



SLUTRAPPORT – 17 februari 2010



Utvärdering av Program Sexuell hälsa
Västra Götalandsregionen

Linda Olsson

NHV:s rapportserie 2010:c R



Nordiska högskolan
för folkhälsovetenskap



norden

Nordiska ministerrådet

NHV-rapport 2010:6 R

ISBN: 978-91-85721-89-4

ISSN: 0283-1961

© Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, 2010.

Författaren är helt ansvarig för rapportens metod, teori, resultat och slutsatser.

SAMMANFATTNING

Inledning

NCHSA har fått i uppdrag av Enheten för hivprevention i Västra Götaland att utvärdera Program Sexuell hälsa. Programmet startade 1999 och har inte tidigare varit föremål för extern utvärdering. Programmet vänder sig till medarbetare inom hälso- och sjukvård som arbetar inom fältet sexuell hälsa. Dess övergripande mål är att finna effektiva strategier och metoder i arbetet med prevention av STI/hiv och oönskade graviditeter och många insatser har genomförts av programmet för att infria detta mål.

Genomförande

Syftet med utvärderingen är att beskriva och utvärdera programmet med avseende på verksamhetsinriktning, arbets- och organisationsform och resultat. Den teoretiska plattformen utgörs av samverkansteori och nätverksteori med fokus på interorganisatoriska nätverk.

Utvärderingen genomfördes med hjälp av dokumentstudie, direkt observation, självvärdering samt individuella intervjuer. Resultatet har analyserats utifrån åtta bedömningskriterier; programmets inriktning, organisering, samverkan mellan berörda parter, räckvidd, utveckling, engagemang, nytänkande och inverkan på slutmålgruppen.

Resultat

- Utvärderingen visar att programmet har många nätverk, projekt och utbildningar under sitt paraply vilket haft stor betydelse för programmets primära målgrupp – professionen. Beträffande slutmålgruppen – allmänheten – föreslås ett ökat fokus på primärprevention.
- Programmets organisering fungerar samtidigt som det är svårt att definiera programmet i sig.
- Samverkan mellan de deltagande aktörerna har möjliggjorts tack vare programmet. De främsta effekterna har varit kortare kontaktvägar och praktiska fördelar i det vardagliga arbetet med slutmålgruppen.
- Information och kunskap når den primära målgruppen – medarbetare inom olika verksamheter som arbetar med sexuell hälsa – men det återstår arbete innan programmet når ut i hela VGR.
- Programmet har både höjt kunskapen och förändrat arbetssättet hos den primära målgruppen.
- Att skapa engagemang är en av programmets styrkor. Känsla av sammanhang och ökad kunskapsnivå bidrar till arbetslust.

- Programmet har förutsättningar att vara nytänkande, framför allt genom referensgruppen. Det är dock tveksamt om innovationer uppkommer genom gruppens försorg.
- Det finns tydliga sekundära vinster för slutmålgruppen med programmet men ansatsen är långsiktig och resultaten är för närvarande svåra att mäta.

Strategiska frågeställningar inför framtiden

1. Är det tid för referensgruppen att välja spår? På vilket sätt gör gruppen mest nytta? Som utvecklingsgrupp? Problemlösningssgrupp? Förankringsgrupp? Referensgrupp?
2. Hur blir programmet och dess aktiviteter i större utsträckning en hela regionens angelägenhet?
3. Hur stärks programmets länk till närsamhället för att möta de specifikt lokala behoven?
4. Hur kan programmet bidra till att primärprevention ges ökad status hos programets medverkande aktörer?
5. Hur mäts sexuell hälsa hos slutmålgruppen? Kan en samling indikatorer över gruppens kunskaper, attityder, uppfattningar och kanske riskbeteende som används över hela regionen vara en framkomlig väg?

INNEHÅLL

Introduktion	5
Om NCHSA	
Området Sexuell hälsa	
Program Sexuell hälsa	
Om utvärderingsuppdraget	
Utvärderingens frågeställning och syfte	
Teoretisk plattform	10
Samverkansteori	
Nätverksteori	
Metod	14
Utvärderingsmodell	
Datainsamling	
Granskningsmetod	
Validering	
Etiska överväganden	
Styrgrupp	
Resultat	18
Inledning	
Självvärderingen	
Intervjustudien	
Värdering av programmet utifrån formulerade bedömningskriterier	39
Diskussion och slutsatser	42
Verksamhetsinriktning	
Arbets- och organisationsform	
Resultat	
Strategiska frågor inför framtiden	
Referenslista	46
Litteratur	
Besökta webbplatser	

Introduktion

Om NCHSA

Inledningsvis följer en kort beskrivning av Nordic Centre for Health and Social Assessment (NCHSA) som fått uppdraget att genomföra denna utvärdering av Program Sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen. NCHSA bildades 2008 och är verksamt vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV). NCHSA erbjuder välfärdsorganisationer i Norden utvärderingskompetens. NCHSA har ett kunskapsnätverk knutet till NHV med forskare från olika discipliner som alla tillämpar vetenskaplig metodik.

Sedan ett par år tillbaka är "intersektoriell samverkan" ett spetsområde inom Health Management som etablerats vid NHV. Det innebär fokus på organisering, styrning och ledning av gränsöverskridande samverkan och samarbete. NHV har ett flertal kurser inom området samt empiriskt baserade forskningsprojekt kring samverkan i vårdkedjor, närsjukvård, kvalitetsarbete, rehabilitering och psykiatri. För mer information om NCHSA, besök www.nchsa.se.

Området Sexuell hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett ämnesområde som inbegriper många perspektiv. Sexuell hälsa kan definieras som fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten. Det handlar såväl om frånvaron av sjukdomar och sexuella dysfunktioner som om möjligheten att ha fungerande sexuella relationer (Jfr Glasier et al. 2006). Begreppet omfattar frågor kring sexuellt överförbara infektioner (STI) och hiv, oönskade graviditeter, preventivmedel, aborter, sexuellt våld och information och rådgivning kring sexualitet och reproduktion. Sexuell hälsa handlar också om att inte diskrimineras på grund av sitt kön eller sexuella läggning (Jfr EpC 2005, www.rfsl.se, UD info 2006). Den sexuella hälsan kan påverkas av samhälleliga faktorer som attityder och sexuellt beteende samt psykisk hälsa, akuta och kroniska sjukdomar och våld.

Världshälsoorganisationens Europakontor gav 2001 ut en regional strategi för sexuell och reproduktiv hälsa (WHO 2001). År 2004 lanserade Världshälsoorganisationen en global strategi för reproduktiv hälsa. Denna antogs också i Sverige (WHO 2004). År 2003 fick Sverige nya nationella mål för folkhälsan med elva målområden. Mål sju handlar om "Gott skydd mot smittspridning" och mål åtta handlar om "Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa" (Statens folkhälsoinstitut 2003).

I ett internationellt perspektiv betraktas FN:s internationella konferens om befolkning och utveckling i Kairo 1994 som ett genombrott. I ett aktionsprogram kallat Kairoprogrammet slogs fast att befolkningsfrågor inte enbart kan lösas genom statlig befolkningspolitik utan genom att ge individen förutsättningar att bestämma över sin egen kropp, sin sexualitet och sitt barnafödande. Även om framsteg har gjorts sedan Kairokonferensen är frågan fortfarande tabubelagd i stora delar av världen

(Jfr Glasier et al. 2006, www.rfsu.se). Det internationella samfundet har på senare år även uppmärksammat behovet av att integrera sexuell och reproduktiv hälsa och prevention och behandling av hiv. Hiv är i huvudsak en sexuellt överförbar infektion men kan också överföras genom graviditet, förlossning eller amning. Hiv smittar även via blod. Den har gemensamma grundorsaker; fattigdom, ojämlikhet och social marginalisering (www.who.int).

Området sexuell hälsa förutsätter nära samverkan mellan de professioner och verksamheter som är aktiva inom arbetsfältet. Detta också av skälet att patienter som söker vård kan nå denna via flera olika ingångar. Patienter förväntar sig och behöver mötas av ett koordinerat utbud. Somliga kommer till ungdomsmottagningar, andra via STI-mottagningar och ytterligare andra till gynekologmottagningar. Vid dessa mottagningar kan patienten söka för bland annat könssjukdomar, preventivmedelsrådgivning, graviditetstest, sexuell problematik och cytologprov. Man kan mötas av specialistläkare, barnmorskor, specialistsjuksköterskor, kuratorer och psykologer. Behovet att finna enhetliga förhållningssätt och rutiner i mötet med de gemensamma patientgrupperna är lika uppenbart som nödvändigt. Med andra ord behöver de inblandade verksamheterna en gemensam syn på ämnet sexuell hälsa.

