patienten slussades direkt till kuratorn efter besök hos sjuksköterskan eller läkaren.

Kuratorn brukade sedan träffa patienten mellan två till åtta gånger beroende på frågeställning.

...tillsammans sätter vi (upp) någon slags frekvens för samtalen utifrån klientens eget önskemål. Och det kan ju bero på, för jag frågar ju vad klienten vill se för förändring, vad det är vi ska jobba emot.

KURATOR C

Den vanligaste orsaken till kontakt med kuratorn var tidig utlösning som inte hade medicinska orsaker. Både kuratorn och verksamhetschefen menade att det bakom det primära problemet "tidig utlösning" ofta fanns andra problem som relations-svårigheter, lustproblem, stress, otrohet, krissituationer o.s.v. Det var då naturligt för den medicinska personalen att hänvisa patienten till kuratorn.

Den stereotypa bilden av att män generellt har svårt för att prata och kommunicera om sina problem tyckte kuratorn inte stämde med hans erfarenheter. De män som han träffade var motiverade för samtal och angelägna att försöka förändra sin situation. Snarare hade de inte vetat vart de skulle vända sig och tvekat inför att gå till sin husläkare, t.ex. för att testa sig för en STI.

Samarbetet och relationen mellan den medicinska personalen och kuratorn verkade nu ha blivit mer jämlikt jämfört med i början av projektet. De första kuratorerna på mansmottagningen hade upplevt att kuratorsrollen var otydlig och dåligt utvecklad i projektbeskrivningen och att deras kuratorskompetens inte utnyttjades av den medicinska personalen. De allra första kuratorerna hade haft begränsad erfarenhet av arbete med sexuellt relaterade problem, vilket förmodligen gjorde att den medicinska personalen inte alltid hänvisade de patienter som behövde till kuratorerna. Den första verksamhetschefen hade dessutom varit osäker på hur stort behovet av kuratorsinsatser egentligen var bland männen i mottagningens upptagningsområde. Han hade även upplevt sin chefsroll som komplicerad, bland annat på grund av att kuratorerna och den medicinska personalen hade olika huvudmän. Det delade huvudmannskapet hade gjort det svårt för verksamhetschefen att styra arbetet på mottagningen och det motverkade en gemensam utveckling av projektet.

Situationen var nu helt annorlunda. Den nuvarande verksamhetschefen och kuratorn var båda anställda av projektet och kuratorn hade stor erfarenhet av att arbeta med sexuella frågeställningar. Verksamhetschefen strävade efter att kuratorn skulle känna sig delaktig och jämlik.

Min idé, min intention... vi är två personer, vi jobbar jämlikt, någon måste vara chef och ha ett visst ansvar, det råkar vara jag för att jag har varit här länge, men alla

beslut är det vi två som tar, vi diskuterar saker... Det är inte meningen att det är "min" mottagning, jag ska inte vara synonymt med Järva.

VERKSAMHETSCHEF B

Kuratorn såg mansmottagningen som en del av en medicinsk struktur där läkaren och sjuksköterskan hade en tradition av att arbeta tillsammans. Trots detta upplevde han inte att det fanns någon hierarki på mottagningen där han skulle vara ifrågasatt eller ha en speciell plats eller "sämre position". Kuratorn ansåg också att han, utifrån sin bakgrund och utbildning som socionom, hade en självklar plats i det utåtriktade arbetet, t.ex. på seminarierieterna på SFI-skolorna och som föreläsare för andra grupper.

Metodutveckling av kondomsamtalet

Under hösten 2006 började kuratorn utveckla det som kom att kallas "kondomsamtal". Bakgrunden till kondomsamtalen var att verksamhetschefen då och då hade hänvisat patienter som uppgivit att de haft problem med kondomanvändning till kuratorn för ett enskilt samtal.

Kuratorn hade tidigare arbetat mycket med kondominformation i grupper men såg nu att det enskilda samtalet erbjöd möjligheter att prata om kondomer och kondomanvändning på ett annat sätt.

...när man jobbar inför en grupp... så måste man vara generell och man får inte bli för privat...dessutom pratar man väldigt brett om kondomen för att alla ska få sin del...Men när man sitter så här (med en enskild patient)... kan man bli väldigt konkret. Jag kan fråga saker som "Är din penis längre än kondomen? Bli det något problem?". Det skulle man aldrig kunna fråga i en grupp... man kan bli intim i det här (enskilda) samtalet utan att bli gränsöverskridande för det har sin rättmätiga plats att fråga "Vad är det som är problem?"

KURATOR C

Verksamhetschefen och läkaren erbjöd nu regelmässigt de patienter som uppgav att de haft "kondomhaveri" (kondomen hade gått sönder eller glidit av) eller hade andra frågor runt kondomanvändning besök hos kuratorn för kondomsamtal. Ungefär nio patienter av tio tackade ja till ett samtal och fick gå direkt till kuratorn efter sitt besök hos verksamhetschefen eller läkaren. Kondomsamtalen varade mellan fem och tio minuter och kuratorn fokuserade enbart på det som patienten uppgav var problemet med sin kondomanvändning.

Att det fördjupade kondomsamtalet skedde med en kurator och inte enbart i

samband besöket hos den medicinska personalen, menade verksamhetschefen var betydelsefullt för att samtalet skulle bli bra. Vid det medicinska besöket låg fokus på undersökningen, den eventuella sjukdomen, sjukdomsorsaken, information om behandling etc. Hos kuratorn fick patienten mer tid och situationen var mer avspänd och inte så medicinskt präglad.

Förutom att fokusera på mannens individuella problem med kondomanvändningen, så ansträngde sig kuratorn att använda ett språk som patienten förstod. Många män hade inte svenska som modersmål och kuratorn menade att han som sexualupplysare måste vara beredd att växla språk och använda vardagliga ord i samtalet om sexualitet.

Jag kan fråga så här "Pratar du om slidsamlag nu?" och så säger klienten "Slidsamlag, vad är det? Menar du knulla?" "Ja, just det, när du knullar fittan." Så får man använda det orden som man gemensamt kan.

KURATOR C

Verksamhetschefen ansåg att det var betydelsefullt att en man höll i kondomsamtalen. Samtal ledda av en kvinna skulle kunna bli mer som en undervisningssituation och det skulle vara svårt att hitta samma samtalsläge som mellan två män. Kuratorn funderade om det kanske var viktigt för en del patienter att få prata med en man som möjligtvis delade deras erfarenheter, t.ex. av kondomanvändning. Han trodde dock ändå att det viktigaste i kondomsamtalet var förmågan att prata om sexualitet och att kunna ta alla ord i sin mun.

Kuratorn hade fyra till fem kondomsamtal i veckan och ansåg att han fick mycket positiv respons från männen.

Ofta tackar klienterna rent spontant efteråt... Och det är inte alltid dom säger det vid ett vanligt kuratorssamtal. En del har t.o.m. sagt "Det här skulle man ha lärt sig när man var ung." Det är flera som sagt så.

KURATOR C

Verksamhetschefen såg kondomsamtal som en enkel men effektiv service bland annat för personer som återkom ofta för STI-testning och som hade behov av stöd i sitt kondomanvändande. Han menade att det var ett överlägset sätt att följa upp den medicinska konsultationen med ett kondomsamtal som en slags preventiv åtgärd.

"Mer tryggt, mindre pinsamt" – respons från besökarna

I samband med den pågående utvärderingen väcktes idén att ta reda på vad mottagningens besökare tyckte om den kliniska verksamheten. Varken de tidigare

använda besöksregistreringsblanketterna eller det nuvarande datoriserade journal-systemet gav information om männens uppfattning om mottagningen. Utvärderingen hade inte heller detta fokus och personalen kände behov att få feedback från sina besökare. Det bestämdes därför att en väntrumsenkät skulle genomföras under en begränsad tidsperiod.

Med utgångspunkt från olika typer av patientenkäter och med hjälp av en statistiker från Centrum för folkhälsa gjordes en enkät. Syftet med enkäten var att få veta varför besökarna hade valt att komma just till Järva mansmottagningen, hur personalens bemötande värderades och om det var viktigt att mottagningen hade manlig personal och enbart var till för män. Männerna skulle också tillfrågas om hur de fått information om mottagningen.

Ambitionen var att göra enkla frågor på lättfattlig svenska. Enkäten omfattade nio frågor, några hade fasta svarsalternativ med möjlighet att skriva kommentarer och några byggde på en tio-gradig skattningsskala. Den sista frågan var öppen med möjlighet för besökarna att lämna förslag eller kommentarer. Männerna ombads ange sin ålder men för övrigt ställdes inga personliga frågor och svaren lämnades anonymt.

Under november månad 2006 delades enkäten ut till samtliga män som kom till mottagningen. Männerna fick enkäten direkt efter sitt besök hos verksamhetschefen, läkaren eller kuratorn. De ombads fylla i den och lägga den i en låda innan de lämnade mottagningen. Patienter som gjorde fler besök på mottagningen under november fyllde bara i enkäten en gång efter första besöket.

På mottagningen registrerades 107 patienter under november och 102 svarade på enkäten. Detta innebar en svarsfrekvens på drygt 95 procent. Medelåldern på de svarande var drygt 32 år vilket motsvarade den genomsnittsålder som besökarna haft under hela projektiden.

På frågan var de hade fått information om mottagningen svarade cirka 35 procent "vårdcentral/närsjukhus" och knappt 30 procent uppgav mottagningens hemsida som informationskälla. Knappt 20 procent hade fått tips av en kompis eller partner. De övriga hade fått information via t.ex. utbildningar eller föreläsningar, från ungdomsmottagningar eller socialtjänsten.

Anledningarna till att besökaren valde att gå just till Järva mansmottagning var framförallt "bra service", att behandlingen var gratis, att de besökt mottagningen tidigare och att väntetiderna var korta.

Personalens bemötande av patienterna och den språkliga förståelsen vid besöket skattades högt, medelvärdet blev 9,76 respektive 9,75 på en tiogradig skala. På frågan vad som var bra eller dåligt i mötet med personalen skrev drygt 79 procent en egen kommentar. Så gott som alla kommentarer var positiva, endast en person anmärkte att det kanske var lite lång väntetid ibland.

Den statistiker som bearbetade enkäterna skrev i sin sammanställning: "Personalen beskrevs bl.a. med termer som kunnig, professionell, saklig, vänlig, trevlig, förstående och engagerad."

Drygt hälften av männen ansåg att det var viktigt för dem att mottagning bara var för män och att personalen var män. De skäl som angavs handlade bland annat om trygghet, att kunna prata mer öppet och att inte behöva skämmas eller känna sig pinsam.

Drygt 20 procent av männen i undersökningen svarade att de inte tyckte var viktigt med en mottagning enbart för män och ungefär lika många svarade "Vet ej". När det gällde frågan om det var betydelsefullt med enbart manlig personal ansåg drygt 20 procent att det inte var viktigt medan drygt 10 procent svarade "Vet ej". I kommentarerna till dessa frågor skrev flera att kön inte spelade någon roll. Det viktigaste var professionalitet, kompetens och ett bra bemötande.

Nära en tredjedel av männen som svarade på enkäten hade skrivit något på den sista, öppna frågan. De flesta var tacksamma att mottagningen fanns, andra hoppades att mottagningen inte skulle läggas ner eller så önskade de mer personal till mottagningen.

Sammanfattningsvis visade patientenkäten att de allra flesta männen var nöjda med sitt besök på mottagningen och med personalens bemötande. För personalen blev resultatet av enkäten en bekräftelse på de positiva omdömen de ofta fick från enskilda besökare. Enkäten styrkte också personalens och projektledarens känsla av att mansmottagningen gjorde ett bra jobb och var behövd.

När det gällde betydelsen av att ha manlig personal och vara en mottagning bara för män var inte resultaten lika entydiga även om de män som var uttalat positiva till en enkönad mottagning var i majoritet.

Både personalen och projektledaren var medvetna om att patientenkäten hade sina begränsningar. Enkätresultaten speglade den grupp män som besökt mottagningen under en specifik månad och kunde inte sägas vara generaliserbara och representativa för mansmottagningens alla besökare. Det beslöts därför att enkäten skulle göras om igen efter ett halvår för att se vilka resultat den då skulle ge.

Avveckling och nystart

På hösten 2006 Järva mansmottagning hade funnits i över tre år. I projektplanen hade angetts att projektet skulle vara treårigt. Landstingets revisorer krävde nu att det tidsbegränsade projektet skulle avslutas enligt planerna eller övergå i annan form av verksamhet.

Styrgruppen var överens om att verka för att mansmottagningen skulle fortsätta sitt arbete. Antalet patienter ökade och verksamheten föreföll ha funnit sin form,

både när det gällde den kliniska delen och det utåtriktade arbetet. Personalgruppen var välfungerande och förhållandevis stabil med både verksamhetschef och kurator på heltid. Lafa var beredd att fortsätta inkludera Järva mansmottagning i sin organisation och hade också stöd för detta uppifrån.

Mansmottagningens resterande projektmedel beräknades räcka för att driva verksamheten ytterligare trekvarts år. I samråd med landstingets ekonomiansvariga beslutades att det skulle avsättas projektmedel för en avvecklingsperiod av det nuvarande projektet. Avvecklingsperioden skulle sträcka sig från årsskiftet 2006/2007 till och med augusti 2007. På detta sätt skulle största delen av kvarvarande projektmedlen kunna utnyttjas. Därefter var tanken att söka fortsatt finansiering från det statsbidrag för särskilda insatser mot hiv/aids och andra sexuellt överförda sjukdomar som Socialstyrelsen ansvarade för.

Verksamhetschefens och kuratorns anställningar skulle fortfarande vara tidsbegränsade och detta påverkade synen på utvecklingen av mottagningens arbete.

Det har alltid varit svårt på något sätt, för man har aldrig kunnat veta hur länge ens anställning sträcker sig och hur personalsituationen kommer att se ut... Det har väl gjort att man hållit igen i dom här långsiktiga tänkandena...

VERKSAMHETSCHEF B

Verksamhetschefen ansåg att organisationstillhörigheten till Lafa gjorde det möjligt att fortsätta satsningen på det utåtriktade och hälsofrämjande arbetet. Han tvivlade på om denna del av verksamheten skulle ha fått samma tyngd om mansmottagningen ingått i primärvården. Samtidigt saknade han en mer medicinsk förankring och upplevde att han var isolerad från ett kollegialt utbyte som skulle ha kunnat stimulera mottagningens utveckling. Som sjuksköterska kände han sig inte välkommen i det nätverk av läkare som fanns inom Sesam-enheterna. Det nätverk som fanns för ungdomsmottagningspersonal hade inte heller visat intresse av att inkludera honom. Kuratorn hade stridit för att få delta i Sesam-mottagningarnas kuratorsträffar och hade till sist lyckats komma med. Han ingick nu också i nätverket för ungdomsmottagningskuratorerna.

I och med att projektet nu gick in i en ny fas reflekterade verksamhetschefen över att han fortfarande hade dålig överblick och kontroll över mottagningens ekonomi och administration. Projektledaren ansvarade för mycket av den ekonomiska administrationen och hade hittills hållit i den formella projektrapporteringen och i bidragsansökningarna. Både projektledaren och verksamhetschefen såg det som en logisk utveckling att han nu successivt skulle ta över ansvaret när projektet var avslutat.

Epilog

Från och med 1 januari, 2007 blev Järva mansmottagning organisatoriskt en del av Lafa. Personalens anställningar förlängdes till slutet av augusti 2007. Mansmottagningen var inte längre ett tidsbegränsat projekt men finansieringen var endast löst för en begränsad period.

I landstingets och Stockholms stads ansökningar till Socialstyrelsen om bidrag för hiv-insatser under 2007 inkluderades Järva mansmottagning som planerat. Inom ramen för statsbidraget hade Socialstyrelsen avsatt särskilda medel för verksamheter av riksintresse som drivs av storstadsområdenas landsting och kommuner. Både Stockholms läns landsting och Stockholms stad placerade Järva mansmottagningen i denna kategori i sina ansökningar. Detta kan möjligen tolkas som att Järva mansmottagning betraktades mer som en reguljär verksamhet än som ett tidsbegränsat projekt.

Nya politiska krav på nedskärningar inom landstinget och stopp för projektanställningar och nyanställningar gjorde det osäkert hur framtiden för Järva mansmottagning kom att se ut. Männan fortsatte dock att söka sig till mottagningen och den utåtriktade verksamheten växte.

Diskussion

I resultatdelen beskrevs den sexåriga processen kring projektet Järva mansmottagning: från det att idén om en mansmottagning väcktes till hur verksamheten planerades, byggdes upp och utvecklades. Det följande avsnittet tar upp några teman som synliggjordes under utvärderingens gång och som varit ofta återkommande i resultatdelen: det tvärssektoriella samarbetet, personalgruppens utveckling och mottagningens arbets sätt. Dessa teman analyseras och diskuteras ur ett organisatoriskt perspektiv, ett personalperspektiv och utifrån en hälsofrämjande synvinkel. I det organisatoriska perspektivet diskuteras några faktorer relaterade till samarbetet mellan landstinget och stadsdelarna på Järvafältet som haft betydelse för mansmottagningens organisation och verksamhet. Personalgruppens betydelse för utformningen av arbetet på Järva mansmottagning diskuteras mot bakgrund av personalens olika roller och de förutsättningar som fanns för att skapa en fungerande verksamhet. Därefter följer en diskussion som utgår från mottagningens modell för att bedriva ett folkhälsoinriktat arbete med mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Frågan om det behövs en mottagning med manlig profil tas upp och diskussionsdelen avslutas därefter med ett resonemang kring verksamhetens framtid.