Det finns påtagliga skillnader mellan aktörerna. Man närmar sig det gemensamma området med olika kunskaper. Kunskapsutvecklingen sker vanligtvis separat. Det betyder att venerologi, gynekologi och ungdomsmottagningarnas professioner har sina respektive mötesplatser för kunskapsutveckling. Även om man har ett gemensamt ämnesområde, i det här fallet sexuell hälsa, betraktar man verkligheten utifrån olika kunskap och roller. Det tar lång tid att lära sig samspela inom ett ämnesområde man upplever som gemensamt.

Arbetsområdet är stort, förutsättningarna ändras genom att nya läkemedel tillkommer som påverkar förebyggande arbete och behandlingsrutiner, till exempel bromsmediciner, vaccin och "dagen-efter-piller". Förändrade attityder och beteenden hos slutmålgruppen påverkar också det förebyggande arbetet. Till exempel tycks det finnas ett gap mellan kunskap kring säkrare sex och hur man i praktiken handlar. En svensk studie av män som har sex med män visar att oskyddade samlag är vanligt förekommande och att budskapet om säkrare sex omtolkas för att passa det egna beteendet (Tikkanen 2008). En förklaring uppges vara att hiv ses som mindre allvarlig efter introduktionen av bromsmediciner.

Området sexuell hälsa inom hälso- och sjukvården regleras av hälso- och sjukvårdslagen samt smittskyddslagen.

Program Sexuell hälsa

Historik

Program Sexuell hälsa startade 1999 under namnet Projekt Sexuell hälsa. Initiativet togs av dåvarande biträdande smittskyddsläkaren Karin Stenqvist (nu Regionöverläkare) och professor Gun-Britt Löwhagen vid Hudkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Stenqvist och Löwhagen, inspirerade av Sesam-projektet som startats i

Stockholm¹, såg ett behov av samsyn och samverkan kring det förebyggande arbetet med oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar. Tillsammans skrev initiativtagarna en ansökan till Folkhälsoinstitutet om medel för att starta ett projekt där målet var att främja samverkan mellan sjukhusets olika specialiteter samt verksamheter inom primärvård och kommun i arbetet kring hiv/STI och oönskade graviditeter (Petersen 2000, Callersten Brunell 2004).

Den första åtgärden inom ramen för projektet var en inventering av aktörspecifika aktiviteter och befintliga nätverk kring sexuell hälsa i Göteborg (Petersen 2000). Den andra var att bilda en referensgrupp där Löwhagen och Stenqvist tillsammans utgjorde ledning. Såväl ledningsgruppen som referensgruppen kom snart att utökas med fler deltagare. Projektet administrerades mellan 2000-2007 med utgångspunkt i Smittskyddsenheten vilket betraktades som en viktig strategisk fördel mot bakgrund av myndighetens uppgift och mandat att samordna (Jfr Petersen 2000). Numera administreras projektet från Hivprevention i Västra Götaland (fortsatt kallad Hivprevention i VG). Enheten startade 2008 och tillhör primärvården. Enhetens uppdrag är att arbeta med förebyggande arbete mot STI och hiv i hela Västra Götaland (Morner 2008, www.hivprevention.vgregion.se). Inför ansökan om 2008 års statsbidrag från Socialstyrelsen bytte Projekt Sexuell hälsa namn till Program Sexuell hälsa. Denna studie kommer därför fortsättningsvis att använda termen Program Sexuell hälsa vid benämning av utvärderingsobjektet.

Geografiskt avgränsades programmet först till Göteborg men utökades inom ett par år till att omfatta hela Sahlgrenska universitetssjukhusets upptagningsområde samt Södra Bohuslän. Sedan september 2008 finns tre lokala samordnare projektanställda på 40 procent i Västra Götalands tre övriga sjukvårdsområden, Skaraborg, Södra Älvsborg och Fyrbodal, och programmet betraktas därmed numera som regionalt.

Programmet finansieras dels av det statliga hivbidraget efter beslut i hälso- och sjukvårdsledningen med förankring i hälso- och sjukvårdsutskottet i Västra Götalandsregionen, VGR. Dels finansieras det av VGR genom medel till Hivprevention i VG. VGR finansierar programmet via Hivprevention i VG från och med 2008.

Programmets målgrupp

Programmets målgrupp är av medarbetare på Smittskyddsenheten, mikrobiologiska laboratoriet, ungdomsmottagningar, MVC/barnmorskemottagningar, gynekologmottagningar, STI-mottagningar samt abortmottagningar. Utöver dessa tillkommer medarbetare vid specialmottagningar som Akademihälsan och mottagningen för unga män. Även frivilligorganisationer och verksamheter inom Göteborgs stad deltar i de utbildningar som genomförs inom ramen för programmet (*Program Sexuell hälsa, Ansökan till Socialstyrelsen inför 2010*). Målgruppen är således medarbetare inom verksamheter där sexuell hälsa är en viktig aspekt och inte i första hand slutmålgruppen, det vill säga allmänheten, främst ungdomar och unga vuxna samt riskutsatta grupper och särskilt riskutsatta grupper.

¹ Sesam är ett samarbete mellan hudkliniken och kvinnokliniken på Karolinska Universitetssjukhuset. Sesam har även utbildnings- och samordningsfunktion för primärvården samt ungdomsmottagningarna i respektive område. (<http://www.karolinska.se/sv/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Sesam-/>)

Programmets mål

Programmet hade redan från början en tydlig målsättning vilken var att skapa ett gemensamt handlingsprogram beträffande prevention av STI/hiv och aborter. Grundtanken var att förebygga oönskade graviditeter och STI/hiv utifrån ett helhetsperspektiv kring sexuell hälsa. Man formulerade ett par år efter programstarten ett syfte, ett övergripande mål och ett antal delmål.

Programmets mål och delmål har under tiden denna studie genomförts omarbetats av referensgruppen och de uppdaterade målen finns att läsa i *Program Sexuell hälsa – Göteborg, Södra Bohuslän* från november 2009. Här nedan redovisas emellertid den tidigare versionen av målen eftersom det är dessa som denna studie utgått ifrån.

Programmets syfte är att förbättra den sexuella hälsan i Västra Götaland. Det övergripande målet är att finna effektiva strategier och metoder i arbetet med prevention av STI och oönskade graviditeter.

Programmet har sju delmål. Dessa är att:

- verka för en gemensam strategi och kunskapsbas på mottagningar som arbetar med att förebygga STI och oönskade graviditeter
- verka för att handlingsplaner för att förebygga oönskade graviditeter och STI koordineras
- erbjuda gemensam vidareutbildning för berörd personal
- lyfta fram behoven hos åldersgruppen 20-30 år, eftersom vi här finner flest könsjukdomar och aborter
- arbeta för ökad tillgänglighet på mottagningarna, särskilt för män
- arbeta för ett fullgott psykosocialt och medicinskt omhändertagande på samtliga mottagningar
- skapa ett kunskapscentrum för sexuell hälsa (det vill säga en mottagning där alla berörda specialiteterna finns under samma tak, tar emot patienter samt bedriver utvecklingsarbete) (Fredén Engvall 2006).

Programorganisation

Program Sexuell hälsa, som det ser ut idag, är centrerat kring Hivprevention i VG. Förutom att enheten har det administrativa ansvaret för programmet finns Karin Stenqvist, ytterst ansvarig för programmet samt programmets samordnare för Göteborg och Södra Bohuslän här. Samordnaren är anställd på heltid sedan februari 2007. Även de tre lokala samordnarna är anställda vid Hivprevention i VG på de 40 procent av sin tjänst som samordningen utgör.

Programmet har även, sedan programmets början, en referensgrupp knuten till sig. Programmet hade tidigare också en mindre styrgrupp som rapporterade till referensgruppen. Sedan 2008 agerar referensgruppen både som referensgrupp och styrgrupp. Referensgruppen har till uppgift att samordna olika aktörer, fungera som en plattform där idéer prövas och förankras och att utbyta och sprida relevant information och kunskap (Jfr *Program Sexuell hälsa – Göteborg, Södra Bohuslän* 2009).

Referensgruppen träffas cirka 4 gånger per år och består för närvarande av 22 representanter från följande verksamheter:

- Mödrahälsovården
- Gynekologmottagningar
- Hud- och könsmottagning
- Ungdomsmottagningar
- Bakteriologiskt laboratorium
- Abortmottagningen
- Mottagningen för unga män
- Akademihälsan
- Sexualmedicinskt centrum
- Hivprevention i VG

Slutligen består programmet också av sexuell hälsa-nätverket. Nätverket utgörs av medarbetare från verksamheter som arbetar med sexuell hälsa, det vill säga målgruppen. Nätverket, som består av cirka 200 personer, har byggts upp under programmets gång.