I egenskap av att vara både projektledare och utvärderare har det inte alltid varit lätt att hålla isär rollerna. I metoddiskussionen tar jag upp dessa svårigheter och diskuterar möjligheter och begränsningar som intern utvärderare. I avsnittet diskuteras också de datainsamlingsmetoder som använts i utvärderingen och då framförallt frågeställningar som uppkommit i samband intervjuerna. Tolkningsdelen diskuteras och avslutningsvis reflekterar jag över hur utvärderingsprocessen har påverkat projektets utveckling.

Samarbetets svåra konst

I processbeskrivningen av projektet Järva mansmottagning framgår att samarbetet mellan Lafa och de tre stadsdelsförvaltningarna på Järvafältet var ett återkommande tema. Framförallt präglades de första åren av samarbetssvårigheter kopplade till projektets personal och finansiering. I detta avsnitt diskuteras vilka förutsättningar som fanns för samarbete utifrån några av de kriterier som brukar ses som viktiga för att ett samarbete ska fungera. Framgångsrik samverkan bygger bland annat på att samarbetet upplevs som både nödvändigt och möjligt för den egna organisationen och att det finns kapacitet för samarbete och relationer mellan parterna (Nutbeam & Harris 1999). Jag diskuterar de motiv som fanns för samarbetet mellan Lafa och stadsdelsförvaltningarna, hur parternas olika uppdrag och inbördes relationer

påverkade samarbetet samt betydelsen av att samarbete ska vara lönande för de inblandade.

Varför samarbeta?

Den ideala bilden av hälsofrämjande arbete bygger bland annat på principen om tvärasektoriellt samarbete mellan relevanta samhällssektorer (Rootman 2001). Framgångsrika samarbeten eller partnerskap kännetecknas bland annat av gemensamma visioner och mål, ömsesidigt förtroende och en jämlik maktbalans mellan de inblandade parterna (Naidoo & Wills 2007). Sådana samarbeten innebär möjlighet att skapa stödjande miljöer för hälsa och kan bidra till att hälsofrämjande insatser blir mer effektiva och hållbara (Nutbeam 1998, Nutbeam & Harris 1999). Detta var en av utgångspunkterna för Lafa när initiativ togs till den samverkan med Rinkeby stadsdelsförvaltning som senare ledde fram till samarbetet runt projektet Järva mansmottagning. Det bakomliggande syftet med att få till stånd samarbete med de två andra stadsdelarna såg delvis annorlunda ut.

Projektledningsgruppens motiv till att söka samarbete med Kista och Spånga-Tensta stadsdelar styrdes av projektets behov av att utvidga sitt upptagningsområde till de två andra stadsdelarna på Järvafältet för att befolkningsunderlaget annars blev för litet. Det behövdes också medfinansierare eftersom landstinget krävde att Stockholms stad skulle stå för en del av kostnaden för genomförandet av projektet. Projektledningsgruppens motiv till att söka samarbete med Kista och Spånga-Tensta handlade alltså inte om samverkan på lika villkor utan hade mer pragmatiska syften. Redan i projektets planeringsfas blev det tydligt att framför allt Kistas och Spånga-Tenstas intresse för projektet var svagt. Studier kring samverkan mellan organisationer visar att det behövs ekonomiska incitament och extra resurser för att åstadkomma och utveckla samarbete (Fridolf 2001). Stadsdelarna såg varken ekonomiska fördelar eller hade extra medel kopplade till projektsamarbetet. Istället krävdes att stadsdelarnas satsade av sina befintliga resurser.

Kanske skulle försöken att starta samarbetet med stadsdelarnas ha avbrutits här om det enbart hade handlat om att välja samarbetspartner utifrån själva grundvisionen med projektet: att arbeta förebyggande och hälsofrämjande med mäns sexualitet och hälsa. Verkligheten var dock mer komplex och valet att fortsätta samarbetet med stadsdelarna styrdes framförallt av behovet att finna finansiering till projektet.

Landstingets krav på kommunal samverkan ställde projektledningsgruppen inför två valmöjligheter: att antingen fortsätta bygga upp mansmottagningen tillsammans med stadsdelarna eller avstå från samarbete och då förmodligen inte kunna genomföra projektet. Trots stadsdelarnas ambivalens valde projektledningsgruppen att fortsätta samarbetet för att få igång mansmottagningen. I och med detta inleddes

en lång period med problem som framförallt påverkade kuratorsverksamheten och det utåtriktade arbetet. En av flera orsaker till att samarbetet haltade föreföll ha varit stadsdelarnas tveksamhet till om projektet låg inom ramen för deras huvudsakliga arbetsområde.

I samarbetet runt Järva mansmottagning möttes två organisationer: landstingets folkhälsoenheter, representerad av handläggarna på Lafa och den lokala hälsoplaneraren samt kommunens stadsdelsförvaltningar, företrädna av tjänstemännen från socialtjänsten. Förutsättningarna för att kunna samarbeta inom projektet såg olika ut och berodde bland annat på skillnader i respektive organisations uppgift och prioriteringar.

Landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation har som huvuduppgift att erbjuda medicinsk vård och behandling, men även förebyggande och hälsofrämjande insatser ingår i uppdraget. Att utveckla mansmottagningsprojektet låg därmed inom ramen för både Lafas och hälsoplaneraren arbetsuppgifter och projektet stöddes också av den högsta landstingspolitiska nivån, d.v.s. folkhälsolandstingsrådet. För stadsdelarna var ett deltagande i projektet inte lika självklart kopplat till deras ordinarie arbetsuppgifter.

Samarbetet med stadsdelsförvaltningarna skedde via socialtjänsten vars arbete framförallt är probleminriktat och avhjälpande. Socialtjänstens primära målgrupp är individer och familjer som befinner sig i sociala problemsituationer. Det förebyggande och uppsökande arbete som den kommunala socialtjänsten traditionellt bedriver inriktar sig framför på barn och ungdomar eller på speciellt utsatta grupper som missbrukare. Att arbeta förebyggande och hälsofrämjande med den vuxna, manliga befolkningens sexuella hälsa var därför något som låg utanför socialtjänstens direkta ansvarsområde.

Mansmottagningens vision och mål var därför inte särskilt starkt förknippade med stadsdelarnas primära uppdrag och de problem som upplevdes som mest angelägna. Det fanns andra könsrelaterade frågor som prioriterades, t.ex. mäns våld mot kvinnor. Parmander (2005) menar att det man vill uppnå, t.ex. med ett projekt, måste vara tydligt och förankrat i vardagsarbetet. Problemet som ska lösas måste vara känt och upplevas som meningsfullt att förändra. Enligt Nutbeam och Harris (1999) är organisationer mer benägna att samarbeta om det hjälper dem att fullfölja deras kärnverksamhet på ett effektivt sätt. Projektets ämnesområde uppfattades av Kista och Spånga-Tensta som en medicinsk fråga och ansågs därför vara hälso- och sjukvårdens ansvar. I Rinkeby gjordes en vidare tolkning av stadsdelsförvaltningens uppdrag vilket medförde en mer positiv inställningen till projektsamarbetet.

Att stadsdelarna trots allt enades om att gå in i samarbetet kring mansmottagningen kan ha berott på Rinkebys relativt positiva inställning till projektet. Stads-

delsförvaltningarna på Järvafältet kände varandra och samverkade i andra sammanhang, vilket också kan ha påverkat Spånga-Tensta och Kista att trots allt delta i projektet.

Svaga relationer och inga gemensamma mål

När mansmottagningsprojektet påbörjades hade Rinkeby stadsdelsförvaltning och Lafa samarbetat under flera år och det fanns en bas för ett fortsatt samarbete. I en genomgång av tidigare forskning om samarbete och samverkan har Carlsson och Jäder (2006) funnit att en av de mest betydelsefulla faktorerna för samarbete är att bygga grundläggande förtroende och goda relationer mellan människor som grunden för samarbete. När det gällde stadsdelsförvaltningarna i Kista och Spånga-Tensta fanns ingen tidigare samarbetsrelation att falla tillbaka på.

I de inledande diskussionerna med stadsdelarna om projektet kom frågan om att inkludera förebyggande arbete kring mäns våld mot kvinnor upp, men det ledde inte till någon förändring av projektupplägget. Projektledningsgruppen höll fast vid tanken att genomföra ett i första hand sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande projekt. På detta sätt blev det tydligt vem som hade tolkningsföreträde när det gällde projektets inriktning och projektgruppen visade därigenom att den egentligen inte var beredd att gå in i en jämbördig samarbetsrelation. Carlsson och Jäder (2006) refererar till ett flertal artiklar som beskriver att det måste finnas gemensamma visioner och mål för att parterna i ett samarbete ska stödja, bidra med resurser och visa engagemang för samarbetet. Målen bör vara utformade gemensamt och spegla respektive organisations mål och intressen. Stadsdelarna tilläts aldrig på allvar att bli delaktiga i utformningen av projektet och de såg inte heller vilka vinster ett deltagande i projektet skulle innebära. Detta kom troligen att påverka framförallt Kistas och Spånga-Tenstas vilja att engagera sig i projektet.

Samarbete måste löna sig

Även om samarbetet med Rinkeby fortsatte en bit in i projektet så blev samarbetet med stadsdelarna aldrig hållbart. Däremot blev samverkan med några av SFI-skolorna så småningom exempel på ett relativt väl fungerande samarbete i mindre skala. I uppläggningsen av seminarierna togs hänsyn både till mansmottagningens intresse av hälsoupplysning och till SFI:s uppdrag att utveckla elevernas språkkunskaper och ge samhällsinformation. Innehållet och formen på seminarierna förändrades och utvecklades successivt i en gemensam diskussion grundad på skolornas, elevernas och mansmottagningens erfarenheter. Från de första försöken med några enstaka seminarier blev samarbetet senare mer omfattande och en regelbundet återkommande verksamhet.

Ett framgångsrikt och hållbart tvärsektoriellt samarbete utmärks, enligt Nutbeam och Harris (1999), bland annat av tydliga och uppnåbara mål som speglar båda organisationernas intresseområden. Det ska finnas möjlighet att förbättra och ompröva uppläggning och omfattning av samarbetet och det bör vara tydligt vilka resurser varje part ska bidra med. Det är också en fördel om samarbetet kan starta med väldefinierade uppgifter i liten skala som gör det möjligt att bygga upp tillit och förtroende mellan parterna. Inom SFI lyckades detta på några av skolorna.

Försöken att samarbeta med andra organisationer blev inte lika framgångsrika. Mansmottagningspersonalen sökte t.ex. etablera samverkan med ks-Sesam och Sexualmedicinskt centrum, som båda arbetade inom delvis samma område. Förhoppningen var att ett samarbete med dem skulle kunna ge professionellt stöd och en medicinsk tillhörighet, samt eventuellt också leda till en organisatorisk ihopkoppling. Trots att de båda enheterna visade visst intresse ledde kontakterna inte till något mer formaliserat samarbete. Det saknades ömsesidig vilja till samarbete vilket kan ha berott på att enheterna inte såg tillräckligt tydliga vinster med ett samarbete eller samgående.

För Järva mansmottagning var det svårt att hitta organisationer som uppfattade att det låg i linje med deras uppdrag att samarbeta runt mäns sexuella hälsa, och som samtidigt bedömde att ett mer formaliserat samarbete skulle ge den egna organisationen vinster. Möjligtvis tyder det på att mäns sexualitet och sexuella hälsa inte alltid uppfattas som en del av folkhälsan på samma sätt som t.ex. psykisk hälsa eller livsstilsfrågor relaterade till kost, tobak, alkohol eller droger. Detta gör det möjligen svårare att prioritera mäns sexuella hälsa i ett tvärsektoriellt folkhälsosamarbete. Begreppet sexuell hälsa är dessutom fortfarande starkt förknippat med sjukdomar, sexuell dysfunktion och reproduktion (WHO 2006-10-10). Det kan leda till att den sexuella hälsan uppfattas som en angelägenhet i första hand för hälso- och sjukvården och därmed landstinget.

Att arbeta hälsofrämjande och uppsökande med hälsouppllysning enligt mansmottagningens modell, ligger oftast inte inom ramen för traditionella medicinska mottagningars uppdrag och sätt att arbeta. Detta kan också ha bidragit till svårigheten att få till stånd ett samarbete med de medicinska enheterna.

De samverkansarbeten som blev mer framgångsrika handlade om riktade insatser till en specifik grupp under en avgränsad tid, t.ex. på SFI eller i öppna TV-kanalen. Ofta tog arbetet sin utgångspunkt i en informell relation mellan mottagningspersonalen och personer i den andra organisationen. Möjligtvis är det den typen av relativt anspråkslösa samarbetsformer som är mest realistiska och effektiva att satsa på för mansmottagningen. Deltagande i olika slags nätverk som rör mottagningens sakområden, t.ex. för ungdomsmottagningskuratorer eller Sesam-personal, kan

också vara ingångar till mer formaliserade samarbeten. Ewles och Simnett (2005) skiljer mellan olika typer av samarbete: nätverksarbete, samarbete och gemensamma projekt. Ibland betraktas gemensamma projekt som ”idealet”, men nätverksarbete och samarbete kan vara värdefulla i sig och det är inte alltid praktiskt genomförbart eller meningsfullt att sikta på total samverkan. Författarna menar att samarbete och partnerskap inte är ett mål i sig utan ett medel för att nå ett mål och det finns situationer där målet lättare uppnås av en ensam organisation (ibid.). Järva mansmottagning kom att fungera bättre när landstinget ensam drev verksamheten och när initiativ till samverkan med andra organisationer kom ”underifrån”, från den egna personalen, och inte från projektledningen eller beställarorganisationen.

Sammanfattningsvis kan sägas att mansmottagningsprojektet inte lyckades skapa något fungerande tvärsektorielt samarbete mellan landstinget och kommunen. Motiven för samarbete var otydliga och intresset från stadsdelarnas sida var svagt eftersom projektet inte låg inom ramen för deras huvuduppgift. Relationerna mellan Lafa och de tre stadsdelarna utvecklades aldrig tillräckligt och projektets mål kom inte att spegla samtliga parter egna mål och intresseområden. Inte heller etablerades något formellt samarbete med andra medicinska enheter. Samarbetet föreföll inte ”lönsamt” för de inblandade vilket är en förutsättning för att det ska fungera. Det mödosamma samarbetet med stadsdelarna kom på många sätt att påverka utformningen av verksamheten och präglade mansmottagningens personalgrupp och dess utvecklingsprocess. Liksom i det mer formella samarbetet mellan stadsdelarna och Lafa möttes i mottagningens första personalgrupp personer från skilda organisationer med olika syn på och relationer till projektet.

Att skapa ett team

Ett projekt handlar mycket om att personalgruppen ska lyckas omsätta visioner och mål i konkret verksamhet. En ny verksamhet brottas med många problem. Förutom att personalen ska lära känna varandra och bygga upp ett bra samarbete ska en modell för verksamheten skapas. På Järva mansmottagning bidrog flera faktorer till att det bitvis blev ett tungt arbete att få allt att fungera. I följande avsnitt diskuteras hur personalens olika yrkesbakgrund och roller liksom de olika faserna i personalgruppens utvecklingsprocess kom att påverka mottagningens arbete.

Skilda världar och yrkesroller

De olika individerna i projektets första personalgrupp gick in i arbetet med mycket olika förutsättningar. Dynamiken i personalgruppen påverkades av den obalans som fanns mellan den medicinska personalen och kuratorerna. Mansmottagningen och

strukturen i personalgruppen byggde på ungdomsmottagningsmodellen som var välbekant för verksamhetschefen och läkaren men relativt okänd för kuratorerna. Läkaren och verksamhetschefen hade från början tydliga yrkesroller, de hade samarbetat tidigare och hade också en gemensam medicinsk kunskapsbas. De medicinska arbetsuppgifterna utkristalliserade sig snabbt och det gick därför jämförelsevis lätt att hitta former och rutiner för det medicinskt kliniska arbetet. Det blev svårare att skapa en struktur där också kuratorerna fann sin plats.

De första kuratorerna kom in i verksamheten från en helt annan värld, den kommunala socialtjänsten. Deras yrkesidentitet var snarare socialarbetarens än kuratorns och de saknade erfarenhet av att arbeta med sexualitet och STI. De kom dessutom från skilda stadsdelar och verksamhetsgrenar som, trots att de tillhörde samma kommun, hade olika organisationsstruktur. Kvaliteten på kontakten mellan projektet och de olika stadsdelarna varierade, liksom stödet och intresset för kuratorernas arbete. Rinkebys kurator som varit med från början av projektet, upplevde att han hade starkt stöd från socialtjänstens ledning och stadsdelen deltog också aktivt i projektets styrgrupp. Stödet från de övriga stadsdelarnas ledningar var svagare och deras kuratorer slutade av olika anledningar relativt snart på mottagningen.

Till skillnad från den medicinska personalen, som hade rekryterats speciellt till mottagningen utifrån sin kompetens och sitt intresse för projektet, hade socialarbetarna tillfrågats om att arbeta på mottagningen några timmar i veckan utan att veta särskilt mycket om projektets innehåll och vad som förväntades av dem. Varken projektledningen eller den medicinska personalen hade varit delaktiga i valet av kuratorer vilket var ytterligare en faktor som påverkade förutsättningarna att bygga upp ett samspelt team.

På plats i projektet förväntades socialarbetarna ”förvandlas” till kuratorer utan någon särskild inskolning. De stod också inför faktum att de skulle börja arbeta i en huvudsakligen medicinsk struktur som var ny för dem. Kuratorernas arbetsuppgifter var dessutom inte så självklara som den medicinska personalens, utan skulle formas under projektets gång. Parmander (2005) beskriver hur gruppdynamiken är en viktig faktor i förändringsarbete som bygger på olika gruppers medverkan. Gruppen behöver en struktur och gruppmedlemmarna har behov att få veta sin plats, sina uppgifter och ramar samt vilka möjligheter det finns att påverka gruppens utveckling och beslut. I mottagningens personalgrupp var det framförallt kuratorerna som upplevde bristen på en bekant struktur och tydliga arbetsuppgifter.

Grupprocessens olika faser

Nybildade grupper går, enligt Lennér Axelsson och Thylefors (2005), igenom flera faser som är lika, oberoende av gruppens uppgifter. Författarna har identifierat fem

faser i grupprocessen där den första, *etablerings- och initialfasen*, utmärks av osäkerhet, oklara normer och roller. Kommunikationen är ytlig och trevande. Medlemmarna mutar in sina revir och tar sin plats i hierarkin. Konflikter är sällan uttalade utan kampen sker i det fördolda eller inom individerna. Under *smekmånadsfasen* ersätts initialfasens anspänning och konflikthot av spänning och upprymdhet. Den ömsesidiga uppskattningen, vi-känslan och tryggheten växer och kommunikationen är riklig. Det finns dock en tendens till idealisering där deltagarna tror att de funnit den ideala lösningen. Efter smekmånadsfasen följer en period av *integration* då roller utkristalliseras, kommunikationen fördjupas och vi-känslan stärks. I och med att tryggheten ökar finns vanligen kurage nog att konfrontera oenighet och ta itu med de konflikter som finns. När gruppen har funnit sin identitet kan den också öppna sig utåt. Gruppen har uppnått *mognadsfasen* när var och en är stark nog att stå på egna ben men samtidigt kan uppleva en samhörighet med de övriga. I den mogna gruppen finns en ömsesidig respekt för vars och ens person och yrkesfunktion, och man bjuder på sina resurser. En regelrätt *separationsfas* blir aktuell i grupper som antingen är tidsbestämda från början eller som upplöses på grund av omorganiseringar eller nedläggningar. Reaktionerna på en separation kan vara alltifrån sorg och aggressivitet till tacksamhet och lättnad (ibid.)

Mansmottagningspersonalens grupprocess kom att präglas av ett långt inledningskede för att därefter pendla fram och tillbaka mellan de olika utvecklingsfaserna.

Osäkerhet och oklara roller

Mansmottagningens etableringsperiod blev utdragen och tycks ha pågått i nästan ett år. Exakt det som, enligt Lennéer Axelsson och Thylefors (2005), utmärker en arbetsgrupps initialfas, d.v.s. osäkerhet och oklara yrkesroller, karakteriserade personalgruppen och då framförallt kuratorerna. Kuratorerna ansåg att projektet tog sin utgångspunkt i ett medicinskt synsätt och att de psykosociala delarna av projektet var dåligt definierade. De kände sig osäkra och osynliggjorda och upplevde att deras specifika yrkeskompetens inte utnyttjades av den medicinska personalen. Den medicinska personalen ifrågasatte om kuratorernas hade rätt bakgrund för arbetet på mansmottagningen och tvivlade på om mottagningen behövde kuratorerna i detta skede. Dessa funderingar verkar dock inte ha diskuterats öppet i hela personalgruppen.

Verksamhetschefen upplevde att hans roll som chef var otydlig, både i förhållande till projektledningen och i relation till kuratorerna som inte hade samma huvudman som den medicinska personalen. Han uttryckte också önskemål att projektledningen klart skulle definiera vilka resultat som förväntades av mottagningen och hur arbetet skulle läggas upp. Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) beskriver att

osäkerheten i etableringsfasen gör att förväntningar kan riktas mot ledningen för att den ska ta över och skapa ordning och trygghet. Möjligtvis var behovet av tydliga riktlinjer och mätbara resultat ett uttryck för den osäkerhet som personalgruppen kände inför uppgiften att utveckla en helt ny verksamhet, som saknade rutiner och normer för vad som kunde betraktas som ”godkända” resultat.

Öppna och dolda konflikter

Under etableringsfasen blev konflikten kring verksamhetschefens roll som arbetsledare för kuratorerna synlig och den diskuterades öppet. Så småningom enades man om ett förhållningssätt som alla parter tycktes nöjda med. Även kuratorernas missnöje med att deras kompetens inte beaktades togs upp i personalgruppen och försök gjordes att mer aktivt involvera kuratorerna i arbetet och också ge dem utrymme att utveckla sin roll i projektet. Hur konflikter kan synliggöras och hanteras är ofta avgörande för hur förändringsarbetet kommer att utvecklas (Parmander 2005). I detta fall lyckades personalgruppen i ett relativt tidigt skede av grupprocessen ta upp rollkonflikter och gemensamt hitta lösningar som förde arbetet framåt.

Ett mer dolt problem handlade om verksamhetschefens makt och befogenheter och dennes otillfredsställelse med att inte ingå i styrgruppen och inte ha kontroll och makt över ekonomi och personalfrågor. Denna konflikt kan möjligen ses som en konsekvens av att projektet tillhörde den hierarkiska landstingsstrukturen. En hierarkisk organisation kännetecknas bland annat av att vara vertikalt ordnad uppifrån och ner med tydlig arbets- och ansvarsfördelning som t.ex. kommer till uttryck i en delegationsordning, som anger vem som har rätt att besluta vad (Svedberg 2007). Projektorganisation var också uppbyggd enligt hierarkisk modell med en styrgrupp i toppen och en projektledningsgrupp med stabliktliknande funktion. Beslut rörande projektet fattades enligt landstingets delegationsordning. Verksamhetschefen saknade beslutsrätt och hans befogenheter och placering i hierarkin hade inte definierats i projektorganisationen vilket bidrog till hans förhållandevis maktlösa position.

Mot slutet av projektperioden uppmärksammades problemet med chefsrollen och det löstes delvis genom att verksamhetschefen togs in i styrgruppen och fick större insyn och möjlighet att påverka ledningen av projektet. Mottagningens inre organisation kom alltmer att bygga på teamarbete med en teamledare i stället för traditionell chef. Grundidén i en teamorienterad organisation är, enligt Svedberg (2007), att teamet ska samarbeta, vara autonomt, kunna ta ansvar, ha befogenheter och besluten ska fattas nära verksamheten. På många plan fungerade projektets inre teamarbete bra. Granström (2000) menar dock att det alltid finns en basorganisationsform som blir tydlig i ögonblick av oenighet eller kris. Det hierarkiska systemet har då ofta visat sig ha genomslagskraft i form av regelsystem och strukturell tvång.

Mödosamma steg mot en mogen och effektiv personalgrupp

Mansmottagningens personalgrupp präglades under hela projekttiden av återkommande personalbyten. Det var framförallt kuratorerna som byttes ut och under de tre första åren arbetade totalt sex kuratorer under kortare och längre tid på mottagningen. Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) menar att den effektiva arbetsgruppen aldrig befinner sig i ett statiskt och friktionsfritt tillstånd. Den påverkas ständigt av en turbulent omgivning och av individer som kommer och går. Gruppens mognad är däremot avgörande för hur den tillgodogör sig möjligheterna i de olika faserna. För mansmottagningens arbetsgrupp blev framförallt de ständiga personalbytena något som kom att fördröja mognadsprocessen.

Först efter ca två års verksamhet bestod personalgruppen för första gången av personer som hade arbetat tillsammans under en längre tid. Gruppen verkade närma sig den fas i gruppprocessen som Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) kallar smekmånadsfasen. Det utåtriktade arbetet började utvecklas, personalgruppen avsatte mer tid för gemensamma diskussioner och kommunikationen blev bättre mellan yrkesgrupperna. Fördelningen av arbetsuppgifterna tydliggjordes och den medicinska personalen visade större tillit till kuratorerna. Personalen började känna varandra bättre, stämningen på mottagningen var mer positiv och gruppen hade en känsla av att göra ett bra jobb.

Enligt Nilsson (2005) är en grups utveckling inte en rätlinjig process utan den kan gå lite fram och tillbaka och individerna befinner sig dessutom inte i samma fas hela tiden. I projektet befann sig den mer etablerade medicinska personalen vanligen i en fas, medan de oftast nyanställda kuratorerna var i en annan. Först mot slutet av projektet tycks kuratorn och den medicinska personalen ha kommit i fas.

Lennéer Axelsson och Thylefors (2005) menar, att det inte finns vattentäta skott mellan olika faser och ingen fas i gruppprocessen är för alltid avklarad. Då och då backar grupper tillbaka till tidigare faser, t.ex. i samband med omsättning av gruppmedlemmar. För mansmottagningens personalgrupp blev detta ett regelbundet återkommande fenomen. Etableringsfasen för de nya gruppkonstellationerna gick dock så småningom snabbare än i projektets början, eftersom kärnan i gruppen uppnått en viss stabilitet och mognad. Under hösten 2006 tycktes gruppen för tredje gången vara tillbaka i en ny smekmånadsfas präglad av arbetsglädje, god kommunikation och många nya idéer. Känslan av samhörighet förstärktes ytterligare samtidigt som yrkesrollerna blev tydligare. Personalens kontakter med andra organisationer ökade och gruppen satsade mycket på att utveckla både innehåll och metoder i verksamheten. I början av 2007 bestod personalgruppen fortfarande av samma personer och verkade vara på god väg mot ett moget och effektivt team.

Personalsituationen på Järva mansmottagning kan sammanfattas i termer av

ständigt återkommande kuratorsbyten samt osäkerhet kring yrkesroller och ledningsstruktur, vilket påverkade personalgruppens utvecklingsprocess och fördröjde deras möjlighet att skapa en fungerande verksamhet. Först efter nästan fyra års verksamhet hittade mottagningen sitt eget arbetssätt som grundade sig i en stabil och samspelt personalgrupp.

Att arbeta i projektform innebar viss frihet för personalgruppen att utforma mansmottagningens verksamhet. Samtidigt begränsades projektets möjlighet att från börja skapa en personalgrupp med adekvat kompetens genom kravet på samarbete med stadsdelarna. Projektformen innebar dessutom en ständig oro för mottagningens fortsatta existens och för den egna anställningen.

En hälsofrämjande modell för att arbeta med mäns sexuella och reproduktiva hälsa

Det som särskiljer Järva mansmottagning från andra kliniska verksamheter som arbetar med vuxna mäns sexuella och reproduktiva hälsa är mottagningens strävan att arbeta både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Utformningen av mottagningens arbete baserade sig till en början på ungdomsmottagningsmodellen som betonar ett hälsofrämjande synsätt (FSUM 2002). Utifrån erfarenheterna från mottagningens kliniska verksamhet och de utåtriktade aktiviteterna utvecklades senare en modell (fig.2) för arbetet med vuxna mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Grunddragen i denna modell kom från den enskilda organisationen EngenderHealth som arbetar internationellt, framförallt i utvecklingsländer, för att förbättra kvinnors och mäns sexuella och reproduktiva hälsa (EngenderHealth 2003). Modellen har vidareutvecklats av mansmottagningens nuvarande verksamhetschef Erik Gustavsson och mig själv i två steg: det första inför mottagningens treårs-seminarium och det andra i samband med denna utvärdering.

Modellen beskriver strategier, vilka uppgifter som kan relateras till respektive strategi, aktörer samt de arenor som används. De fyra delarna i pyramiden ska storleksmässigt spegla antalet män som berörs av de olika strategierna. Pyramidformen illustrerar också gången i den enskilda mannens kontakt med mansmottagningen:

Hälsofrämjande arbete motiverar mannen att intressera sig för sin sexuella och reproduktiva hälsa samt skapar förtroende för mottagningen.



Intresset kan leda till att mannen söker mer information genom att delta i *hälsoutbildning*.



Fördjupad information och kunskap kan göra att mannen känner behov av *hälso- och psykosocial rådgivning*.



Rådgivningen kan leda till att mannen vid behov söker *hälsoservice*.

I följande avsnitt diskuteras mansmottagningens arbetssätt utifrån modellens olika delar och hälsofrämjande begrepp.

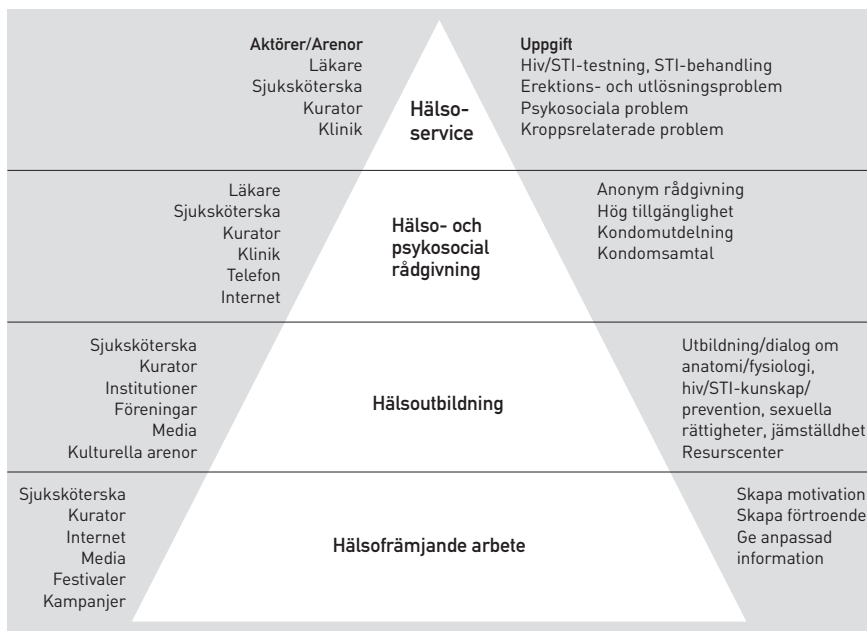


Fig.2. Att arbeta med mäns sexuella och reproduktiva hälsa i ett folkhälsoperspektiv (Gustavsson & Neves Ekman 2007).

Den hälsofrämjande grunden

Hälsofrämjande arbete, d.v.s. ett hälsofrämjande synsätt och hälsofrämjande insatser, är basen i ovanstående modell och var tänkt att utgöra grunden för mottagningens verksamhet och förväntades genomsyra hela verksamheten. Medan det kliniska arbetet fann sin form så gott som direkt vid projektstarten, visade det sig svårare att utveckla det hälsofrämjande arbetet och synsättet. Detta berodde förmodligen på att verksamhetschefen och läkaren som var tongivande i projektets initialfas, hade hög kompetens när det gällde det kliniska arbetet men saknade modeller och erfarenhet av hälsofrämjande arbete med vuxna män. Ungdomsmottagningsmodellen gav viss vägledning men kunde inte helt överföras på arbetet med vuxna män. Kuratorerna hade erfarenhet av socialt, uppsökande arbete men saknade ämneskompetens och erfarenhet av hälsofrämjande arbete. Detta tillsammans med deras begränsade arbetstid och den höga personalomsättningen försvårade utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet och ledde till att det medicinska perspektivet till en början blev dominerade. Verksamhetschefens tydliga kliniska förankring och hans ambivalens inför att satsa på utåtriktade aktiviteter bidrog förmodligen också till svårigheterna att få igång hälsofrämjande aktiviteter.

De första hälsofrämjande insatserna utvecklades successivt utifrån en slags ”trial and error”-strategi där olika metoder och arenor prövades relativt slumpmässigt och antingen införlivades i verksamheten eller förkastades. Till en början satsade personalen på en bred marknadsföring av mottagningen, men kontakterna med de grupper man mötte fördjupades inte och ledde inte i någon större utsträckning till fortsatt samverkan. Först när mottagningen fick personal med intresse och erfarenhet av hälsofrämjande arbete började insatserna bli mer genomtänkta, systematiska och tydligt hälsofrämjande.

Naidoo och Wills (2005) menar att ett hälsofrämjande arbetssätt bland annat innebär fokusering på hälsa snarare än sjukdom, att arbeta med friska personer och inte bara med sjuka, att främja välbefinnande och inte enbart reducera eller lindra sjukdom. Det hälsofrämjande arbetssättet betonar också egenmakt, att hjälpa individer och grupper att uttrycka sina egna hälsobehov och värdesätta deras perspektiv samt att hjälpa människor tillägna sig de färdigheter och det självförtroende som de behöver för att ta mer kontroll över sin egen hälsa. Detta arbetssätt kräver också insikt om att hälsa är ett multidimensionellt begrepp: att psykologiska, sociala, emotionella, andliga och sexuella behov är lika viktiga som de fysiska och att det är viktigt att ta hänsyn till hela personen och hans eller hennes behov (Naidoo & Wills 2005).