Vid behov av specifika insatser tillsätts arbetsgrupper med deltagare från referensgruppen, nätverket och även externa samarbetspartners.

Om utvärderingsuppdraget

NCHSA har fått i uppdrag av Hivprevention i VG att genomföra en utvärdering av Program Sexuell hälsa. Intentionen är att ställa frågor om programmets fortsatta organisering, inriktning och målsättning. Programmet har inte tidigare varit föremål för extern utvärdering men det finns ett intresse både från Socialstyrelsens sida och inom Västra Götalandsregionen att få verksamheten beskriven och utvärderad. Utvärderingen är genomförd av sociolog och fil mag Linda Olsson. Linda Olsson är internationell koordinator för specialisttandläkarutbildningen och för utländska patienter vid Sahlgrenska International Care AB.

Utvärderingens frågeställning och syfte

Studiens övergripande frågeställning är hur arbetet med sexuell hälsa koordineras i en region med hjälp av programverksamhet.

Syftet med denna studie är att beskriva och utvärdera Program Sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen med avseende på:

1. Verksamhetsinriktning
2. Arbets- och organisationsformer
3. Resultat

Syftet är avgränsat på så sätt att programmets slutmålgrupp inte tillfrågas i studien.

Teoretisk plattform

Samverkansteori

Samverkan inom ramen för det moderna välfärdssystemet har kommit att bli allt vanligare under senare år. Idag producerar en rad olika organisationer/aktörer välfärdstjänster. Den ökade specialiseringen har också inneburit att antalet professioner som är involverade i dessa välfärdstjänster är betydligt fler jämfört med tidigare (Edgren 2006). Komplexiteten i de välfärdstjänster som produceras gör det svårt för en enskild aktör att på egen hand skapa värde för brukaren. Det krävs vanligtvis samverkan mellan flera aktörer med kompletterande kompetenser (Axelsson och Bihari Axelsson 2007; Edgren 2008). Samverkan har således kommit att bli välfärdsstatens nya arbetsform.

Folkhälsa är ett exempel på sådan välfärd som kräver samverkan. Mängden aktiviteter kräver att aktörer och professioner går över sina sektorsgränser och agerar gemensamt. Detta är den mest komplexa formen av samverkan, eftersom den samtidigt omfattar både en interorganisatorisk och en interprofessionell samverkan. Området har kommit att kallas intersektoriell samverkan (Axelsson och Bihari Axelsson 2007). Exempel på områden inom folkhälsa som gynnas av samverkan är flyktingmottagande (Lindencrona 2008), smittskydd, tobaksprevention och STI/hiv-prevention. Alla är områden där många aktörer är involverade för att kunna erbjuda en koordinerad lösning till medborgaren eller brukaren.

Ett övergripande mål för samverkan har varit att motverka fragmentering inom välfärdssystemet. Organisationer och myndigheter strävar efter att visa upp ett gemensamt agerande gentemot brukaren. Det betyder att uppdraget att koordinera de olika aktörernas medverkan i exempelvis en rehabilitering (primärvården, kommunens socialtjänst, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) inte längre läggs på brukaren utan sköts mellan de samverkande aktörerna (Edgren och Stenberg 2006). På detta vis finns förutsättningar att förbättra kvaliteten på den välfärd som levereras genom att tillförda resurser och kompetenser samspelar när värde ska skapas för brukaren.

I litteraturen finns många definitioner av samverkan och liknande uttryck som samarbete, samordning och koordinering. En del forskare har istället valt att använda termen integration och syftar då på olika aktörer och aktiviteter som förts samman till en större helhet (Axelsson och Bihari Axelsson 2007).

Nätverksteori

Utvecklingen inom organisationsfältet innebär att den hierarkiska organisationen kompletteras av bl.a. nätverkslösningar. Varför nätverk? Den hierarkiska organisationen har uppvisat en del brister som gör att den mindre lämpad för att styra verksamheter med stort kunskapsinnehåll (Levin och Normann 2000).

Hälsa- och sjukvårdens utvecklingssituation



Figur 1. Hälsa- och sjukvårdens utvecklingssituation.

Enligt Bruzelius och Skärvad (2000) är den hierarkiska organisationen långsam, kostsam och chefsfokuserad. Den främjar också "stuprörstänkande", dvs. var och en arbetar med sitt och utvecklar sitt eget – det man är bra på. Detta leder till ökad specialisering, en nödvändighet för att föra utvecklingen framåt. Samtidigt leder detta till att helheten lätt går förlorad. Differentiering (specialisering) behöver matchas med integration. Syftet är här inte att propagera för en avveckling av den hierarkiska organisationen utan att lyfta fram att den i olika sammanhang kan behöva kompletteras.

Nätverk är ett sätt att åstadkomma den integration som är nödvändig när aktörer arbetar med komplexa lösningar. Genom att samarbeta i nätverk förväntas man kunna göra mer och av högre kvalitet jämfört med att arbeta var för sig. Vidare kan man planera samlade satsningar inom det gemensamma arbetsfältet. Man får på ett enklare sätt med viktiga aspekter, man undviker härmed också fragmentering. Dessutom finns en möjlighet att på ett enklare sätt skapa politiskt stöd för planerade aktiviteter.

Nätverkssamverkan kan ge stabilitet och kontinuitet i det man gör. Skapar det goda cirklar kan det ge kraft och utvecklingsanda åt arbetet. Nu över till ett axplock ur kunskapsfronten kring nätverk i syfte att ge underlag för att öka vår förståelse för Program Sexuell hälsa i Västra Götaland.

Interorganisatoriska nätverk

Ett interorganisatoriskt nätverk är en social struktur som binder samman individer, grupper eller organisationer. Det är en social form för att utbyta information, samordna aktiviteter och lösa uppgifter gemensamt mellan enheter från separata organisationer (Alter och Hage 1993). De kan beskrivas som icke-hierarkiska sys-

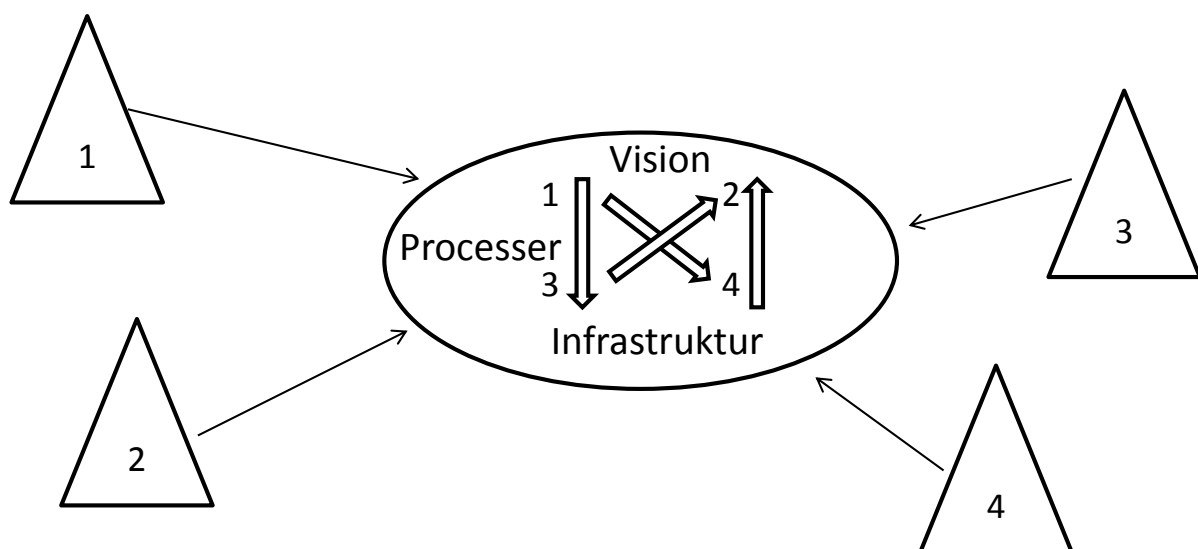
tem (Gustafsson 2007). I nätverket deltar man i kraft av sin kunskap och inte i kraft av den position man samtidigt har i hierarkin. Nätverk är tilltalande eftersom det kanaliserar människors engagemang samtidigt som det ofta ger snabb bekräftelse i mötet med andra som visar motsvarande engagemang. Vidare möjliggörs utvecklingsuppgifter som kan vara svåra att genomföra i hierarkin. Nätverket kan också ses som ett sätt att strukturera informella möten.