Under projektets gång blev det hälsofrämjande arbetssättet mer synligt i verksamheten och kan sägas ha strävat efter att *möjliggöra* för männen att ta kontroll

över sin hälsa i enlighet med tankegångarna i Ottawa-deklarationen om hälsofrämjande arbete (WHO 1986). Konkret betydde detta t.ex. att personalen utvecklade metoder för att arbeta med kondomanvändning som ett sätt att skydda och främja hälsa och att de, förutom information om sexuellt överförda sjukdomar, även betonade kunskap om kropp och sexualitet som ett sätt att öka det sexuella välbefinnandet. Egenmaktsperspektivet tog sig uttryck i att personalen bemödade sig om att utgå från männens egna definitioner av sina problem när det gällde att skapa motivation för att ta ansvar för sin hälsa och vid behov förändra det sexuella beteendet. Ett holistiskt perspektiv på männen fanns med från början i projektupplägget genom tanken att det skulle finnas både medicinsk och psykosocial kompetens på mottagningen. Detta perspektiv motverkades dock av den medicinska personalens dominerande ställning och svårigheterna att utveckla det kurativa arbetet. Först mot slutet av projektet tycks den psykosociala kompetensen ha börjat ta mer plats även om mottagningen fortfarande betraktades som en i huvudsak medicinsk verksamhet.

De konkreta hälsofrämjande insatserna användes framförallt på samhälls- och gruppnivå och bör därför ha nått flest män. Från att ha agerat på olika lokala arenor på Järvafältet koncentrerades dock insatserna så småningom till de arenor som personalen bedömde vara mest effektiva. Satsningarna på mer generella informations- och motivationsinsatser som t.ex. lokala tv- och radiokanaler på invandrarpråk och annonsering i lokala media och affischering i närområdet minskade, samtidigt som Internet blev allt viktigare. Möjligtvis kan detta leda till att mottagningen inte når de män i lokalområdet som inte är Internetanvändare och som just därför kan ha större behov av att få anpassad information och kunskap via mer traditionella informationskanaler.

En faktor som på strukturell nivå tycks ha haft betydelse för det hälsofrämjande arbetssättet är mottagningens organisationstillhörighet. Tillhörighet till landstingets folkhälsoenhet tycks ha gett personalen stöd för att arbeta hälsofrämjande. En koppling till primärvårdsorganisationen eller till andra medicinska enheter med mer biomedicinsk inriktning hade eventuellt inneburit en starkare fokusering på sjukdom och behandling och gett mindre stöd och utrymme för arbete utifrån ett salutogent synsätt.

Hälsoutbildning, hälsokompetens och empowerment

Nästa steg i mansmottagningens arbetsmodell, hälsoutbildning, skulle enligt projektupplägget erbjudas till grupper av män, t.ex. i invandrarföreningar och på SFI-skolor. De flesta invandrarföreningar som kontaktades visade dock svagt intresse för mottagningens hälsoutbildning och inte heller SFI-skolorna var till en början särskilt engagerade. Några av de förutsättningar som krävs för att få samarbete att fungera

har diskuterats i tidigare avsnitt, men det kan även ha funnits andra faktorer relaterade till begreppen egenmakt och delaktighet, som bidrog till svårigheterna att få hälsoutbildningen att fungera.

I teoretiska resonemang kring *health promotion* och *health education/hälsoutbildning* är begrepp som *brukarmedverkan*, *empowerment/egenmakt* och *health literacy/hälsokompetens* centrala. I The Ottawa Charter betonas t.ex. brukarmedverkan och samarbete på alla stadier av hälsofrämjande arbete (WHO 1986). Nutbeam (1998) menar att *health literacy* innebär att ha kunskaper, personliga färdigheter och självförtroende som gör det möjligt att förbättra den personliga hälsan eller gruppens hälsa genom förändring av personlig livsstil eller livsvillkor. Han kopplar också hälsokompetens till begreppet *empowerment* eller *egenmakt*, d.v.s. den processen genom vilken människor får ökad kontroll över beslut och handlingar som rör deras hälsa:

By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.

(NUTBEAM 1998)

När det gällde mansmottagningens konkreta försök att öka männens hälsokompetens genom hälsoutbildning lyckades inte personalen i någon högre utsträckning att få invandrarföreningarna att fungera som arena. Detta aktualiserar frågan om det är möjligt att arbeta utifrån idéer om hälsokompetens och egenmakt gentemot grupper som inte är motiverade eller som inte upplever att de behöver den specifika hälsoutbildningen. Medin och Alexandersson (2000) menar att det inte går att ge någon empowerment/egenmakt. Däremot kan man erbjuda sådant handlingsutrymme att individen kan upptäcka och utveckla sin kunskap, sin förmåga, sina attityder och sin självuppfattning för att kunna ta beslut som främjar hennes hälsa (ibid.).

Det bristande intresset hos invandrarorganisationerna kan också ha berott på hur hälsoutbildningen presenterades och utformades. Personalen tycks själva ha definierat vad utbildningen skulle innehålla och erbjudit föreningarna föreläsningar, i stället för att diskutera behov, metoder och innehåll tillsammans med de berörda grupperna. Naidoo och Willis (2007) menar att egenmaktstärkande undervisning måste vara en klientstyrd process där människor definierar sina egna mål och behov och vilka metoder som passar bäst för deras behov.

Satsningen på SFI-skolorna istället för på invandrarorganisationerna som arena, innebar att hälsoutbildningen delvis fick en annan karaktär. Seminarierna var inte frivilliga utan blev i princip en del av skolans obligatoriska lektioner och skolans uppdrag att lära eleverna svenska speglades i seminarieupplägget. Från mansmot-

tagningens sida tycks syftet med utbildningen inte bara ha varit att öka elevernas hälsokompetens och egenmakt, utan personalen ville också påverka attityder, normer och beteenden i relation till sexualitet och hälsa.

Bristen på frivillighet, skolledningens delaktighet i planeringen och ambitionen att påverka eleverna synliggör den spänning som finns mellan hälsoutbildning som utgår från ett empowerment- och ”nerifrån-” perspektiv och en mer paternalistiskt inriktad hälsouppllysning som kommer ”uppifrån” och syftar till beteendeförändring.

Medin och Alexandersson (2000) menar att empowerment-strategin tar individen som utgångspunkt och ser denne som deltagare i arbetet för hennes hälsa. I det paternalistiska synsättet finns en yttre aktör som utifrån sina erfarenheter och kunskaper ser sig som bättre skickad att avgöra vilka handlingar som främjar en annan individs eller gruppas bästa. Individen blir ”mottagare” för någon annans åsikt om vad som är bäst för hennes hälsa (ibid.). Personalens lärar- och expertroll i relation till SFI-eleverna kan ha inneburit en risk för att hälsoutbildningen fick ett paternalistiskt drag. Medin och Alexandersson (2000) refererar t.ex. till Watson som menar att hälsoutbildning är en klassisk strategi för att på ett paternalistiskt sätt övertala folk att anamma en livsstil som förebygger sjukdom. Hälsoutbildning bör därför, enligt Watson, inte ses som en del av hälsofrämjande arbete. I ett flertal andra definitioner av hälsofrämjande arbete ses dock hälsoutbildning som en komponent som kan bidra till att stärka individer och grupperns förmåga att skaffa sig inflytande över sina egna liv och hälsa (Medin & Alexandersson 2000).

Personalen verkar ha sett seminarierna som ett tillfälle att arbeta både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande. Genom att utbildningen byggde på dialog, diskussioner och deltagarnas egna reflektioner samt bidrog till att ge deltagarna konkreta färdigheter när det gällde kondomanvändning, tycks seminarierna ha haft en övervägande hälsofrämjande karaktär. SFI-elevernas positiva reaktioner måste också tolkas som att seminarierna tillförde dem något mer än faktakunskaper och de kan därför sägas ha bidragit till att öka deras hälsokompetens och egenmakt. De regelbundna utvärderingarna och uppföljningen bör också ha gett eleverna möjlighet att påverka innehåll och upplägg så att de stämde överens med deras intressen och behov.

Hälsoutbildningen riktades till en början bara till grupper av män men kom senare även att omfatta kvinnor. Ett av skälen till att inkludera kvinnor var att personalen ansåg att kvinnor var viktiga när det gällde att påverka männens hälsobeteenden och motivera dem till att vid behov vända sig till mottagningen, t.ex. för hälso- och psykosocial rådgivning eller traditionell hälsoservice.

Mottagningspersonalen såg också som sin uppgift att vara ett resurscenter för andra vårdgivare och organisationer när det gällde att förmedla kunskap om mäns

sexualitet. Erbjudandena om seminarier för vård- och socialtjänstpersonal väckte dock inte något större intresse. Detta kan bland annat ha berott på att seminarierna inte var resultat av en gemensam diskussion om innehåll, uppläggning, tidpunkt o.s.v. mellan mansmottagningen och de inbjudna organisationerna. På samma sätt som när det gällde samarbetet med stadsdelarna krävs det förmodligen också att organisationerna bedömer att mottagningen kan tillföra något som de själva har behov av och saknar i den egna verksamheten.

Eftersom mottagningen var nystartad och verksamheten var relativt begränsad kan det även ha varit svårt att framstå som ett kompetent resurscenter. Med en mer etablerad verksamhet ökar förmodligen förutsättningarna för att mottagningen ska betraktas som trovärdig och som en resurs för andra.

Hälso- och psykosocial rådgivning och hälsoservice

De två översta delarna i pyramidmodellen, hälso- och psykosocial rådgivning och hälsoservice, utgjorde kärnan i mansmottagningens kliniska verksamhet. Det är svårt att klart särskilja de två aktiviteterna eftersom rådgivning också ingick i rent kliniska besök, t.ex. för STI-testning eller behandling. Enligt projektupplägget skulle mottagningen vara lättillgänglig för enskilda män som på eget initiativ ville ha rådgivning eller hälsoservice. En dag i veckan var mottagningen därför öppen för spontana besök och därutöver fanns möjlighet att kontakta personalen per telefon eller e-post för rådgivning eller tidsbokning.

Den medicinska servicen kom igång direkt vid projektstarten och hälsorådgivning blev en del av de flesta läkar- och sjuksköterskebesöken. Den psykosociala rådgivningen och servicen, som kuratorerna förväntades stå för, hade däremot svårt att finna form och innehåll. Detta berodde förmodligen på kuratorernas bristande ämneskunskap och erfarenhet av arbetsområdet. Organisationen EngenderHealth (2003) har definierat ett antal faktorer som är grundläggande för dem som arbetar med rådgivning runt mäns sexualitet och reproduktiva hälsa. Det behövs kunskap om manlig sexualitet, mäns sexuella och reproduktiva hälsa och kopplingen till genus samt medvetenhet om egna värderingar, attityder och uppfattningar om män, sexualitet och genus. Rådgivaren måste också ha förmåga att tala om sexualitet och relationer och visa genuin omsorg om mäns problem och behov och kunna använda rådgivningsmetoder som är stödjande och anpassade efter mäns behov.

Kuratorerna saknade denna kompetens och det tycks också ha funnits motstridiga uppfattningar om behovet av psykosocialt arbete. Delar av den medicinska personalen betonade den medicinska verksamheten och ifrågasatte om män var intresserade av eller hade behov av psykosocialt stöd och rådgivning. Under projektets gång ökade mottagningens kuratorskompetens och metoderna för stödjande och

problemlösande samtal och rådgivning förbättrades, t.ex. genom utveckling av kondomsamtalen. Kuratorns arbetsuppgifter blev tydligare och den kurativa verksamheten presenterades för besökarna på ett mer konkret sätt. Kuratorssamtalen kom så småningom att tydligt bygga på mannens egen uppfattning om sina problem och vilken typ av stöd och hjälp han önskade.

Efterfrågan på både hälso- och psykosocial rådgivning ökade under projektets gång. Detta kan dels ha berott på att mottagningen blev mer känd i målgruppen, dels på att metoderna och innehållet i rådgivningen utvecklades och anpassades till männens behov. Den medicinska personalens syn på kuratorernas arbete tycktes även ha påverkat männens benägenhet att vända sig till kuratorn. När den medicinska personalens förtroende för kuratorns kompetens ökade började de också aktivt att slussa männen vidare till kuratorn.

Liksom hälsoutbildningen hade mottagningens rådgivningsverksamhet både en sjukdomsförebyggande och en hälsofrämjande inriktning beroende på den aktuella frågeställningen.

Syftet med rådgivningen kring STI och hiv var framförallt sjukdomsförebyggande med målet att åstadkomma beteendeförändring. EngenderHealth (2003) menar att rådgivning som syftar till att stödja beteendeförändring kan hjälpa mannen att göra en personlig riskbedömning, fatta beslut om t.ex. kondom användning samt hjälpa honom att utveckla färdigheter, t. ex. kring kondom användning.

Här tycks ett samarbete ha utvecklats mellan den medicinska personalen och kuratorn och de olika momenten i rådgivningen delades ibland upp. Den medicinska personalen kunde t.ex. i samband med STI-testning diskutera risker och riskbeteende utifrån mannens sexuella praktik och motivera till kondom användning. Kuratorn kunde sedan genom kondomsamtalet hjälpa mannen att bli en bättre kondom användare. Rådgivningen och hälsoservicen kring sexologiska frågeställningar, t.ex. vid erektions- och utlösningssproblem, fick en mer egenmaktstärkande karaktär och även här utvecklades ett teamarbete. Om problemen inte hade medicinska orsaker erbjöds mannen kuratorssamtal som syftade till att diskutera psykosociala orsaker till problemen, hitta möjliga lösningar och eventuellt också lära mannen självhjälptekniker.

Modellen har beskrivit en generell strategi för arbetet med mäns sexuella och reproduktiva hälsa. Det specifika med Järva mansmottagning var idén att skapa en verksamhet enbart för män och med manlig personal. I det utåtriktade arbetet blandades efter ett tag insatser riktade till män med satsningar på kvinnogrupper och på aktiviteter i blandade grupper. I det kliniska arbetet höll man däremot fast vid den ursprungliga idén om en ren mansmottagning och i utvärdering är det därför intressant att också diskutera verksamheten ur ett genusperspektiv.

Behövs en mottagning med manlig profil?

I arbetet med sexualitet och hälsa, och då särskilt i sammanhang med hiv/aids, betonas alltmer ett genusperspektiv. Rao Gupta (2000) menar att det behövs genus-specifika insatser som karaktäriseras av att de svarar upp mot mäns och kvinnors olika behov. Det behövs också insatser som strävar efter att förändra könsroller och skapa mer jämlika relationer. Ett rättvise- och jämlikhetstänkande utgjorde grunden i mansmottagningsprojektet och uttrycktes bland annat i målformuleringarna och i beslutet att skapa en mottagning bara för män och med manlig personal.

När modellen för arbetet på mottagningen först introducerades, betonades att män skulle betraktas som en egen målgrupp som behövde "en genusspecifik strategi för att involveras i hiv- och STI-preventionen". Någon konkret definition av vad som menades med "genuspecifik" gjordes inte, men förmodligen fanns tankar om att utveckla specialistkompetens kring mäns sexuella och reproduktiva hälsa där inte bara det biologiska könet stod i fokus, utan där också sociala, kulturella och psykologiska aspekter på manlighet beaktades.

Det saknas en strikt definition av genus men Hovelius och Johansson (2004) menar att genus handlar om konstruktioner av kön och relationer mellan kvinnor och män i sociala strukturer av makt och hierarkier. Genus skapas, tolkas och omskapas i vardaglig praktik. Yvonne Hirdman (1988) använder genus som ett könsmaktsbegrepp där mannens överordning och kvinnans underordning är en av de bakomliggande principerna för genussystemet. Holter (1992) menar dock att mansdominans inte betyder att män har all makt och kvinnor ingen. Det är viktigt att påvisa vissa mäns maktlöshet i förhållande till andra män som beroende framförallt på klass och etnicitet. I följande avsnitt diskuteras modellens olika delar och mottagningens arbetssätt ur ett genusperspektiv där också mäns maktlöshet och sårbarhet beaktas.

Att sprida "manlig" kunskap

De hälsofrämjande insatserna byggde på tanken att män (och då speciellt män med invandrarbakgrund) i jämförelse med kvinnor, var mindre motiverade och behövde ett specifik "manlig" kunskap för att ta hand om sin sexuella och reproduktiva hälsa. Strategin var att bland annat att använda arenor där män samlades i grupp t.ex. i föreningar, kyrkor och på SFI-skolor.