Välfungerande interorganisatoriska nätverk inom folkhälsans område bygger på en insiktsfull kontextrelaterad kunskap om de "slutmålgrupper" som man betjänar samt ouppfyllda behov i dessa målgrupper. Det kan vara värt att notera att brukare samtidigt kan tillhöra flera målgrupper. Brukarnas kunskapsnivå är en viktig aspekt att försöka klarlägga eftersom den kunskap som kommer att överföras så väl som möjligt ska matcha/komplettera brukarens egen kunskap. Termen empowerment får illustrera det hela. Empowerment handlar i grunden om att öka individers, institutioners och samhällens självtillit. Preventivt arbete inom folkhälsa handlar ofta om att brukaren själv tar kontroll över sin hälsa, vilket manifesteras i t.ex. förändrade attityder och handlingsmönster.

Något som visat sig vara väsentligt är att de personer som arbetar i nätverket har mandat från sin hemmaorganisation – mandat att företräda sin hemmaorganisation, mandat att dela med sig av information och kunskap, mandat att fatta eller ställa sig bakom beslut. Det betyder att dessa personer rent praktiskt kommer att lämna sin plats i hierarkin för att gå in i nätverket och där ta på sig uppgifter och ansvar för bl.a. kunskapsgenerering/kunskapsspridning.

Enligt Sjöstrand (1985) står nätverksbegreppet för ett antal sammanbindningar mellan människor. Hierarkin – eller pyramiden som man också skulle kunna kalla den – kontra nätverket illustreras i figur 2 som inspirerats av Gustafsson (2007).

Aktören finns både i pyramiden och det interorganisatoriska nätverket



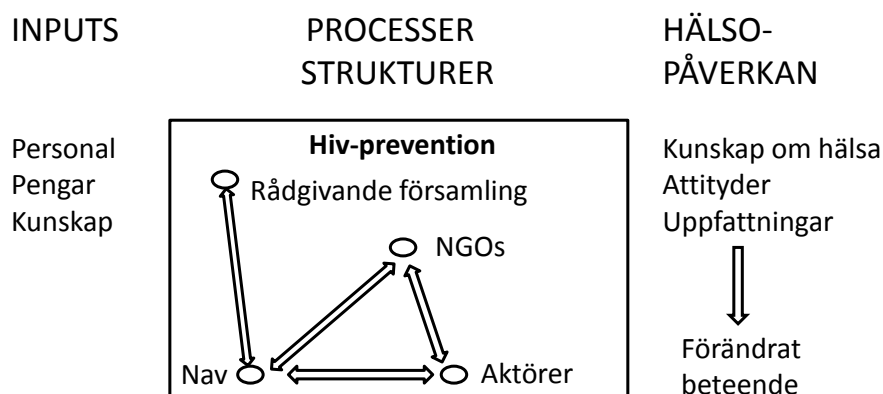
Figur 2. Aktörerna lämnar sin hemmaorganisation (pyramiden) för att av och till ingå i det interorganisatoriska nätverket.

"Network mapping" är ett sätt att kartlägga band mellan olika aktörer i nätverket och undersöka möjligheten till koordinerad handling. Som ett resultat av en sådan kartläggning har medlemmarna lättare för att visualisera nätverksstrukturen och förstå hur denna påverkar vad de olika aktörerna presterar i nätverket (White 2008). Hoffman (2009) har t.ex. studerat NGOs inom miljörörelsen och deras band till vinstdrivande företag i olika branscher. Genom samverkan i nätverk kan resurser samutnyttjas, information kan spridas och kunskap utvecklas. Parung och Bititci (2006) menar att fokus i ett nätverkssamarbete handlar om att uppmuntra täta relationer och arbeta samman i en win-win situation. Dyer och Nobeoka (2000) har undersökt kunskapsspridning inom Toyotas nätverk där man lyckats med 1) att motivera medlemmarna att delta och öppet dela värdefull kunskap, 2) hindra "free riders" och 3) reducera kostnader associerade med att finna och få tillgång till olika slags värdefull kunskap. Detta har man åstadkommit genom att skapa en stark nätverksidentitet med regler för deltagande och tillträde till nätverket. Studien visar att nätverket är överlägset det enskilda företaget eftersom där finns en större kunskapsvariation. Smedlund (2006) studerar intermediärens roll i ett regionalt kunskapssystem med samarbete i nätverksstrukturer. Smedlund identifierar tre grundläggande uppgifter för företag i den kunskapsbaserade ekonomin – kunskapsgenerering, kunskapsöverföring och kunskapsimplementering. White (2008) intresserar sig också för lärande i interorganisatoriska nätverk. De färdigheter som behövs för att agera i nätverk skiljer sig från de som krävs för att agera i en enskild organisation. Positioner i nätverk kan beskrivas genom att studera en aktörs centrala läge, dvs. position i relation till övriga aktörer i nätverket. Centralt läge innebär att en aktör når de övriga med få länkar/kopplingar.

Nätverksprocesser

Ett antal interorganisatoriska aktiviteter utförs i nätverket kopplade till kunskap och information men också praktisk samordning och gemensam problemlösning är vanliga uppgifter. Nätverk saknar till skillnad från hierarkin ett maktcentrum. Därför behövs kunskap hos pyramidens ledare om hur nätverken fungerar för att kunna påverka nätverksprocesserna i gynnsam riktning. Medlemmarna i nätverket har ansvar för kommunikationen mellan nätverket och hemmaorganisationen.

Nätverk behöver ofta en sammanhållande funktion med kunskap om de specifika förutsättningar som gäller. Sätter vi processerna i sitt sammanhang framträder följande input-output-relation som visas i figur 3.



Figur 3. Input-output-relation i ett tänkt nätverk för sexuell hälsa.

Incitament för gemensamt agerande

Vad driver medlemmarna att hålla samman i nätverket och ge och ta på lika villkor? Edgren och Stenberg (2006) fann följande i en studie över sju olika nätverk för när-sjukvård i Sverige och övriga Europa.

- En gemensam uppgift uttryckt i "patientkoncentrerat" språkbruk.
- Samarbete finns inympat (reflexive behavior) – när mål för team/individer framhävs konkretiseras samarbetet.
- Man har kunskap om varandras olika förutsättningar. Det får man genom att man ordentligt sätter sig in i varandras olika uppgifter och styrkor för att härigenom bygga förtroende och tillit.
- En kombination av monetära och icke-monetära incitament, inklusive gemensamma utbildningsaktiviteter/utbildningsdagar.

Slutligen över till tre grundsatser för att underlätta värdeskapandet för slutmålgruppen. De följer på behovet av att betrakta organisationer som system. Interorganisatoriska nätverk kan ses som en variant av teorier om komplexa system.

1. Arbetets design bör förstås utifrån och in. Det är målgruppen (läs slutmålgruppen) och målgruppens ouppfyllda behov som ska stå i fokus. (jfr Normann och Arvidsson 2006)
2. Arbetet bör förstås av alla medverkande aktörer från början till slut – brukarens värdeskapande process genom systemet i sin helhet.
3. Komplexa system bygger på att de medarbetare som gör jobbet också ges ansvaret att ta initiativ och lösa de frågor som kommer upp i mötet med brukaren.

Metod

Utvärderingsmodell

Den övergripande tanken med utvärderingen är att den ska vara en del av en utvecklingsprocess. Snarare än att kontrollera programmet eller verksamheterna så handlar det om att dokumentera erfarenheter, sprida dessa och lära av dem. Systematiskt sammanställd kunskap om hur programmet fungerar kan ligga till grund för hur man agerar i framtiden. För att skapa inlärning och förändrade arbetsmönster är det viktigt att medarbetarna i den verksamhet som utvärderas ser utvärderingen som en del i en positiv lärprocess vilken kan förbättra deras vardag. Därför är det av vikt att den utvärderade verksamheten tillåts delta i utvärderingsprocessen (Jfr Sandberg och Faugert 2007).

Utvärderingen används som ett instrument att förbättra sig i förhållande till omvärlden istället för en risk att nedvärderas i förhållande till de aktörer man samarbetar med utanför systemet. Intresset ligger alltså inte på att rapportera eventuella felaktigheter i den utvärderade verksamheten.

I utvärderingen anläggs en teoribaserad utvärderingsmodell vars utgångspunkt är att undersöka hur en åtgärd genomförts och hur väl målen uppnås. Genom att se till

de bakomliggande mekanismerna skapar man en bättre uppfattning om vad som bidrar till måluppfyllelse till skillnad från att enbart mäta resultaten (Jfr Sandberg och Faugert 2007).