Svårigheterna att få målgruppens egna organisationer motiverade och intresserade har diskuterats tidigare men det kan även ha funnits andra hindrande faktorer relaterade till manliga könsroller. Rao Gupta (2000) hävdar att föreställningar om att män ska var kunniga och erfarna när det gäller sex kan hindra dem från att söka kunskap och information. Det kan också ha funnits motstånd mot att diskutera

problem runt sexualitet och det manliga könet i ett sammanhang där deltagarna var personligt bekanta med varandra eller kanske till och med släkt eller nära vänner. Andrologen Stefan Arver, intervjuad i en artikel i tidskriften Hiv-aktuellt, menar att mäns identitet är intimt förbunden med sexualiteten och att ha problem med sexualiteten kan därför uppfattas som skamligt och nedklassande (Holbye 2005b). Att t.ex. ha problem med potensen är, enligt Arver, inte förenligt med det rådande mansidealet där man ska vara stor, stark och självständig (Holbye 2005b).

På SFI-skolorna var förutsättningarna för att arbeta med mansgrupper en annan. Initiativet till utbildningen kom från skolledningen och inte från männen själva och seminarierna ingick i ett obligatoriskt skolprogram. Frågorna togs dessutom upp i en grupp där männen förmodligen inte var så nära bekanta med varandra. Detta kan ha gjort ämnet legitimt och diskussionerna mindre hotande.

SFI-utbildningen för männen hade en renodlad manlig inriktning och frågor om kvinnans anatomi och sexualitet fanns inte med. När mansmottagningen senare också ordnade seminarier för kvinnorna låg fokus på både manliga och kvinnliga frågeställningar. De skilda uppläggen av de manliga och kvinnliga seminarierna tycks spegla ett slags empowerment-tänkande där mannen skulle vara den som behövde stärkas genom att han själv, och också kvinnan, skulle få kunskap om och ökad förståelse för den manliga kroppen och sexualiteten.

I samband med att även de kvinnliga eleverna deltog i seminarier tillkom en gemensam diskussion om jämlikhet, ansvar, sexuella rättigheter och moral. Syftet med detta tycks ha varit att öka förståelsen för både mäns och kvinnors beteenden och att påverka traditionella könsroller i en riktning som skulle kunna främja jämlikhet, sexuell hälsa och sexuellt välbefinnande. I utvärderingarna av seminarierna uttryckte männen intresse av att också få kunskap om kvinnans kropp och sexualitet och både män och kvinnorna ville prata mer om sex och relationer. Detta visar på att det bör vara möjligt att utveckla mansseminarierna ytterligare kring kvinnlig sexualitet och fördjupa diskussionerna både i de enkönade och i de gemensamma grupperna. I internationella sammanhang hävdas betydelsen av att både män och kvinnor inkluderas i arbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Istället för att bara fokusera på sjukdom och ohälsa behövs öppna samtal om sex, sexuell hälsa, njutning och sexuella rättigheter (Cohen & Burger 2000, Rao Gupta 2000).

Manlig personal på gott och ont

Ett uttryck för projektets genusstrategi var beslutet att mottagningen bara skulle vända sig till män samt att verksamheten skulle bygga på enbart manlig personal. Det underliggande antagandet var att besökarna skulle föredra en manlig miljö och att möta en annan man, framförallt i rådgivnings- och undersökningssituationen. Att

målgruppen till största delen bestod av män med invandrarbakgrund som eventuellt kunde ha kulturella eller religiösa motstånd mot att diskutera sexuella problem med en kvinna, ansågs också stärka argumenten för manlig personal.

Tidigare forskning och erfarenheter från t.ex. RFSU och EngenderHealth ger inte entydiga svar på om män föredrar manlig personal eller inte (Laack, Carlberg & Berggren 1996, EngenderHealth 2003). EngenderHealth (2003) menar att det finns män som föredrar manlig personal eftersom de vill undvika att bli generade och/eller framstå som okunniga inför en kvinna. I en studie om mäns förhållningssätt till sexuell och genital hälsa vid sjukdom framgår att de flesta män anser det svårt att tala om sina genitala problem och sin sexualitet och allra svårast är det att ta upp frågorna med kvinnlig vårdpersonal. Männerna föredrar att tala om dessa frågor med en jämånrig eller äldre manlig sjuksköterska eller läkare (Holbye 2005b).

I resultatsammanställningen av besöksenkäten som personalen genomförde på mottagningen framkom att vissa män upplevde det som tryggare och mindre pinsamt att möta manlig personal. Cohen och Burger (2000) menar att normer kring manligt och kvinnligt i mannens närmiljö påverkar inställningen till att bli behandlad av kvinnlig vårdpersonal och att män från traditionella kulturer i högre utsträckning föredrar manlig personal. Detta skulle kunna peka på att vissa besökare på mansmottagningen med stark förankring i kulturer som har ett mer traditionellt synsätt på manligt och kvinnligt skulle föredra manlig personal.

Det som talar för kvinnlig personal är en del mäns homofobi vilken kan skapa motvilja mot att tala om sexualitet och bli undersökt av en man (EngenderHealth 2003). Den sociala miljön och individuella preferenser har också stort inflytande på om män känner sig bekväma med kvinnlig vårdpersonal (Cohen & Burger 2000). Detta bekräftades i besöksenkäten där det visade sig att något fler än hälften föredrog manlig personal, medan resten var osäkra eller inte tyckte att könet spelade någon roll. Mycket tyder dock på att många män upplevde personalens professionalitet och ett bra bemötande som mer betydelsefullt än kön.

Det går dock inte att utifrån en besöksenkät uttala sig generellt om mäns uppfattningar om manlig personal. Uppfattningen hos de män som väljer att inte besöka en ren mansmottagning, t.ex. på grund av homofobi, kommer ju aldrig att speglas i denna typ av enkät.

Mansmottagning – en fråga om jämställdhet

Uppfattningen att män är eftersatta när det gäller den sexuella och reproduktiva hälsan och i behov av speciella insatser, som t.ex. mansmottagningar, är omdiskuterad. Cohen och Burger (2000) hävdar att det leder fel att använda jämställdhetsargument och påstå att mäns behov av hälsoservice är eftersatta i jämförelse med kvinnors.

Det är ändå kvinnorna som bär den största bördan när det gäller reproduktionen och insatser för män tenderar att negligera jämlikhets- och genusfrågor samtidigt som de stjäl resurser som behövs för kvinnors hälsa. Å andra sidan kan insatser ”bara för män” bidra till att synen på sexuell hälsa blir mer holistisk och att män blir medvetna om sin sexualitet och börjar utnyttja sexuell och reproduktiv hälso-service vilket i sin tur gynnar kvinnors reproduktiva hälsa (ibid.)

Det arbete med män som beskrevs i modellen och arbetet på Järva mansmottagning utgick i och för sig från synsättet att män i förhållande till kvinnor var förbisedda när det gällde tillgång till hälso-service. Personalen tycks dock ha strävat efter att bemöta besökarna på ett sätt som motverkade stela könsroller och schablonmässiga föreställningar och förväntningar kring manlighet och sexualitet. Rao Gupta (2000) menar att traditionella föreställningar och stereotyper gör män sårbara. Män ska klara sig själva, inte visa känslor och inte be om hjälp utan de ska vara osårbara. Traditionell manlighet, som betonar mannens dominans över kvinnan och föreställningar om att män bör ha många (kvinnliga) sexpartners, bidrar också till homofobi och stigmatisering av män som har sex med män. Sammantaget kan dessa föreställningar hindra män från att skydda sig mot hiv och STI, och de kan leda till ett ökat risktagande beteende, hävdar Rao Gupta. Personalens pedagogiska och icke-moraliserande förhållningssättet liksom bejakandet av männens oro och osäkerhet bör ha gjort det möjligt att förmedla kunskap och öka medvetenheten om vilka hälsokonsekvenser det sexuella beteendet kan få. I egenskap av att också vara män borde personalen även ha kunnat fungera som positiva förebilder.

Att kunna erbjuda lättillgänglig hälso-service och anonym rådgivning kan vara särskilt betydelsefullt för män, framför allt när det gäller sexuella problem. Män söker betydligt mer sällan hjälp för sexuella problem än vad kvinnor gör och väntar länge innan de söker vård (Holbye 2005b). När mansmottagningen blev etablerad föreföll strukturen och arbetssättet ha gjort det lättare för männen att söka vård. Det visades sig att många män tycks ha fått förtroende för verksamheten och de återkom till mottagningen i förebyggande syfte, t.ex. för att testa sig.

När det gällde frågan om att avsätta resurser till en verksamhet som utgick från ett manligt jämlikhetsperspektiv så märktes en tydlig ambivalens. På övergripande politikernivå lyftes verksamheten fram, jämställdhetsperspektivet poängterades och det blev möjligt att pröva verksamheten i projektform. Det gick dock inte att integrera mottagningen i hälso- och sjukvårdsorganisationen och de lokala beslutsfattarna valde att inte prioritera mansmottagningen i den ordinarie budgetfördelningen. Från stadsdelsförvaltningarnas sida gjordes en medveten prioritering av annan mansinriktad verksamhet vars syfte var att förebygga våld mot kvinnor.

Sett ur ett genus- och jämlikhetsperspektiv kan valet att inte satsa på mansmot-

tagningen ha grundats på uppfattningen att kvinnors behov måste prioriteras eftersom de är underprivilegerade och mer utsatta i förhållande till män. Möjligtvis sågs också den sexuella och reproduktiva hälsan fortfarande framförallt som en kvinnofråga. Mot detta kan hävdas att män är viktiga i arbetet för kvinnors sexuella och reproduktiv hälsa och att män i ett rättighetsperspektiv borde ha tillgång till hälso-service som utgår ifrån deras specifika behov. I Ottawa-deklaration om hälsofrämjande arbete (WHO 1986) betonas ett jämlikhetsperspektiv och det slås fast att både män och kvinnor ska ha lika möjligheter för att kunna göra hälsosamma val så att de kan uppnå sin fulla hälsopotential.

Rao Gupta (2000) skiljer mellan tre synsätt på genus och sexualitet i det hiv-preventiva arbetet: *genuskänsligt/genussensitive*, *omdanandel/transformativ* och *egenmaktstärkande/empowering*. Hon hävdar att alla tre synsätten behövs och att de måste användas parallellt. Mäns och kvinnors olika behov måste beaktas samtidigt som man verkar för att könsrollerna förändras i större eller mindre skala. Den strategi som beskrivs i modellen och som använts på mansmottagningen skulle kunna ses som ett försök att både beakta mäns speciella behov och påverka könsroller i syfte att stärka framförallt männens egenmakt men även kvinnornas i förlängningen.

Att ge män möjlighet att söka vård på en mottagning med speciell kompetens när det gäller manlig sexuell och reproduktiv hälsa och bli behandlad av manlig personal kan också betraktas som en rättvisefråga. Kvinnors tillgång till lättillgänglig vård och rådgivning, t.ex. på barnmorskemottagningar, och deras möjlighet att bli behandlad av en person av samma kön ifrågasätts inte. Mot bakgrund av sjukvårdens målsättning att erbjuda människor valfrihet i valet av vård kan det därför tyckas rimligt att även män ska ha tillgång till specialiserad vård och också kunna få välja vem de vill bli undersökta och behandlade av.

Framtida utveckling

Järva mansmottagning initierades som ett metodutvecklingsprojekt och processen att finna arbetsmetoder, struktur, finansiering och organisatorisk tillhörighet har på många sätt varit mödosam. Mot slutet av utvärderingsperioden tycktes verksamhetens arbetssätt och den interna organisationen ha hittat sin form medan det fortfarande fanns frågetecken kring organisationstillhörighet och finansiering. I detta avsnitt har jag valt att diskutera några aspekter av mottagningens interna verksamhetsutveckling och att reflektera över mansmottagningen som en ny del inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation.

Personalen har regelbundet under projektets gång avsatt tid för analys och diskussioner om verksamhetens innehåll och möjliga sätt att utveckla arbetet. Som ett verktyg har då och då den s.k. SWOT-analysen använts. Den har varit ett fungerande sätt att summera verksamheten och reflektera över organisatoriska frågor. När personalgruppen blev stabilare och verksamheten mer etablerad verkar diskussionerna ha blivit mer metodinriktade. Detta ledde bland annat till att en modell skapades som ett verktyg för att arbeta med mäns sexualitet och hälsa och till utvecklingen av det s.k. kondomsamtalet. Parallellt har också personalen på olika sätt fördjupat sina kunskaper kring sexologiska frågeställningar.

Mansmottagningens fortsatta interna utveckling står inför flera utmaningar. Projektiden är över och verksamheten har gått in i en annan organisationsform. Det finns därmed behov av att se över mottagningens *mål* och utveckla former för *uppföljning* av verksamheten. Målen behöver t.ex. göras mätbara i enlighet med beställarorganisationens önskemål och det är viktigt att hitta kvalitetsindikatorer för att kunna kvalitetssäkra verksamheten. Både Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12) och Stockholms läns landsting ställer krav på att det ska bedrivas en kontinuerlig kvalitets- och verksamhetsutveckling inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Landstinget har identifierat sex kvalitetsområden som ska karaktärisera ”den goda hälso- och sjukvården”. Hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid (Stockholms läns landsting 2006).

Det finns många modeller för kvalitetsarbete. Eftersom mansmottagningens arbetssätt till vissa delar liknar ungdomsmottagningarnas skulle personalen kunna hämta idéer och utveckla sitt eget kvalitetsarbete från den skrift om kvalitetssäkring som tagits fram för ungdomsmottagningarna (Stockholms läns landsting 1998). Mottagningens datoriserade journalsystem liksom förnyade besöksenkäter bör också kunna ge underlag till uppföljning och fortsatt utvärdering av verksamheten. Sammanfattningsvis förefaller det finnas många möjligheter för personalgruppen att fortsätta det utvecklingsarbete som de redan påbörjat. Frågan är dock om det inom landstingsorganisationen finns intresse för denna typ av verksamhet?

Under projektets gång har det visat sig svårt att få mansmottagningen accepterad av hälso- och sjukvårdsorganisationen trots att verksamheten förefaller fungera och nå sin målgrupp. Svårigheterna att få hälso- och sjukvårdsorganisationen intresserad av mansmottagningen som en ny metod för arbete med mäns sexualitet och hälsa skulle kunna jämföras med de problem som finns med att föra ut nya folkhälsometoder.

I en genomgång av forskning om implementering av folkhälsometoder lyfter Guldbbrandsson (2007) fram ett antal faktorer som är betydelsefulla för att nya meto-

der ska bli accepterade och använda. Bland annat har det visat sig lättare att implementera nya metoder som överensstämmer med rådande individuella, organisatoriska och professionella värderingar, normer och arbetssätt.

Även om Ottawa-deklarationen (WHO 1986) understryker att hälsosektorn måste omorienteras i en hälsofrämjande riktning och trots att flera övergripande styrdokument, t.ex. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), landstingets folkhälsopolicy (Stockholms läns landsting 2005) och uppdragsbeskrivningarna för närsjukvårdens vårdgivare (Stockholms läns landsting 2007) betonar betydelsen av hälsofrämjande och förebyggande arbete i hälso- och sjukvården, är det få verksamheter som idag arbetar på detta sätt. Järva mansmottagning kan därför sägas bryta mot vedertagna normer och arbetssätt inom primärvården och på Sesam-mottagningarna genom att arbeta både med traditionell klinisk verksamhet på individnivå och med hälsoutbildning och hälsofrämjande insatser på grupp- och befolkningsnivå. Detta kan ha bidragit till svårigheten att inordna mansmottagningen i närsjukvården eller på ks-Sesam.

Mottagningens utåtriktade arbete är också den del av verksamheten som, liksom många hälsofrämjande insatser, ger minst synliga resultat på kort sikt. Detta menar Guldbbrandsson (2007) är en faktor som försvårar implementeringen av nya metoder.

Att tidigt involvera de som ska införliva en ny metod är också nödvändigt för att lyckas. Detta fungerade dåligt i mansmottagningsprojektet. Sesam-mottagningen var endast inblandad i projektet på planeringsstadiet och beställarorganisationen deltog i projektets början och mot slutet men var aldrig aktiv i styrgruppen under projektets gång. När frågan om att inkludera mansmottagningen i den ordinarie verksamheten och i befintlig budget aktualiserades, valde beställarorganisationen liksom ks-Sesam att inte prioritera projektet. Detta visar på dilemmat att nya metoder ofta måste implementeras inom den befintliga ekonomiska ramen och att det inom folkhälsoarbetet är vanligt att nya metoder som utvecklas inom en organisation sedan ska rymmas i *någon annans* (i detta fall närsjukvårdens eller ks-Sesams) ekonomiska ram (Guldbbrandsson 2007).

Vid utvärderingens slut låg mansmottagningen organisatoriskt fortfarande inom landstingets folkhälsostruktur och finansieringen skedde alltjämt med särskilt avsatta medel för hiv-prevention. Tillhörigheten till en folkhälsoenhet som Lafa ger stöd till mottagningens hälsofrämjande verksamhet men kan också befästa avståndet till hälso- och sjukvårdsorganisationen. Personalen har behov av att också ingå ett mer medicinskt sammanhang för få stöd och kunna utveckla den kliniska verksamheten.

Sesam-mottagningarna borde kunna utgöra mansmottagningens medicinska nätverk i högre utsträckning men hittills har flera faktorer omöjliggjort detta. Yttre

omständigheter som omorganisationer, centralisering och besparingskrav har haft betydelse. Även Sesam-mottagningarnas egen organisation och strukturen på samarbetet med Lafa via nätverksgrupper som enbart vänder sig till en viss yrkesgrupp, t.ex. läkare, har försvårat kontakt och samarbete. Guldbbrandsson (2007) menar att strukturella faktorer inom organisationen påverkar kapaciteten att anta innovationer. Organisationer med decentraliserade beslutsfunktioner och möjligheter att styra om resursfördelning tar lättare till sig nya idéer liksom s.k. lärande organisationer. Lokala nätverk som syftar till utbyte och samarbete mellan olika professioner underlättar också kunskapsutveckling och kunskapspridning.

I ett organisatoriskt perspektiv står mansmottagningen och Lafa inför uppgiften att fortsätta arbeta för att metoden ”en hälsofrämjande sex- och samlevnadsmottagning för män” implementeras i hälso- och sjukvårdsstrukturen. Lafas roll kan ses som ”förändringsagentens” som påverkar en ”mottagare” – hälso- och sjukvårdsorganisationen – att anta och realisera nya metoder (Guldbbrandsson 2007).

Förutsättningen för att mottagaren, hälso- och sjukvården, ska inkludera mansmottagningen i sin struktur är att mottagningen uppfattas som en möjlig metod som kan bidra till att lösa aktuella problem, t.ex. den ökade klamydia-förekomsten och svårigheten att nå ut till yngre män och män i mångkulturella områden. Vidare måste mansmottagningen kunna visa att den metod som används är effektiv i relation till uppsatta mål och i förhållande till målgruppen. Detta innebär att det behövs ytterligare forskning och utvärdering som fokuserar på mansmottagningens resultat och på effekterna i målgruppen. Det fordras också en nära dialog mellan Lafa, mansmottagning och den övergripande organisationen för att både synliggöra behov och att sprida kunskap om mansmottagningens arbetsätt och resultat.

Metoddiskussion

Utifrån utvärderingens syfte och frågeställningar var det mest relevant att välja huvudsakligen kvalitativa materialinsamlingsmetoder. Avsikten var att använda och kombinera metoder som skulle belysa mansmottagningens tillkomst, utveckling och arbetsätt ur så många synvinklar som möjligt. Intervjuer med personalen och andra projektaktörer har varit ett sätt att få veta hur de inblandade uppfattade och resonerade kring mottagningen och sin roll i projektet. Dokumentmaterialet användes som källa för att skildra mottagningens tillkomst och för att följa hur arbetet utvecklades. Tolkningen av det insamlade material har syftat till att förstå och förklara processen kring mottagningen och hur projektet betraktades från olika aktörers håll. Inriktningen har också varit att analysera och tolka mottagningens arbetsätt utifrån ett hälsofrämjande perspektiv samt att bedöma verksamhetens framtida förutsättningar.

I följande avsnitt diskuteras några centrala frågeställningar kopplade till utvärderingsmetod: min roll som både projektledare och utvärderare, faktorer som påverkat intervjusituationen, dokumentmaterialets användbarhet samt tolkningsprocessens inriktning och olika nivåer. Efter en reflektion över hur utvärderingsprocessen har påverkat projektet avslutas avsnittet med några etiska överväganden.

Dubbla roller

Det som metodmässigt blev en svårighet i denna utvärdering var min dubbla roll som både projektledare och utvärderare/intervjuare och det var inte alltid lätt att hålla isär dessa roller. Resultatet av en utvärdering beror till stor del på utvärderaren och bland annat på utvärderarens roll och hans förhållande till det som ska utvärderas, skriver Ohlsson (1990). Han ställer följande frågor om utvärderaren: Verkar han/hon inom det område han/hon ska utvärdera? Är han/hon internrekryterad? Är det fråga om självutvärdering av ett älsklingsprojekt? Jag kan svara ”ja” på alla dessa frågor och dessutom lägga till att jag var utvärderare och projektledare samtidigt. Detta har givetvis påverkat mitt arbete och resultatet av studien. Som utvärderare och projektledare kunde jag inte göra anspråk på att vara värdeneutral och utan förutfattade meningar. Förställningen om att utvärderaren kan vara helt objektiv, värderingsfri och opartisk i förhållande till det som utvärderas ifrågasätts också från många håll (Karlsson 1999, Ohlsson 1990). Jag har snarast strävat efter att vara det som Karlsson (1999) kallar ”subjektivt värdebaserad och kritisk”. Det som då betonas är en öppen redovisning av perspektivval och utgångspunkter för utvärderingen. Jag har också försökt att tydliggöra min roll och lyfta fram ”utvärderaren” framför ”projektledaren”, t. ex. i intervjusituationen.

Som initiativtagare och projektledare hade jag en förförståelse och en egen bild av mottagningens historia, utveckling och verksamhet. Redan i formuleringen av utvärderingens syfte och frågeställningar gör utvärderaren val och avgränsningar som i detta fall också påverkats av att jag varit projektledare. En annan utvärderare hade förmodligen valt andra infallsvinklar och frågeställningar.

Min bild av projektet har med all säkerhet präglat min beskrivning och tolkning av projektet och kan ha gjort mig ”blind” för skeenden som skulle ha varit viktiga och intressanta att belysa och diskutera. I utvärderingen har det ibland också varit svårt att inte låta ”eget material”, d.v.s. egna kunskaper och uppfattningar, smyga in och ligga till grund för processbeskrivningen och analysen av processen runt projektet. Den egna kunskapen om verksamheten kan också ha medfört att jag tagit vissa händelser och fenomen för givna och därför inte utvecklat dem tillräckligt. I intervjuerna kan jag ha fått andra svar på mina frågor än de en utomstående utvärderare skulle ha fått eftersom jag samtidigt var projektledare.

I egenskap av projektledare har jag givetvis en önskan om att projektet ska framstå som framgångsrikt och att det ska överleva. Att då som utvärderare förhålla sig kritisk till projektet, den egna organisationen, kollegor och bidragsgivare kan vara svårt och skapa lojalitetskonflikter. Karlsson (1999) menar det finns en risk att den interna utvärderaren bortser eller tonar ner misslyckanden och överbetonar det som gått bra.

Inblickarna i projektet, som jag som projektledare hade, kan dock ha bidragit till en mer detaljerad belysning av verksamheten. Förhoppningsvis kan min delaktighet i projektet leda till att tankegångar och resultat av utvärderingen lättare kan återkopplas till personal och chefer. Vedung (1998) menar att kunskapsmässigt har internutvärdering ett försteg eftersom utvärderingen utförs av de mest kunniga. Internutvärderingar kan också resultera i återföring och inläring eftersom användare och utvärderare är samma person.

Intervjuerna

Intervjuer med personal och andra projektaktörer har använts för att ge en så mångfacetterad bild av projektet som möjligt. Jag har velat använda intervjuerna som ett sätt att bygga kunskap och försöka förstå projektet ur olika deltagares synvinkel.

Urvalet av intervju personer gjordes för att spegla personalens, projektledningens och styrgruppens syn på projektet. I personalgruppen intervjuades samtliga personalkategorier och så gott som alla som arbetat en längre tid på mottagningen blev intervjuade. De två personer som tillsammans med mig ingick i projektledningsgruppen har intervjuats liksom representanter för två av stadsdelarna och Stockholms stads centrala förvaltning. Chefstjänstemannen från den tredje stadsdelen som ingick i projektet hade slutat sin anställning och fanns därför inte tillgänglig för en intervju. Detta innebar att det fanns mindre material som speglar den tredje stadsdelens syn på projektet. Förmodligen har dock inte detta påverkat utvärderingens resultat i någon större utsträckning eftersom stadsdelens relation till projektet har kommit till uttryck i dokumentmaterial och i andra intervjuer.

Intervjuerna hade karaktären av öppna samtal som berörde vissa i förväg bestämda teman och de följde i stort en kronologisk linje som startade med den intervjuades första kontakt med projektet eller projektidén. Därefter följde reflektioner kring olika aspekter på verksamheten och intervjun avslutades med ett resonemang om verksamhetens framtid. Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide som innehöll de teman som skulle tas upp och förslag på frågor. Intervjuguiden utformades utifrån vilken kategori den intervjuade tillhörde (personal, projektledningsgrupp, styrgrupp) och anpassades sedan individuellt.

Intervjun kan ses som en forskningsmetod där intervjuaren är forskningsverk-

tyget och den som definierar och kontrollerar situationen (Kvale 1997). Intervjun kan därför inte bli ett samtal mellan jämlika parter. Mina intervjuer påverkades av att jag i egenskap av projektledare hade en mer eller mindre nära relation till samtliga intervjuade. För personalens del innebar det att de stod i viss beroendeställning till mig, vilket kan ha betytt en medveten eller omedveten vinkling och/eller censurering av svaren. Även de övriga intervjuade kan av olika skäl ha tillrättat sina svar utifrån att vi hade en arbetsrelation. Thomsson (2002) menar att maktobalans i intervjusituationer inte kan undvikas men att den går att hantera. I en situation där den intervjuade upplever sig underordnad intervjuaren kan den intervjuade stötta i att ta plats och att hävda sina uppfattningar gentemot intervjuaren. Innan intervjuerna klargjorde jag att intervjusamtalet skedde med mig som utvärderare och inte som projektledare. Genom att inte vara alltför styrande i intervjun och öppna upp för alla synpunkter försökte jag att stödja intervjupersonerna att ta plats och ge sin bild av projektet.

Kvale (1997) beskriver forskningsintervjun som en mellanmänsklig situation och ett samtal mellan två parter om ett ömsesidigt intresse. De flesta av utvärderingens intervjupersoner var vad Kvale (1997) kallar ”goda intervjupersoner”, d.v.s. samarbetsvilliga, välmotiverade, värtaliga och kunniga. De intervjuades och min ömsesidiga förståelse och kunskap om projektet kan, å ena sidan, ha bidragit till att öka intervjuernas kvalitet. Å andra sidan fanns en risk att intervjupersonerna uppfattade intervjun mer som ett samtal med mig som projektledaren än som en regelrätt intervju. Kvale (1997) menar att forskningsintervjun följer ett oskrivet manus med givna roller för de båda aktörerna. Svårigheten i min dubbla roll som intervjuare och projektledare var att inte lämna intervjurollen och gå in i rollen som projektledare under intervjun. Att intervjuerna bandades kan ha hjälpt till att markera, både för de intervjuade och för mig själv, att det handlade om en intervjusituation och inte om ett kollegialt samtal. Jag försökte också att ge en tydligt ram åt intervjun och skapa det som Kvale (1997) kallar en ”intervjuscen” där intervjun inleddes med en orientering om syfte, tidsram etc. Efter det att intervjun avslutats och bandspelaren stängts av följde oftast en mer informell uppföljning och diskussion om projektet.

Eftersom intervjuerna har omfattat en relativt lång tidsperiod hade intervjupersonerna ibland olika minnesbilder av samma skeenden. Genom den skriftliga dokumentationen som också användes i utvärderingen kunde direkta faktafel rättas till. Synen på projektets förlopp och resultat skilde sig delvis mellan de intervjuade. Detta kan ha berott på att vissa av dem hade följt mottagningen sedan starten och också kände till den aktuella situationen, vilket betydde att de hade ”facit i hand”. Andra hade inte haft någon kontakt med projektet under den senaste tiden och

kände inte till utvecklingen. Enligt Kvale (1997) bör man som intervjuare försöka bedöma tillförlitligheten och giltigheten i det som framkommer genom att ställa kompletterande frågor under intervjun. Intervjuaren kan också försöka att klargöra och tolka beskrivningarna under intervjun tillsammans med intervjupersonen. Här kan min koppling till projektet och min relation till de intervjuade ha haft betydelse för vilka intervjusvar jag såg som angelägna att utveckla eller förtydliga. Den öppenhet för nya aspekter som den intervjuade kan föra in och som Kvale (1997) ser som ett kvalifikationskriterium för en god intervjuare kan ha varit mindre hos mig på grund av min föreställning om projektet och vad som var viktig att lyfta fram i utvärderingen.

Dokumentmaterialet

Dokumentmaterialet som användes i utvärderingen kom från många olika källor, var av olika karaktär och förmedlade därmed också information av skilda slag. Som projektledare har jag haft tillgång till de flesta officiella dokument som rör projektet och har även haft möjlighet att utnyttja internt arbetsmaterial. Till materialet hörde också sammanställningar av kursutvärderingar, besöksstatistik och besöksenkäter samt tidningsartiklar.

En central frågeställning vid användandet av skriftligt dokumentmaterial är frågan om hur pass användbar källan och källmaterialet är. Holme och Solvang (1996) menar att källans trovärdighet är avgörande och de pekar på ett antal faktorer som är betydelsefulla att analysera vid bedömning av källornas och källmaterialets användbarhet. De lyfter bland annat fram vikten av att informationen mellan olika källor stämmer överens, den generella säkerheten i källans innehåll samt egenskaper hos upphovsmannen, t. ex. dennes subjektiva perspektiv och förmåga att återge ett händelseförlopp.

I mitt dokumentmaterial har jag kunnat följa projektets händelseförlopp genom material från offentliga källor som projektansökningar, verksamhetsrapporter, beslut, anställningsavtal o.s.v. Detta material har sedan jämförts med information från källor av mer informell karaktär som t.ex. minnesanteckningar från möten i projektledningen, styrgruppen och personalgruppen. Källorna har i många fall varit det Holme och Solvang (1996) kallar förstahands- eller primärkällor, d.v.s. författaren har själv deltagit i det som återges. I de flesta fall har författarna haft kunskap om och varit väl förtrogna med det de skrivit om. Det har inte heller funnits anledning att tro att författarna medvetet har återgett felaktig information. Källmaterialet har oftast tillkommit för andra syften än utvärdering. Undantaget är besöksstatistiken och besöksenkäten som skapades för att ge underlag till utvärdering och verksamhetsutveckling.

Svagheten i mitt dokumentmaterial ligger framförallt i flera av källornas subjektiva karaktär. I egenskap av projektledare har jag själv stått för en stor del av dokumentationen vilket betyder att mina uppfattningar och värderingar satt sin prägel på materialet. Verksamhetscheferna har i stor utsträckning bidragit till dokumentmaterialet som rör händelseförloppet i personalgruppen och i de utåtriktade aktiviteterna. Kuratorerna har sällan förekommit som författare vilket innebär att deras uppfattningar och roll i projektet speglas genom andrahandskällor, oftast verksamhetscheferna. Detta medför att dokumentmaterialet kan ge en skev bild av kuratorerna och det psykosociala arbetet på mottagningen.

En annan brist är att vissa perioder av projektet är mindre väl representerade i dokumentmaterialet. Dokumentationen av projektet har inte varit lika omfattande under hela projektiden, t.ex. skrevs det fler artiklar i pressen om projektet i samband med mottagningens start.

Besöksstatistik och besöksenkäter har använts för att belysa målgruppen. Även detta material kan sägas ha en viss subjektiv prägel eftersom frågeställningar och variabler skapats och valts ut av personalgruppen och projektledaren. Materialet är dock sammanställt och analyserat av utomstående statistiker vilket kan bidra till att öka trovärdigheten och användbarheten.

Tolkningsprocessen

I motsats till den positivistiskt grundade forskningen gör inte kvalitativa studier anspråk på att ta fram säker kunskap eller generaliserbara sanningar. Widerberg (2002) menar att kvalitativ forskning öppnar för variationer, mångfald och komplexitet. De kvalitativa metoderna måste utvecklas så att det passar varje undersöknings syften. Enligt Wallén (1996) baseras tolkningsmetodiken i kvalitativa studier snarare på övergripande principer än regler i strikt mening. Han betonar bland annat att innebörden måste tolkas mot ett större sammanhang, en kontext, och att tolkningen är beroende av tolkaren som medskapande och återskapande. Eftersom forskaren – uttolkaren – använder sig själv som ”instrument” är därför självkunskap och självreflexion viktiga (ibid.). I ett tidigare avsnitt har jag diskuterat min dubbla roll och svårigheterna det förde med sig. Diskussionerna med mina handledare innebar att min egen roll synliggjordes och problematiserades. Samtalen om tolkningen av materialet bidrog också till att bredda tolkningen och visa på fler infallsvinklar. Widerberg (2002) förespråkar någon form av kollektiv miljö tillsammans med andra forskare som kan bidra till att göra tolkningen rikare och mer nyanserad.

Under arbetet med att göra en processbeskrivning av projektet utkristalliserades ett antal teman som tycktes ha varit betydelsefulla för projektets utveckling, verksamhetens innehåll och personalens arbetssätt. Jag valde att göra en analys och

tolkning av processen kring uppbyggnaden av mottagningen ur tre perspektiv: ett organisatoriskt perspektiv där samarbetet med stadsdelarna stod i fokus, ett personalperspektiv där framväxten och formandet av personalgruppen är central och ett perspektiv som tar fasta på utvecklingens av mottagningens strategi och arbetssätt i förhållande till målgruppen.

Syftet var att synliggöra och förklara hur de enskilda händelserna uppstod och relaterade till det sammanhang som projektet verkade i, samt hur de enskilda delarna hängde ihop och kom att skapa en slags dominoeffekt som påverkade hela verksamheten. Parmander (2005) menar att i utvärderingen av ett förändringsarbete vill man veta både vad som hände och hur det hände. Mål och process är inte bara viktiga var för sig eller komplementära utan är ömsesidigt beroende av varandra.