Datainsamling

Dokumentstudie

Utvärderingen inleddes med en dokumentstudie. Till denna studie användes skriftliga dokument som mötesanteckningar, sammanträdesprotokoll, informationsmaterial, verksamhetsredovisningar, bidragsansökningar till Socialstyrelsen, aktuella webbplatser och annan för studien relevant information. Dokumentstudien utgjorde en viktig utgångspunkt för den empiriska delen av utvärderingen.

Empirisk studie

Den första delen av den empiriska studien utgjordes av en självvärdering (Donaldson och Scriven 2003) som skickades ut till samtliga medlemmar av referensgruppen via e-post. Frågorna formulerades utifrån utvärderingsfrågorna i uppdragsbeskrivning samt utifrån information från dokumentstudien. Tio av tjugotvå personer genomförde självvärderingen. Två av dem som inte svarat hade precis börjat i referensgruppen och ansåg därför att de inte kunde ge rättvisande svar på frågorna. De övriga tio valde att avstå från att svara. En påminnelse gick ut. En väsentlig anledning till det stora bortfallet är att många väntade med sina svar. Den inplanerade intervjuundersökningen hann därför komma igång innan självvärderingen avslutats. Motivationen att göra självvärderingen efter att ha deltagit som respondent i intervjuundersökningen var förmodligen låg. Man menade att intervjun täckt in frågorna i självundersökningen.

Den empiriska studiens andra del var en intervjuundersökning. Sammanlagt intervjuades 20 personer varav 15 medlemmar i referensgruppen, samtliga tre lokala samordnare och två externa samarbetspartners. En person intervjuades två gånger. Respondenterna valdes ut efter ett strategiskt urval i samarbete med programmets samordnare. Möjligheten att intervjua fler respondenter hölls öppen men efter 20 intervjuer uppstod det som brukar kallas teoretisk mättnad (Eisenhardt 1989). För att underlätta planeringen utsågs en kontaktperson på Hivprevention i VG som bistod med att boka intervjuer och i förekommande fall lokal. Intervjuerna hölls på respondenternas arbetsplats och på Hivprevention i VG samt i två fall på författarens arbetsplats. Intervjuerna pågick var och en mellan 30 – 90 minuter och spelades in digitalt i sin helhet. Intervjuerna utgick från en semistrukturerad intervjuguide. Guiden utformades efter information från dokumentstudien och självvärderingen. I nedanstående tabell listas vilka yrkesgrupper de intervjuade personerna tillhör.

Tabell 1: Fördelning av yrkesgrupper bland intervjuundersökningens respondenter.

<i>Yrkesgrupper</i>	<i>Antal</i>
Läkare	8
Barnmorska	4
Samordnare/informatör	3
Socionom/kurator	3
Specialistsjuksköterska/skötare	2

Utöver självvärderingen och intervjuundersökningen gjordes direkta observationer (Halvorsen 1992) av ett möte med referensgruppen och ett med det regionala STI-nätverket samt av ett utbildningstillfälle med Forum Sexuell hälsa. Observationsstudien har använts för att ge utvärderaren en uppfattning om genomförandet av programmets olika aktiviteter.

Granskningsmetod

För att värdera programmet har studien utgått från åtta bedömningskriterier. Kriterierna är formulerade för att täcka in de aspekter av programmet som studien granskar (Jfr Edgren och Tsakiris 1996). Kriterierna härrör från utvärderingens uppdragsbeskrivning. Nedan anges de frågeställningar i uppdragsbeskrivningen som varit centrala för att formulera bedömningskriterierna.

1. Vilken betydelse ges det förebyggande arbetet?
2. Hur relevanta är de ursprungliga målen för programmet?
3. Hur utövas styrningen av programmets verksamhet?
4. Vilken roll spelar referensgruppen?
5. Hur arbetar nätverket för att underlätta integrationen mellan de i nätverket medverkande enheterna?
6. Hur ser programmets roll till de deltagande verksamheterna ut?
7. Hur sker kunskapsspridningen inom programmet till nätverkets medlemmar?
8. Vilka kanaler använder man sig av för att nå ut till nätverket?
9. Vilka samverkanseffekter upplever deltagarna?
10. Hur påverkar samverkanseffekterna det egna arbetssättet?
11. Spelar nätverket någon roll för att stärka deltagarnas känsla av sammanhang och öka motivationen i arbetet?
12. Var uppstår innovationer och hur förädlas de och sprids?
13. Får patienterna samma bemötande vilken ingång de än använder sig av?
14. Lyckas man genom programmet möta slutmålgruppens behov bättre än utan programmet?

Nedan redovisas vart och ett av bedömningskriterierna. Här anges vilken eller vilka av frågorna ovan som lett fram till respektive bedömningskriterium. Därtill görs en kort genomgång av de dimensioner som kan anses inverka på dess uppfyllelse. En femgradig skala används sedan för att ange i vilken grad kriteriet är infriat. Alternativen är ja, helt och hållet, i hög utsträckning, delvis, i låg utsträckning och nej, inte alls.

Bedömningskriterier

1. Programmets inriktning är relevant

Fråga 1 och 2

Här undersöks vilka aktiviteter som bedrivs inom ramarna för programmet. Uppfattas aktiviteterna som relevanta och överensstämmande med programmets mål? Är det tydligt vilken programmets primära målgrupp är? Hur ser balansen ut mellan de frågor som är i fokus och vilken betydelse har det? I vilken utsträckning ligger fokus på prevention?

2. Programmet är funktionellt organiserat

Fråga 3 och 4

Här undersöks frågor kring hur programmet styrs och administreras. Vilka aktörer ingår och hur fattas beslut? Hur tydlig är referensgruppens roll och ansvar? Hur uppfattas programformen som medel för samverkan?

3. Programmet stimulerar samverkan mellan berörda aktörer

Fråga 5 och 6

Här undersöks om programmet bidrar till att de aktörer som medverkar i programmets olika aktiviteter samverkar. Vilket stöd har programmet från programdeltagarnas hemmaorganisationer?

4. Programmet når ut till alla berörda verksamheter

Fråga 7 och 8

Här undersöks på vilket sätt information och kunskap sprids i nätverket och vem som bär ansvaret för spridningen. Hur ser den geografiska spridningen ut med tanke på programmets mål att omfatta hela regionen?

5. Programmet stimulerar utveckling

Fråga 9 och 10

Här undersöks vilken inverkan programmet har för kunskapsnivån hos den primära målgruppen. Bidrar kunskapen till att förändra arbetssättet hos målgruppen?

6. Programmet skapar engagemang

Fråga 11

Här undersöks om programmet har betydelse för deltagarna på individnivå. Vilka positiva respektive negativa effekter bidrar programmet till för deltagarna?

7. Programmet stimulerar nytänkande

Fråga 12

Här undersöks om nya idéer framkommer genom programmet och i så fall var? Hur går man till väga för att ta till vara nya idéer? Hur ser möjligheterna ut att implementera nya idéer och ny kunskap i verksamheterna?

8. Programmet har önskad inverkan på slutmålgruppen

Fråga 13 och 14

Slutligen undersöks om programmet kan man möta målgruppens behov enligt de mål som är formulerade. Ser bemötande likadant ut på alla mottagningar? Har programmet inneburit någon relevant skillnad för slutmålgruppen?

Validering

Data har samlats från fyra olika källor. Detta har skett för att utnyttja möjligheten till triangulering (Denzin 1988), det vill säga flera sätt att besvara samma fråga genom att kombinera de olika datametoderna. Intervjuerna jämfördes med resultaten från självvärderingen, dokumentstudien och observationsstudien. Validiteten förstärks ytterligare genom att två personer deltagit i processen att analysera materialet, först var för sig och sedan tillsammans. Olikheter har diskuterats tills konsensus uppnåtts.

Etiska överväganden

Studien har tagit hänsyn till de forskningsetiska principer som gäller för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Respondenterna mottog skriftlig och muntlig information om studien i god tid innan intervjuerna och gjordes även medvetna om att deras deltagande var frivilligt. Vad gäller konfidentialitet har respondenternas namn utelämnats i rapporten. Intervjumaterialet förvaras i låst utrymme och är inte tillgängligt för andra än utvärderaren. Intervjuerna kommer inte att användas för kommersiellt bruk.

Styrgrupp

En styrgrupp bestående av professor Lars Edgren, docent Stefan Thorpenberg och universitetslektor Karolina Andersson vid NHV har gett utvärderaren feedback under processens gång. Styrgruppen har även tagit en mer aktiv del i analysen av studiens resultat samt dess slutsatser.