Analysen och tolkningen av arbetet med målgruppen handlade om att vidareutveckla och granska den modell som växt fram under projektiden. Här valde jag ut några begrepp och teorier och försökte att utifrån intervju- och dokumentmaterialet tolka och kritiskt granska hur mottagningens arbete hade utvecklats och relatera till teorin. En av svårigheterna var att välja vilka begrepp och teorier som skulle användas eftersom det saknas entydiga definitioner av begrepp som hälsofrämjande, empowerment, genus o.s.v. Det finns också en mångfald av teorier om hälsofrämjande arbete, hälsouppläsning och rådgivning. Som referensram valde jag de begreppsdefinitioner och teorier som har förefallit mest relevanta för den svenska kontexten, den strukturella nivå som projektet har verkat på, d.v.s. framförallt grupp- och individnivå och kliniskt arbete på primärvårdsnivå.

I studier som grundar sig på kvalitativa metoder aktualiseras frågor om kvalitet och riktighet i analys och tolkning av intervju- och dokumentmaterial och processbeskrivning. Flera författare (Kvale 1997, Widerberg 2002, Thomsson 2002) hävdar att det inte går att använda begreppen generaliserbarhet, reliabilitet och validitet på samma sätt som i kvantitativ forskning. Istället betonas sökande efter betydelse och uppdagande av en djupare mening än den omedelbara och uppenbara (Thomsson 2002). Hon menar att det snarare är rimligheten än riktigheten i resultaten som ska bedömas och att rimligheten bedöms via en kritisk genomlysning och i dialog med de argument som den tolkande studien ger (ibid.).

Resultaten i denna utvärdering kan inte sägas vara generaliserbara i bemärkelsen att de går att överföra från Järva mansmottagning till andra mottagningar eller projekt. I processbeskrivningen samt i diskussionen om samarbete och teamuppbyggnad är inte min avsikt att generalisera. Eventuellt skulle utvärderingen dock kunna ge läsaren underlag till det som Kvale (1997) kallar en analytisk generalisering. Utvärderingsresultaten skulle då kunna ge läsaren vägledning inför vad som skulle kunna hända i ett annat projekt när det gäller t.ex. samarbete och uppbygg-

nad av en personalgrupp. Även analysen av modellen för det hälsofrämjande arbetet skulle kunna användas av läsaren som grund för en analytisk generalisering.

Utvärderingen har byggts upp som en kronologisk berättelse där citat från intervjupersonerna och från dokument är tänkta att belysa och underbygga mina argument och den tolkning av processen som jag föreslår. Thomsson (2002) menar att en god tolkning kännetecknas av att den måste hänga ihop och ha intern ”konsistens”, tolkningsmönstret bör vara logiskt och möjligt att förstå och läsaren måste kunna ta del av forskarens förförståelse, teoretiska utgångspunkter och perspektiv för att kunna göra sin egen bedömning av tolkningarna. Min nära koppling till projektet kan ha gjort det svårare att göra en logisk och sammanhängande tolkning som blev begriplig för en utomstående läsare. Rimligheten i tolkningen skulle också kunna ifrågasättas utifrån det faktum att jag stått nära det jag utvärderat och därmed kanske inte förmått att se alternativa tolkningsmöjligheter. För att i viss mån motverka detta fick samtliga intervjuade möjlighet att läsa och kommentera processbeskrivningen i syfte att få fram eventuellt avvikande uppfattningar av hur skeendet beskrevs och tolkades. Intervjupersonerna fick samtidigt tillfälle att granska och korrigera de citat som valts ut.

Reflektion under utvärderingens gång

Arbetet med en processutvärdering skapar många tillfällen till att reflektera över och ibland även direkt använda de erfarenheter och resultat som kommer fram. Levin lyfter fram utvärderingens interaktiva effekter och menar att utvärderingen ger effekter på ett projektarbete bara genom att finnas. Utvärderingen väcker frågor som leder till förändringar i praxis även om inte syftet är sådant (Levin 1990). Vedung menar att resultat inte bara kommer fram när utvärderingsprocessen är avslutad utan resultat produceras och förmedlas under processens gång (Vedung 1998). Enligt Parmander (2005) är ett syfte med en processutvärdering att ge möjlighet för såväl deltagare som projektledare att fortlöpande reflektera över processens styrkor och svagheter i dialog med utvärderaren. För mig som projektledare blev utvärderingen ett tillfälle att, tillsammans med aktörerna, få reflektera över det som hade varit, hur verksamheten såg ut och hur framtiden skulle kunna tänkas bli. Intervjuerna gav material till utvärderingen men hjälpte mig också i arbetet som projektledare. För intervjupersonerna innebar intervjuerna en möjlighet att stanna upp och betrakta sin roll och syn på projektet och dela det med utvärderaren men också indirekt med projektledaren.

Framförallt intervjuerna med personalen gjorde vissa fenomen synliga som också var betydelsefulla för projektet och som kunde återkopplas och diskuteras individuellt eller gemensamt i personalgruppen. Det framkom t.ex. svagheter i organisa-

tionen som kunde rättas till relativt omgående. Jag blev även medveten om konflikter som berörde verksamhetschefen och mig som projektledare och som handlade om roller, makt och ansvarsfördelning. Det blev möjligt att diskutera problemen och söka lösningar.

Reflektion och återkoppling av utvärderingserfarenheterna har skett kontinuerligt, ibland strukturerat på planeringsdagar och ibland mer informellt i den vardagliga kontakten med personalen. Även styrgruppen har till viss del fört diskussioner som haft sin utgångspunkt i resultat från utvärderingen, t.ex. när det gällt mottagningens framtid.

Eftersom utvärderingsprocessen startade när projektet varit igång en längre tid har utvärderingsfynden framförallt kommit att påverka utvecklingen under den senare delen av projektet. Även om denna utvärdering inte främst skulle vara ett verktyg för verksamhetsutveckling har den alltså ändå bitvis fått karaktären av en formativ utvärdering vilken, enligt Karlsson (1998), har som syfte att förbättra en pågående verksamhet.

Etiska aspekter

I ett tidigare avsnitt har jag tagit upp några metodmässiga svårigheter med min dubbla roll som utvärderare/forskare och projektledare. Denna problematik kan också diskuteras ur ett etiskt perspektiv. Alver och Öyen (1997) menar att det finns ett nära samspel mellan metodiska tillvägagångssätt och etiska värderingar. I datainsamlandet med kvalitativ metod interagerar forskaren/utvärderaren med informanterna och det empiriska materialet inte bara inhämtas utan skapas genom denna interaktion. Forskarens närhet till individ och forskningsområde är grundläggande och det krävs empati och förståelse för den intervjuades situation samtidigt som metoden kräver analytisk distans. Det förtroendeförhållande eller den vänskapsliknande relation som skapas mellan utvärderaren och den intervjuade och som krävs för den förståelse som är central för den kvalitativa metoden kan, enligt Alver och Öyen (1997), också bli metodens svaga led. De nära relationerna mellan utvärderaren och de intervjuade kan leda till att resultaten och slutsatserna anpassas till de intervjuades förväntningar. Detta kan medföra att det som Alver och Öyen (1997) kallar "det osympatiska, det disharmoniska och det problematiska" (ibid.) inte kommer med i utvärderingen. I arbetet med utvärderingen av mansmottagningen har det naturligtvis funnits en risk att jag, av rädsla att skada mina relationer till de inblandade aktörerna, inte har kunnat distansera mig tillräckligt från de intervjuade och intervjumaterialet. Diskussionerna i handledningen har dock hjälpt mig att inte väja för vissa teman och att inte "censurera" framställningen. För att inte påverkas att ändra eller tillrätalägga det som jag valt att ta upp i diskussionsdelen och i utvärdering-

ens slutsatser har jag inte systematiskt återkopplat eller diskuterat dessa delar med de berörda aktörerna under arbetets gång. De har endast fått tillfälle att läsa och kommentera resultatdelen.

Ett annat etiskt dilemma som aktualiserades inför intervjuerna var förknippat med intervjupersonernas anonymitet och eventuella konsekvenser för dem att delta i intervjuerna. Full konfidentialitet gick inte att garantera eftersom de flesta som intervjuades tillhörde den relativt begränsade grupp som arbetade eller hade arbetat på mottagningen eller som ingått i styrgruppen. Kvale (1997) menar att om det i en undersökning blir aktuellt att publicera information som potentiellt kan kännas igen av andra, måste undersökningspersonerna godkänna att denna information lämnas. Samtliga intervjuade fick information om detta innan intervjuerna och fick också möjlighet att läsa och kommentera processbeskrivningen där deras intervjuer används och citerats. Ingen av de intervjuade har motsatt sig publicering men smärre justeringar av citaten har gjorts i enlighet med intervjupersonernas önskemål.

När det gäller att etiskt bedöma konsekvenserna för personer som deltar i en intervjuundersökning handlar det, enligt Kvale (1997), om att minimera risken att en undersökningsperson lider skada och att sätta den risken i relation till betydelsen av den kunskap som erhålls genom att genomföra intervjuerna. Alver och Öyen (1997) menar att de skador som det kan handla om är att den enskilde eller den grupp som han/hon tillhör känner sig kritiserad, missförstådd, uthängd eller stigmatiserad. I utvärderingen av mansmottagningen fanns naturligtvis risk för att de intervjuade skulle uppleva att deras utsagor skulle bidra till en negativ bild av dem själva eller projektet. Den potentiella risken att uppleva negativa konsekvenser av deltagandet skiljde sig förmodligen från person till person. Faktorer som hur nära involverad i mottagningen personen var, vilken yrkesgrupp eller organisation han eller hon representerade och om personen fortfarande verkade inom projektet kan ha varit avgörande för hur han eller hon uppfattade intervjusituationen och resultaten. Inför intervjuerna uppmärksammades deltagarna på möjliga negativa konsekvenser men inte någon valde att avstå från att bli intervjuad. Samtliga intervjupersoner var villiga att bidra till utvärderingen och att ställa sin tid till förfogande för en intervju. Kvale hävdar att i det idealiska fallet bör det råda en ömsesidighet i vad intervjupersonerna ger och vad de mottar genom sitt deltagande i en intervju. Alver och Öyen (1997) menar att ett sätt för forskaren/utvärderaren att prestera något tillbaka är att rapportera om resultaten på ett begripligt sätt. Min förhoppning är att deltagarna i utvärderingen inte bara ska ha uppfattat att de blivit kritiskt granskade utan att de också genom utvärderingen kan få syn på starka sidor i verksamheten och få underlag till att utveckla mottagningens arbete.

Slutsatser

I detta avsnitt redovisas både slutsatser som kan relateras till studiens ursprungssyften och andra konklusioner som kan härledas till fenomen som blivit synliga under processutvärderingens gång.

Utifrån beskrivningen och tolkningen av projektets process visar utvärderingen att projektet har lyckats skapa en i sitt slag unik mottagning som arbetar både traditionellt kliniskt och hälsofrämjande och utåtriktat. Det har så småningom gått att nå fram till en målgrupp som är prioriterad inom det hiv- och STI-förebyggande arbete och som uppfattats som svår att nå. Vägen fram till en fungerande verksamhet har dock varit lång och krokig och har kantats av svårigheter och motstånd.

Utvärderingen har inte haft för avsikt att belysa direkta effekter i målgruppen. För att göra detta hade det krävts studier utifrån andra frågeställningar än de som har varit utgångspunkten i denna utvärdering. Ett syfte med utvärderingen var dock att granska hur verksamheten fungerade och bedöma den i relation till mottagningens mål. Flera av projektets mål uttryckte en strävan att öka männens kunskap om kropp, sexualitet och prevention. Det uttalat pedagogiska förhållningssättet till besökarna på mottagningen, tillsammans med utbildningsinsatserna, kan antas ha bidragit till en ökad medvetenhet och höjd kunskapsnivå bland männen när det gäller sexualitet och hälsa.

Mottagningens manliga profil visade sig vara betydelsefull för en majoritet av de tillfrågade besökarna. Även om inte alla män upplever behov av en mottagning bara för män och med manlig personal, bidrar mansmottagningen till att öka det relativt begränsade utbudet av specialiserad hälsoservice för män. Mansmottagningen kan därför sägas bidra till att minska ojämlikheten mellan män och kvinnor när det gäller tillgång till rådgivning, undersökning, vård och behandling av problem relaterade till den sexuella och reproduktiva hälsan vilket var ett av målen för mottagningen.

I utvärderingens syfte ingick att granska mottagningen ur ett hälsofrämjande perspektiv. Resultaten pekar på att det arbetssätt som vuxit fram under projektets gång kan bidra till att främja mäns sexuella och reproduktiva hälsa genom att göra det möjligt för männen att ta ansvar för sin hälsa och göra hälsosamma val. Arbetssättet bygger på ett hälsofrämjande synsätt där mannens egna behov av kunskap, rådgivning och hälsoservice har satts i centrum och där kliniskt arbete förenas med hälsoutbildning och informationsinsatser på olika arenor. Personalens bedömning att besökarna hade fått en ökad benägenhet att testa sig för STI, även utan sjukdomssymtom, och att de visade en större medvetenhet om riskbeteende och intresse för

kondomanvändning, antyder att mottagningens arbetssätt kommit att bidra till ett mer hälsofrämjande beteende.

Att arbeta *både* kliniskt och med utåtriktade insatser tycks ha lett till en korsbefruktning som bidrog till att personalen kunde utforma sitt arbete efter männens behov. Kunskap om målgruppens frågeställningar och behov, som blev synliga i det utåtriktade arbetet, kunde användas i mötet med den enskilda patienten på mottagningen. På motsvarande sätt gav frågor som patienterna tog upp på mottagningen underlag till hälsoutbildningen. Detta gjorde det möjligt att anpassa insatserna efter målgruppens behov, t.ex. till deras mångkulturella bakgrund. Genom resultaten från kursutvärderingar och en besöksenkät blev det tydligt att man lyckats tillgodose behovet hos såväl kursdeltagare som patienter.

Eftersom det i den traditionella mansrollen finns faktorer som motverkar hälsofrämjande beteenden och som gör män mer sårbara, är mottagningens ambition att möta mäns sexuella hälsoproblem utifrån ett manligt perspektiv viktig. Den empowermentinriktade strategi som personalen använde bör kunna stärka männen och öka deras förmåga att ta ansvar för sin sexuella hälsa.

Utvärderingen syftade även till att bedöma mottagningens framtida utvecklingsmöjligheter. Förutsättningarna för mansmottagningen fortsatta verksamhet och utveckling har visat sig vara beroende av möjligheterna att finna organisatorisk tillhörighet och permanent finansiering. Detta blev en av projektets svagaste punkter. Projektet byggdes upp med målsättningen att arbeta utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv vilket i praktiken inte är särskilt prioriterat eller utvecklat inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Initiativet till projektet togs också från enheter inom landstingets folkhälsostruktur vilka kan sägas vara mer ”marginella” i jämförelse med traditionella hälso- och sjukvårdsverksamheter. Projektet förefaller ha fått stöd från den politiska nivån men avsaknaden av förankring inom administrationen, d.v.s. i beställarorganisationen, innebar svårigheter att integrera mottagningen i den ordinarie hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det skulle därför ha behövts ytterligare insatser under hela projektperioden för att involvera och förankra projektet på alla nivåer.

I utvärderingen framkom att strategin att bygga projektet på tvärssektoriell samverkan fungerade dåligt. Syftet med partnerskap och samverkan tycks inte ha granskats och analyserats tillräckligt under planeringsperioden och detta bidrog förmodligen till att uppbyggnadsfasen blev onödigt utdragen och problematisk. Istället för att skapa synergieffekter blev det tvärssektoriella samarbetet en hindrande faktor för projektets utveckling. Detta visar på behovet att kritiskt granska och pröva folkhälsoarbetets ofta idealiserade bild av tvärssektoriellt samarbete.

I arbetet med att utveckla en ny verksamhet visade det sig att personalgruppens

sammansättning och kompetens var central. Till skillnad från den kliniska, medicinska verksamheten var det psykosociala arbetet och de utåtriktade aktiviteterna de delar i projektet som krävde mest nyskapande. Så länge det saknades adekvat psykosocial och hälsofrämjande kompetens i personalgruppen och rimliga förutsättningar, t.ex. när det gällde arbetstiden, skedde ingen metodutveckling. När personalgruppens kompetens förstärktes och personalen fick andra tidsmässiga möjligheter utvecklades det hälsofrämjande och det psykosociala arbetet och blev mer effektivt. Erfarenheterna illustrerar att det på ett tidigt skede i projektplaneringen behövs en noggrann bedömning av vilken kompetens som kommer att behövas och hur arbetsvillkoren bör utformas för att ett utvecklingsarbete ska komma till stånd.