Resultat

Inledning

I detta kapitel presenteras resultaten från referensgruppens självvärdering och från intervjuundersökningen. Redovisningen inleds med svaren från självvärderingen. Resultatet redovisas utifrån de åtta bedömningskriterier som introducerades i metodavsnittet. Svaren är listade i punktform där punkterna inte motsvarar enskilda svar utan är kontentan av vad respondenterna som grupp angett. Punkterna delas in i det som är aktuellt för programmet i dagsläget och vilka möjligheter och risker respondenterna ser i framtiden.

Redovisningen fortsätter med resultatet från intervjuundersökningen. Även intervjuundersökningen redovisas utifrån bedömningskriterierna. I förekommande fall används information från dokumentstudien för att ge stöd åt resultatet. I redogörelsen för intervjuerna har citat använts för att belysa respondenternas svar. En kort sammanfattning följer efter varje bedömningskriterium.

Självvärderingen

Programmets inriktning

Nutid

- Programmet ger ökad tyngd och status åt området sexuell hälsa.
- Programmets övergripande mål är i hög utsträckning i fokus.
- Vad gäller målet att finna övergripande metoder finns flera insatser inom ramen för programmet med detta syfte, däribland MISEX-projektet (implementering av strukturerade MI-inspirerade samtal kombinerat med en kartläggning av ungdomars och unga vuxnas sexuella nätverk), SFI-projektet, HBT-projektet samt en kurs i andrologi.
- Viktiga resultat av programmet är Manualen (tidigare "Pärmen"), Forum Sexuell hälsa (fortbildningstillfällen för målgruppen) och Sexualmedicinskt centrum (SMC).
- Det finns en fara med att ha "många järn i elden" samtidigt. Arbetet riskerar att bli splittrat.

Framtid

- STI har varit mer i fokus än oönskade graviditeter och därför bör programmet arbeta mer med oönskade graviditeter.
- Det preventiva arbetet är viktigt att fokusera på framöver. Orsakerna till *varför* människor inte skyddar sig. Kunskap behövs om hur man bäst för preventiva samtal.
- Mottagningar föreslås förstärkas med nya professioner, exempelvis psykoterapeutisk kompetens.
- Information och insatser behöver anpassas beroende på riskgrupp.

Programmets organisering

Nutid

- Organisationen fungerar överlag väl, trots att så många aktörer är inblandade. Det är mer struktur när programmet nu administreras av Hivprevention i VG. Informationen är god, kallelser skickas i god tid och en strukturerad dagordning finns.
- Referensgruppen har sett över sin uppgift och sitt ansvar. Detta verkar motiverande på medlemmarna och underlättar kommunikation.
- Referensgruppen kan tendera att bli en "helig ko" som inte får ifrågasättas.
- Referensgruppen hinner inte alltid med sina uppgifter, trots vilja och kunskap.

Framtid

- Referensgruppen skulle kunna kompletteras med vissa professioner. Samtidigt får inte gruppen bli för stor.
- En oro är att programmet lider skada om det statliga hivbidraget från Socialstyrelsen försvinner eller reduceras.

Samverkan med berörda aktörer

Nutid

- Programmet innebär bättre och tätare samarbete mellan aktörer inom området sexuell hälsa.
- Kortare kontakt- och beslutsvägar är ett viktigt resultat av programmet.
- Nätverket ger kanaler till människor som man kan samarbeta med för att förbättra den sexuella hälsan.
- Nätverket innebär inte nödvändigtvis ökad kontakt med verksamheter inom det egna området. Med centrala enheter som Hivprevention i VG och Smittskyddsenheten har kontakten däremot ökat.
- Det är värdefullt att kunna utbyta information och erfarenheter mellan enheter – speciellt för medarbetarna "på golvet".
- Utan programmet hade det inte funnits någon "smörjolja" för att samarbeta.
- Utan programmet hade det preventiva arbetet varit mer splittrat och kännetecknats av dubbelarbete och revirbevakning.

Programmets räckvidd

Nutid

- Att samordna sprida och samordna programmets verksamhet i VGR:s samtliga fyra sjukvårdsområden är en central fråga.

Framtid

- Förankringen av strategin *Att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner i Västra Götaland* har varit viktig. Nu återstår att implementera den i hela regionen.

Programmet som stimulans till utveckling

Nutid

- Programmet ger de aktörer som deltar kunskap om varandra och lägger grund för gemensamma rutiner.
- Oklarheter kring kliniska frågor kan lösas inom ramen för programmet. Manualen, som innehåller information om bland annat STI, preventivmedel och aborter, är ett exempel på en sådan lösning.
- Programmet ger aktörerna kunskap om varandra vilket bidrar till helhetssyn och en gemensam policy.
- Utan programmet hade kunskapsbilden om ämnesområdet sexuell hälsa varit mindre utvecklad.
- Att hålla deltagande aktörer uppdaterade på vad som är aktuellt i de olika verksamheterna, inklusive statistik och dylikt, är en viktig uppgift för medlemmarna i referensgruppen.

- Forum Sexuell hälsa och fortbildning i allmänhet inom ämnesområdet har stor betydelse för medarbetarna i deltagande verksamheter.

Framtid

- Programmet bör inventera vilka kunskapsluckor som finns inom hälso- och sjukvård och skola, och arbeta för att möta detta med utbildning.
- Mer aktuell forskning bör föras ut till de som arbetar med brukarna.

Programmets förmåga att skapa engagemang

Nutid

- Nätverkandet gör att motivationen hos medarbetarna ökar. När man som profession blir uppmärksammas och prioriterad bemöter man brukarna bättre.
- Möjlighet till fortbildning för målgruppen ger ökad kunskap och i och med det ökad motivation.

Framtid

- Området sexuell hälsa drivs framåt av eldsjälar. Kan programmet leva kvar utan dessa?

Programmet som stimulans till nytänkande

Nutid

- Referensgruppsmötena ger tillfälle att diskutera och analysera aktuella ämnen inom sexuell hälsa.
- Referensgruppen är ett bra forum för brainstorming och många som deltar har mandat att genomföra idéer.
- Om man vill lyfta vissa ämnen eller förändra något är det upp till en själv som medlem i referensgruppen hur mycket man aktiverar sig.

Framtid

- Det måste ges utrymme för mer strategiska diskussioner under referensgruppsmötena, inte bara informationsutbyte.

Programmets inverkan på slutmålgruppen

Nutid

- Programmet har inverkan – frekvensen av STI är i vissa avseenden lägre i VGR än i övriga landet.
- God samverkan mellan aktuella verksamheter och mer kunskap om varandra har positiv inverkan på slutmålgruppen. Man vet var man kan hänvisa patienter och det blir tydligare vart de kan vända sig.
- Det är viktigt att kunskapsluckor hos medarbetarna uppmärksammas. Det gör att slutmålgruppen möter kunnigare medarbetare.
- Genom att många professioner deltar i nätverket möjliggörs en helhetssyn på slutmålgruppen.

- Genom att kunna tillgodogöra sig relevant kunskap, till exempel vid start av projekt, undviks många misstag.
- Bildandet av SMC kan ses som en förbättring för slutmålgruppen.
- Det är svårt att *mäta* vilken betydelse programmet har för slutmålgruppen.

Intervjustudien

Programmets inriktning

I detta avsnitt studerar vi programmets mål och målgrupp samt beskriver vilka aktiviteter som administreras inom programmet. Vi undersöker också grad av fokus på det preventiva arbetet.

Målsättning

Programmets mål formulerades först några år efter start. Man fann att området i fokus, sexuell hälsa, svällde ut och kom att innefatta ett alltför brett spann av frågor. Man återgick då till grundtanken – att förebygga oönskade graviditeter och STI/hiv och formulerade målet utifrån det.

De delmål som formulerats under denna studies gång i dokumentet *Program Sexuell hälsa – Göteborg, Södra Bohuslän* kan beskrivas som något mer kortfattade och mer övergripande än de ursprungliga delmålen. Nu fokuserar programmet på en gemensam kunskapsbas, handlingsplan och samverkan medan de tidigare målen även anger specifika slutmålgrupper som exempelvis åldersgruppen 20-30 år.

Generellt visar intervjustvaren att man är nöjd med programmets målsättning. Programmet är ”på rätt spår” och man ser inga omedelbara behov av att ändra inriktning. Målen bör omprövas med jämna mellanrum och man påpekar att de olika målen kan vara olika svåra att uppfylla. Det svåraste, men kanske också det mest eftersträvarvärda, är målet om ett fullgott medicinskt och psykosocialt omhändertagande inom samtliga berörda verksamheter. Detta mål betraktas som i det närmaste utopiskt.