Denna utvärdering har genom sin processinriktade karaktär och genom att huvudsakligen bygga på kvalitativa metoder försökt belysa projektet ur flera synvinklar och lyfta fram starka och svaga sidor i upplägg och genomförande. Eftersom jag genomfört utvärderingen parallellt med mitt arbete som projektledare, har utvärderingen med all säkerhet brister när det gäller den kritiska granskningen och speglingen av fler perspektiv än mitt eget. Även om detta i viss mån har motverkats genom regelbunden handledning så skulle ändå resultaten, analyser och tolkningar ha kunnat breddas och fördjupas, t.ex. genom diskussioner med fler forskare eller kollegor eller genom att en utanförstående och oberoende utvärderare hade engagerats. Samtidigt har min koppling till projektet inneburit att vissa av utvärderingsresultaten har kunnat användas i projektutvecklingen redan under utvärderingens gång. Min ambition är också att min fortsatta kontakt med mansmottagningen ska leda till att utvärderingsresultaten kan återföras och användas i den fortsatta utvecklingen av verksamheten. Vissa erfarenheter som blivit synliga genom processutvärderingen, t.ex. när det gäller tvärsektorielt samarbete och implementering av nya verksamheter, kan förhoppningsvis även vara användbara i utvecklingen av andra hälsofrämjande insatser.

Tack

Utan många människors engagerade medverkan och stöd hade inte denna utvärdering kunnat genomföras. Jag vill särskilt tacka nuvarande och före detta medarbetare på Järva mansmottagning och andra projektaktörer som ställt upp på intervjuer och därigenom gett värdefullt underlag till utvärderingen. Ett speciellt tack går till Erik Gustavsson, verksamhetschef på Järva mansmottagning, för givande diskussioner, kreativa idéer och gott samarbete.

Jag vill också rikta ett varmt tack till mina handledare: Marianne Parmander som under hela utvärderingsprocessen outtröttligt väglett mig och bidragit med ovärderliga kunskaper, kloka synpunkter och mycket stöd. Per Tillgren har som huvudhandledare på KI granskat och gett värdefulla råd. Ett tack går också till min kollega Lena Mobrandt på Lafa för uppmuntran och kontinuerligt stöd samt till övriga medarbetare på Lafa som på olika sätt stöttat mitt arbete. Allra sist vill jag tacka min familj som, nästan utan att klaga, tålmodigt har backat upp och respekterat mitt jobb med utvärderingen.

Ordförklaringar

Aids	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
BV	Beställare Vård
BVC	Barnavårdscentral
FHI	Statens folkhälsoinstitut
FSUM	Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar
Hiv	Humant immunbristvirus
HPU	Hälso- och psykiatriutskottet
KS	Karolinska Universitetssjukhuset Solna
Sesam	Sex- och samlevnadsmottagning
Lafa	Landstinget förebygger aids
MVC	Mödravårdscentral
NSSO	Norra Stockholms Sjukvårdsområde
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter (t.o.m. 2006 Riksförbundet för sexuellt likaberättigande)
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
SFI	Svenska för invandrare
STI	Sexually Transmitted Infections, sexuellt överförda infektioner
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World Health Organization

Referenser

ALVER, B G & ÖYEN, Ö (1997)

Etik och praktik i forskarens vardag. Lund: Studentlitteratur.

ARMSTRONG, B (2003)

The Young Men's Clinic: Addressing Men's Reproductive Health and Responsibilities. (Elektronisk). Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 35 (5) s. 220-225. PDF-format. Tillgänglig: <http://www.gutmacher.org/pubs/psrh/full/3522003.pdf> (2007-09-25).

CARLSSON, S & JÄDER, J (2006)

Möjligheter och hinder för samarbete mellan kommun och landsting. En utvärdering av Stockholms läns diabetespreventiva program. Arbetsrapport 2006: 34B. Eskilstuna: Centrum för välfärdsforskning & Mälardalens utvärderingsakademi.

COHEN, S & BURGER, M (2000)

Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health. Technical Paper No. 3. (Elektronisk). New York: United Nations Population Fund. PDF-format. Tillgänglig: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/170_filename_partnering.pdf (2007-07-30).

DELADE STÄDER (1997)

Betänkande av Storstadskommittén. Socialdepartementet. Statens offentliga utredningar (SOU) 1997:118. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/13/91F7404d.pdf> (2006-12-29).

ENGENDERHEALTH (2003)

Men's Reproductive Health Curriculum. 2. Counselling and Communicating with Men. (Elektronisk). New York: EngenderHealth. PDF-format. Tillgänglig: http://www.engenderhealth.org/aids/pdfs/tech-library/mens_reproductive_health/mrh-2-counseling.pdf (2007-02-07).

EWLES, L & SIMNET, I (2005)

Hälsoarbete. Lund: Studentlitteratur.

FAMILJEPLANERING OCH ABORT: ERFARENHETER AV NY LAGSTIFTNING (1983)

Betänkande av 1980 års abortkommitté. Statens offentliga utredningar (SOU) 1983:31. Stockholm: Liber förlag.

FRIDOLF, M (2001)

Personal, chefer och politiker om samarbete. Återkommande riksenkät om motiv, hinder och resultat av samarbete. Stockholm: Socialstyrelsen. (Underlag från experter).

FSUM (FÖRENINGEN FÖR SVERIGES UNGDOMSMOTTAGNINGAR) (2002)

Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: <http://www.fsum.org/policysv.pdf> (2006-10-18).

- GJESTLAND, T (1963)
I Ingbe, G (1973) Socialmedicin 1. Metodik och sjukdomspanorama.
Stockholm: Esselte Studium AB.
- GRANSTRÖM, K (2000)
Dynamik i arbetsgrupper. Om grupprocesser på arbetet. Lund: Studentlitteratur.
- GUBA, E & LINCOLN, Y (1989)
Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- GULDBRANDSSON, K (2007)
Från nyhet till vardagsnytta. Om implementering av hälsofrämjande metoder. (Elektronisk).
Östersund: Statens folkhälsoinstitut. PDF-format. Tillgänglig:
<http://www.fhi.se/upload/ar2007/Rapporter%202007/Att%20implementera.pdf>
(2007-09-27).
- HAGLUND, B J A & SVANSTRÖM, L (1995)
Sambällsmedicin – en introduktion. Lund: Studentlitteratur.
- HIRDMAN, Y (1988)
Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. Kvinnovetenskaplig tidskrift, 1988:3.
- HOLBYE, E K (2005A)
Ett sexologiskt perspektiv behövs i vården. Hiv-aktuellt nr. 3 Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- HOLBYE, E K (2005B)
Mäns identitet intimt förbunden med sexualiteten. Hiv-aktuellt nr. 5.
Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- HOLME, I M & SOLVANG, B K (1996)
Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur.
- HOLTER, H (1992)
Ny kvinnopolitisk situation – ny kvinnoforskning. I Acker, J, Baude, A, Björnberg, U, Dahlström, E, Forsberg, G, Gonäs, L, Holter, H, & Nilsson, A. Kvinnors och mäns liv och arbete. Stockholm: SNS Förlag.
- HOVELIUS, B, & JOHANSSON, E (RED.) (2004)
Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur.
- HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAG (1982)
Svensk författningssamling (SFS) 1982:763. Stockholm: Fritzes.
- JANLERT, U (2000)
Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.

- KARLSSON, O (1999)
Utvärdering – mer än en metod. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- KVALE, S (1997)
Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- LAACK, S, CARLBERG, H & BERGGREN, O (1996)
Mottagning för unga män. Verksamhetsrapport och utvärdering. Stockholm: RFSU.
- LANDSTINGET FÖREBYGGER AIDS (1996)
Stockholm: Landstinget förebygger aids.
- LANDSTINGET FÖREBYGGER AIDS (2001)
Projektbeskrivning Järva mansmottagning. Stockholm: Landstinget förebygger aids.
- LENNÉER AXELSSON, B & THYLEFORS, I (2005)
Arbetsgruppens psykologi. Stockholm: Natur och Kultur.
- LEVIN, C (1990)
Att se eller se igenom – om perspektiv inom utvärderingsforskning. I Eliasson, R, Levin, C, Meeuwisse, A, & Sunesson, S. Den värderande blicken. Om utvärdering i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.
- LUNDH, B & GYÖRKI, I (1983)
Bonniers medicinska ordbok. Falkenberg: BonnierFakta Bokförlag AB.
- MAINA- AHLBERG, B, FUGELSANG, M & JOHANSSON, A (1998)
Men, Sexuality and Reproductive Health. (Elektronisk). Stockholm: SIDA, Health Division Document, No. 9. PDF-format. Tillgänglig:
<http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=118&a=2505&searchWords=Men,%20Sexuality%20and%20Reproductive%20Health> (2007-09-25).
- MEDIN, J & ALEXANDERSSON, K (2000)
Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur.
- MÅL FÖR FOLKHÄLSAN (2002)
Proposition 2002/03:35. (Elektronisk). Stockholm: Socialdepartementet.
PDF-format. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf> (2006-12-29).
- NAIDOO, J & WILLS, J (2007)
Folkhälsa och hälsofrämjande insatser. Lund: Studentlitteratur.
- NILSSON, A (U.Å.)
Sex- och samlevnadsarbetet i Tensta-Rinkeby, kartläggning av resurssystemet. Stockholm: Samhällsmedicin Syd, Landstinget förebygger aids.

NILSSON, B (2005)

Samspel i grupp. Lund: Studentlitteratur.

NUTBEAM, D & HARRIS, E (1999)

Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory. Roseville: McGraw-Hill Book Company Australia Pty Limited.

NUTBEAM, D (1998)

Health Promotion Glossary. (Elektronisk). WHO (World Health Organization): Geneva. PDF-format. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> (2007-09-25).

NYCOP, C-A (1973)

40 år med RFSU: sexualupplysning i Sverige från 30-talet till idag: preventivfrågan, abortfrågan, sexualundervisning i skolan, RFSU idag. Stockholm: RFSU.

NÄRVINEN, A-L (1999)

När kvalitativa studier blir till text. Lund: Studentlitteratur

OHLSSON, L (1990)

Du måste utvärdera! I Eliasson, R, Levin, C, Meeuwisse, A & Sunesson, S. Den värderande blicken. Om utvärdering i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.

PARMANDER, M (2005)

Från idé till verklig förändring. Lund: Studentlitteratur.

PATTON, M Q (2002)

Qualitative Research & Evaluation Methods. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

POTVIN, L, HADDAD, S & FROHLICH, K L (2001)

Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. I WHO (World Health Organization) Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications European Series. No. 92.

RAO GUPTA, G (2000)

Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How. Canadian HIV/AIDS Policy & Law Review, Volume 5, No. 4. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=821> (2005-10-27).

RFSU (RIKSFÖRBUNDET FÖR SEXUELL UPPLYSNING)

Viktiga årtal och reformer. (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.rfsu.se/viktiga_artal_och_reformer.asp (2006-10-09).

RTK (REGION- OCH TRAFIKPLANEKONTORET) (2006)

Statistik. Områdesdata. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: <http://rtk.sll.se/stat/index.htm> (2006-01-19).

ROOTMAN, I (2001)

Introduction to the book. I WHO (World Health Organization) Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications European Series. No. 92.

ROOTMAN, I, GOODSTADT, M, POTVIN, L & SPRINGETT, J (2001)

A framework for health promotion evaluation. I WHO (World Health Organization) Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications European Series. No. 92.

RÄTTEN TILL ABORT. 1965 ÅRS ABORTKOMMITTÉ (1971)

Statens offentliga utredningar (SOU) 1971:58. Stockholm.

SMITTSKYDDSENHETEN (2006)

Statistik. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.smittskyddsenheten.nu/> (2006-10-15).

SMITTSKYDDSLAG (2004)

Svensk författningssamling (SFS) 2004:169. Stockholm: Fritzes.

SOCIALSTYRELSEN (2005)

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2005:12). (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.pdf (2007-09-16).

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (2005)

Folkhälsopolitisk rapport R 2005:5. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: http://www.fhi.se/templates/Page_6719.aspx (2007-10-02).

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (2002)

Födelselandets betydelse – om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 2002:29.

STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (2001)

STD/hiv-prevention. Nationell handlingsplan för STD/hiv-prevention under perioden 2000- 2005. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 2001:14.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING. (2005)

Befolkningens hälsa och behov av närsjukvård – ett kunskapsunderlag – Kista, Rinkeby, Spånga-Tensta. Sjukvårdsberedningen Stockholm Västerort, Närsjukvård Stockholm. Stockholm: Stockholms läns landsting.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2002)

Handlingsprogram STI/hivprevention 2002. Medicinskt Program Arbeta 5. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (1998)

Kvalitetssäkring för ungdomsmottagningar – en inspirationsskrift. Ett samverkansprojekt mellan Södra Stockholms sjukvårdsområde, Landstinget förebygger aids och sösam. Stockholm: Stockholms läns landsting.

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2006)

Kvalitetsutveckling. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.hsn.sll.se/kvalitetsutveckling/> (2007-09-16).

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2007)

Uppdragsguiden. (Elektronisk). Tillgänglig: http://www.uppdragsguiden.sll.se/b_templates/B_SubProcessPage.aspx?id=13971 (2007-09-16).

SVEDBERG, L (2007)

Gruppsykologi. Om grupper, organisationer och ledarskap. Lund: Studentlitteratur.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (2003)

In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide. (Elektronisk). New York: The Alan Guttmacher Institute. PDF-format. Tillgänglig: http://www.guttmacher.org/pubs/itor_intl.pdf (2007-09-25).

THOMSSON, H (2002)

Reflexiva intervjuer. Lund: Studentlitteratur.

TRE STÄDER. EN STORSTADSPOLITIK FÖR HELA LANDET (1998)

Slutbetänkande av Storstadskommittén. Socialdepartementet. (Elektronisk). Stockholm: Fritzes. Statens offentliga utredningar (SOU) 1998:25. PDF-format. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/49/27/b029ed42.pdf> (2006-12-29).

TROST, J (1997)

Kvalitativa intervjuer. Lund: Studentlitteratur.

UN (UNITED NATIONS) (1994)

Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html> (2006-01-19).

UNFPA (UNITED NATIONS POPULATION FUND) (2006)

Youth friendly services. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.unfpa.org/swp/2003/english/ch5/page3.htm> (2006-10-18).

VEDUNG, E (1998)

Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur.

VETENSKAPSRÅDET (2002)

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000360/HS_15.pdf (2007-09-05).

WALLÉN, G (1996)

Vetenskapsteori och forskningsmetodik. Lund: Studentlitteratur.

WALLER, O (2002)

Olle Waller om sex. Stockholm: Wahlstrand & Widstrand.

WESTIN, C M. FL. (1999)

Mångfald, integration, rasism och andra ord. Stockholm: Socialstyrelsen. (SoS-Rapport 1999:6).

WIDERBERG, K (2002)

Kvalitativ forskning i praktiken. Lund: Studentlitteratur.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (1986)

Ottawa Charter on Health Promotion. (Elektronisk). WHO: Genève. PDF-format. Tillgänglig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (2007-09-25).

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2006)

Gender and reproductive rights. Sexual health. (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html#3> (2006-10-10).

ÅGREN, G (2003)

Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut. (Elektronisk). PDF-format. Tillgänglig: http://www.fhi.se/templates/Page_1233.aspx (2007-10-02).

Bilaga

Bilaga 1.

Frågeguide för intervju med sjuksköterska/verksamhetschef

Hur jobbar ni på JMM?

- Hur är jobbet upplagt?
- Vad gör sjuksköterskan/verksamhetschefen?
- Vad gör de andra – kuratorn, läkaren?

Hur kom det sig att du började på JMM?

- Vad fick du för föreställningar om projektet i början?
- Kunde du påverka uppläggningsen av projektet?
- Kunde du påverka uppläggningsen av mottagningens arbete?

Hur ser du på mottagningens organisation?

- Kan du beskriva hur mottagningens organisation ser ut?
- Hur har organisationen fungerat för dig?
- Hur har projektledningen fungerat?
- Styrkor/svagheter?
- Har du som verksamhetschef fått det stöd du behöver?
- Hade du önskat något mer/något annat?
- Hur har samarbetet fungerat mellan er som jobbar på mottagningen?
Sjuksköterska – kurator
sjuksköterska – läkare
kurator – läkare
- Vilket stöd har personalgruppen fått?
- Har personalgruppen fått det stöd den behöver?

Vilka patienter kommer till JMM?

- Vad söker patienterna för?
- Vilken hjälp får dom?
- Är det några patienter som ni inte når?
- Vad tror du patienterna tycker om JMM?
- Hur tycker du kvalitén är på patientarbetet?

Hur ser den utåtriktade verksamheten ut?

- Vilka utåtriktade aktiviteter har ni gjort?
- Hur har ni lagt upp arbetet?
- Hur har det gått?
- Hur har ni tagits emot?
- Hur tycker du kvalitén är på det utåtriktade arbetet?
- Är de utåtriktade aktiviteterna viktiga? På vilket sätt?

Vilka samarbetar ni med?

- Hur ser samarbetet ut?
- Vad ger det?
- Hur har det fungerat? Styrkor/svagheter?
- Är det några som är särskilt viktiga att samarbeta med?
- Är det några andra du skulle vilja samarbeta med?

Vad tror du om JMM:s framtid?

- Vad skulle du vilja utveckla i verksamheten?
- Finns det något i mottagningens arbete du skulle vilja ändra på?
- Vilket stöd behöver JMM i framtiden?
- Vilken organisation vill du att JMM ska tillhöra?