Programmets övergripande mål är att finna effektiva strategier och metoder i arbetet med prevention av STI och oönskade graviditeter. Samtliga respondenter är överens om att det finns en obalans mellan hur mycket kraft som läggs på STI respektive oönskade graviditeter. STI-arbetet har ett klart övertag. Att mer fokus läggs på STI är däremot inte speciellt konstigt. Fler mottagningar arbetar med STI och fler personer ur slutmålgruppen drabbas av STI jämfört med oönskade graviditeter. Det är till STI och hiv som resurserna fördelas och Smittskyddsenheten har en naturligt stark position i programmet eftersom det var där det hela startade. Följande citat får representera en vanlig åsikt i frågan:

STI och oönskade graviditeter är ett problem med samma ursprung – människor skyddar sig inte. Att vi får pengar beror på att det finns hiv där ute. Utan hiv-arbete skulle vi inte få pengar för sexuell hälsa alls.

Av citatet framgår även att STI och oönskade graviditeter kan betraktas som två sidor av samma mynt och flera frågar sig om det över huvud taget är fruktbart att dela

upp området. Andra menar att problemet med oönskade graviditeter har kommit i skymundan, möjligen på grund av att frågan hur man kan förhindra oönskade graviditeter är komplex och svår att angripa.

Målgrupp

Programmets primära målgrupp är, som redogjorts för tidigare, vårdgivare som arbetar med sexuell hälsa. Av intervju svaren framgår dock att åsikterna går isär. Många ser istället riskgrupper ur slutmålgruppen, i synnerhet unga vuxna och män, som den primära målgruppen.

Fokus uppgavs till en början i hög utsträckning ligga på unga vuxna då man såg att de föll mellan stolarna när de uppnått för hög ålder för att få tillträde till ungdomsmottagningen. Med tiden utvecklades verksamheten till att se de som verkar professionellt inom området sexuell hälsa som primär målgrupp.

Aktiviteter

I medelsansökan till Socialstyrelsen redovisas programmets aktuella aktiviteter. De är både nätverk, projekt, utbildningar samt informationsblad. Nätverken är förutom Sexuell hälsa-nätverket och lokalt nätverksbyggande i Södra Älvsborg, Skaraborg och Fyrbodalen också ett regionalt STI-nätverk som träffas en gång om året för att samordna insatser kring sexuell hälsa. De omnämnda projekt- och utbildningsaktiviteterna återges kort nedan.

Projekt

- Skolprojektet – samarbete med Göteborgs stad och Göteborgsregionens kommunalförbund i syfte att höja kvaliteten och samordna insatser riktade mot skolan.
- MISEX-projektet – implementering av strukturerade MI-inspirerade samtal (motivational interviewing) kombinerad med en kartläggning av ungdomars och unga vuxnas sexuella nätverk.
- Colour of love-kampanj – primärpreventiv säkrare sex-kampanj i samarbete med RFSU, RFSL och RFSL Ungdom.
- Sjuksköterskeledd snabbtestmottagning avseende hiv.
- HBT-projektet – att förbättra bemötandet av och arbetsmiljön för hbt-personer inom hälso- och sjukvård.

Utbildningar

- Andrologi – om mannen och hans sexualitet.
- Praktisk andrologi.
- Forum sexuell hälsa – fortbildningstillfällen med olika teman. Hålls fyra gånger per år och är riktat till personal som arbetar med sexuell hälsa.
- Sex, unga och skolans roll.

Information

- Informationsbladet – nyheter inom området sexuell hälsa. Bladet ges ut fyra till sex gånger per år till medlemmar i nätverket sexuell hälsa.

Förutom dessa aktiviteter finns några företeelser som programmet helt eller delvis bidragit till att driva igenom som är viktiga att nämna.

Manualen – tidigare kallad ”pärmén” innehåller information om STI, hiv och oönskade graviditeter, handläggning enligt smittskyddslagen, diagnostik, behandling och omhändertagande. Manualen skrevs år 2000 av en arbetsgrupp bestående av representanter från olika specialiteter. Manualen finns på Smittskyddsenhetens hemsida och syftet är att den ska användas på alla berörda mottagningar i regionen.

Programmet bidrog till uppkomsten av Sexualmedicinskt Centrum (SMC). Att skapa ett kunskapscentrum för sexuell hälsa var ett av programmets sju delmål och man drev frågan från programmets start fram till att beslut fattades 2005. Kunskapscentrumet skulle vara en mottagning där alla berörda specialiteter samlades under ett tak, både för att ta emot patienter men även för att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete. SMC, som startade 2008, är på många sätt en sådan mottagning men i mindre skala än man önskat från programmets sida. Verksamheten är i första hand kliniskt inriktad och det saknas i dagsläget resurser för att fungera som ett kunskapscentrum.

Hivprevention i VG har enligt uppgift bildats mycket tack vare programmet. Från beslutsfattarnas sida ser man Hivprevention och SMC som en helhet. Det sker också korsbefruktnings mellan de två enheterna och flera av medarbetarna på SMC är även anställda vid olika projekt på Hivprevention i VG.

Vilka av dessa aktiviteter anses då som de mest centrala för programmets måluppfyllelse? Det som ofta nämns i intervju svaren är:

- Referensgruppsmötena – många ser referensgruppsmöten som programmets själva kärna.
- SMC – tillblivelsen av SMC är många stolta över och man hoppas att det över tid ska kunna utvecklas till det kunskapscentrum som från början var tanken.
- Forum Sexuell hälsa – Forumet ses som viktigt ur flera aspekter, dels genom att erbjuda kostnadsfri utbildning av hög kvalitet till en bred grupp personal, dels genom att vara en viktig samlingsplats.
- Manualen – menar man bidrar till en samsyn och gemensamma rutiner för till exempel provtagning. Däremot ser många ett behov av att uppdatera manualen och att säkerställa att den faktiskt används på mottagningarna.
- MISEX-projektet – erbjuder ny kunskap och kan potentiellt komma att betyda mycket för hur man för preventiva samtal kring sexuell hälsa.

Det preventiva arbetet

Programmets utgångspunkt är det preventiva arbetet vilket uppges ha högre status inom programmet än det har i hälso- och sjukvården i stort. Däremot är man inte överens om hur stor vikt som faktiskt läggs på det primärpreventiva arbetet inom programmet, det vill säga insatser som syftar till att förändra människors attityder och beteende för att förhindra att de alls smittas av STI eller blir oönskat gravida.

Så här kan det låta:

Det handlar mycket sjukvårdsapparaters behov av samordning. Tester på samma sätt, se flöden, "hitta pärmerna", få det att gå smooth, hitta förhållningssätt till människor. Jag vill ta ett steg tillbaka. Jag har mig själv att skylla. Men det har inte funnits så mycket mark att odla det psykosociala i [läs: primärpreventiva samtal].

Här kan man se en skiljelinje mellan olika professioner. Kuratorer och de som arbetar med psykosociala frågor anser att det primärpreventiva får stå tillbaka för det behandlande perspektivet. De som arbetar behandlande ser emellertid i högre omfattning det förebyggande arbetet som programmets allra mest centrala tema. Det verkar som man har olika ord för samma sak. Det bör tilläggas att förutsättningarna för att arbeta preventivt skiljer sig åt. Sjukhusen har till exempel till uppgift att utföra den vård Västra Götalandsregionens beställarnämnd ålagt dem vilket gör det svårt resursmässigt att arbeta preventivt om detta inte är en del av uppdraget.

Sammanfattning

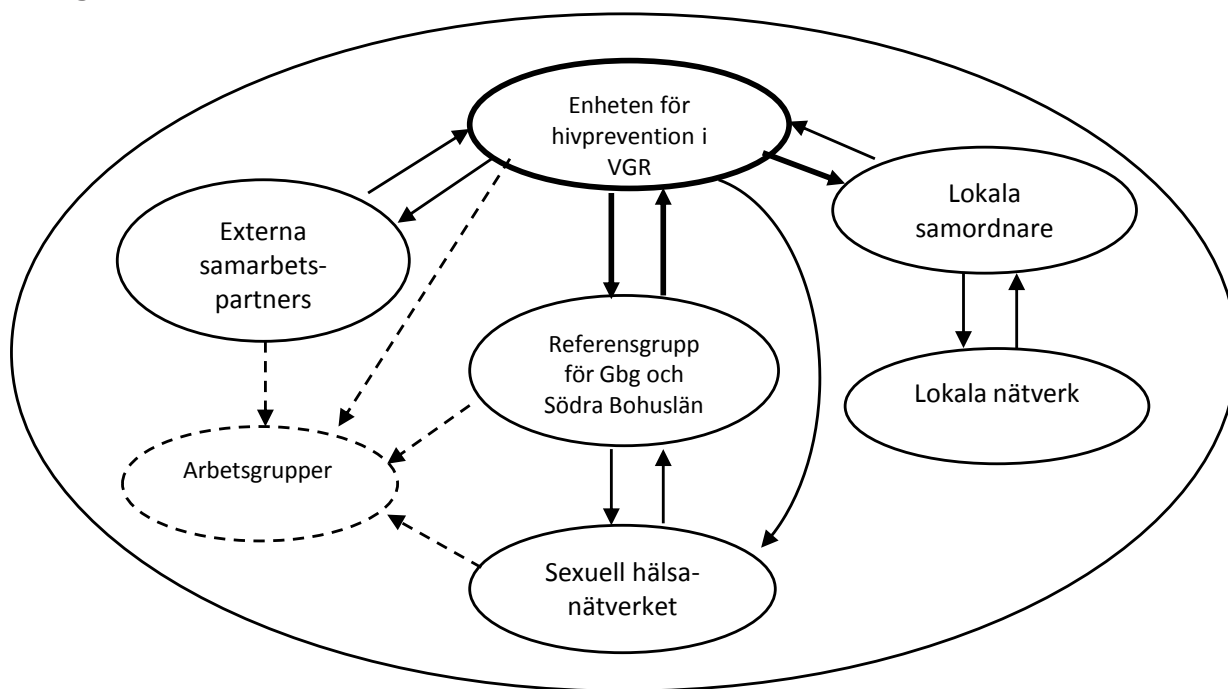
- Programmets målsättningar harmonierar med den allmänna uppfattningen om programmets inriktning. Det finns dock en upplevd obalans mellan hur mycket fokus som läggs på STI respektive oönskade graviditeter.
- Det finns en otydlighet beträffande programmets målgrupp. Olika riskgrupper ur slutmålgruppen eller professionen.
- Programmet har en rad olika aktiviteter under sitt paraply. Mest betydelsefulla anges Forum Sexuell hälsa, Manualen, MISEX-projektet, SMC och referensgruppsmötena vara.
- Åsikterna går isär gällande hur hög status det preventiva arbetet har inom programmet. Många menar att den är hög medan andra anser att prevention får stå tillbaka för behandling.

Programmets organisering

Här utreds hur programmet styrs och administreras. Vi går igenom programmets centrala aktörer och hur man uppfattar att programformen fungerar som medel för samverkan. För att ge en bild av vilka komponenter som ingår i programmet inleds avsnittet med en översikt av dessa.

Programmets aktörer

Viktiga aktörer i programmet och deras inbördes relationer visas i nedanstående figur.



Figur 4: Programmets aktörer och inbördes relationer.

Figuren visar att Hivprevention i VG har en nyckelposition i programmet och utgör en knutpunkt för programmets aktörer. Vid sidan av Hivprevention i VG utgör även referensgruppen en viktig länk. Av figuren framgår att de lokala samordnarna saknar direktkontakt med referensgruppen. De har kontakt med Hivprevention i VG och sina egna lokala nätverk men inte med referensgruppen. Nedan uppmärksammas respektive aktörs roll i programmet.

Hivprevention i VG

Hivprevention i VG är utgångspunkt för programmets verksamhet. Här ligger programmets samordnings- och administrativa ansvar och här fattas de strategiska besluten. Då Hivprevention i VG bildades i januari 2008 är flera av respondenterna ännu osäkra på vad programmets organisatoriska förflyttning från Smittskyddsenheten till Hivprevention haft för betydelse. Många upplever dock att programmet nu är mer strukturerat och "uppstyrt" och att flytten i någon mån inneburit en nystart. Speciellt med hänsyn till att programmet under den tid som både Hivprevention i VG och Sexualmedicinskt Centrum varit i startfasen hållit en tämligen låg profil.

En annan signal för nystart är namnbytet från projekt till program som beskrivs som en taktisk åtgärd för att poängtera övergången i en ny fas. Som nämnts tidigare har referensgruppen under hösten även tagit fram ett dokument för att beskriva grup-

pens roll och ansvar. Gruppen har även gjort en översyn av programmets mål. Tanken med dokumentet är att det ska ge kortfattad information om programmet, framför allt till chefer och verksamhetsansvariga men även för nytilkomna medlemmar i referensgruppen.

Referensgruppen

För denna studie är programmets referensgrupp central. Resultatet kan här sorteras in efter gruppens funktion och utvecklingssituation. Vi börjar med gruppens funktion. Svaren redovisas i punktform.

Funktion

- Kontrollstation – ett bollplank där idéer och insatser, framför allt sprungna ur Hiv-prevention i VG, diskuteras och förankras.
- Tankesmedja – ett forum att tillsammans identifiera problem och försöka finna lösningar.
- Kunskapsspridare – en mäklarfunktion att utbyta information och kunskap och föra den vidare till den egna verksamheten.
- Mötesplats – en sammanhållande länk för frågor kring sexuell hälsa som utgör en grund för nätverkande och samverkan.
- En operativ grupp – en planeringsfunktion för aktiviteter och utbildningar.

Av dagordningar och protokoll från möten framgår att referensgruppen tar upp följande ämnen:

- information om vad som är aktuellt inom respektive referensgruppmedlems verksamhet
- rapportering om genomförda och kommande utbildningar, projekt och insatser som ingår i programmet
- diskussion kring problem och frågor som dykt upp och uppföljning av sådant som diskuterats vid tidigare möten
- information och diskussion kring programmet och dess innehåll.

Utvecklingssituation

Gruppen får överlag ett högt betyg av respondenterna. En rad positiva omdömen tas upp såsom till exempel att man har respekt för varandra och varandras åsikter. Mötena beskrivs som stimulerande och roliga – det sägs vara god stämning och högt i tak och givande att träffa andra personer som arbetar med sexuell hälsa.

Många återkommer till vikten av att deltagandet i referensgruppen är frivilligt. Man upplever att det är ett obyråkratiskt sammanhang som är ”strukturerat men samtidigt ostrukturerat” och där själva frivilligheten eller bristen på tvång upplevs som något starkt positivt.

Gruppens storlek tas upp som en potentiell svårighet då den med 22 medlemmar kan betraktas som otympligt stor. De flesta ser dock inte storleken som ett problem. Eftersom alla medlemmar inte närvarar vid varje mötestillfälle blir det aldrig så många som 22. Det faktum att vissa medlemmar sällan närvarar vid mötena tas därmed emot upp som ett problem, eller åtminstone ett störande moment.

Gruppens sammansättning är en fråga där åsikterna går isär. Många respondenter anser att det finns professioner och verksamhetsföreträdare som borde finnas representerade i referensgruppen, exempelvis skolsköterskor, representanter från vårdcentraler och frivilligorganisationer. Samtidigt finns en förståelse för att gruppen då tenderar att bli för stor och ohanterlig. Flera tar upp kvinnodominansen (referensgruppen består av arton kvinnor och fyra män) som ett problem och anser att fler män borde rekryteras till gruppen.

Man ställer också frågan hur personer rekryteras in i gruppen. Hur valdes de ut och varför? Det kan noteras att endast sex av de personer som sitter i referensgruppen idag är de samma som 2004. Att döma av intervjuerna har många av deltagarna tagit över platsen i referensgruppen från sin företrädare. Detta är inte så konstigt eftersom referensgruppen är en spegling av de verksamheter som deltar i programmet.

Slutligen är inte alla överens om att gruppen är allt den skulle kunna vara. Några uttrycker önskemål om att gruppen borde vara mer aktiv och ha ett mer kritiskt förhållningssätt. Man menar att gruppen i dagsläget fungerar som ett nätverk som utbyter information snarare än en styrgrupp som driver frågor kring sexuell hälsa framåt. Diskussioner av mer ideologisk/strategisk karaktär efterlyses. Utöver det menar man att många medlemmar kommer dåligt förberedda till gruppens möten och det finns en oro att gruppen riskerar att bli "en klubb för inbördes beundran".

Sexuell hälsa-nätverket

Sexuell hälsa-nätverket består av cirka 200 personer och administreras av Hivprevention i VG. I första hand utgörs det av medarbetarna i de verksamheter som referensgruppsmedlemmarna företräder. Man kan säga att nätverket är programmets primära målgrupp. Förutom medarbetarna i dessa verksamheter omfattar nätverket till viss del även personer som arbetar med sexuell hälsa inom andra verksamheter som exempelvis vårdcentraler, jourcentraler, skolhälsovård och frivilligorganisationer. Ramarna för nätverket är inte så strikta och det är möjligt för personer som arbetar med sexuell hälsa att själva anmäla sitt intresse för att på så vis kunna ta del av de utbildningar och den information som riktar sig till nätverket.

Nätverket har inga regelrätta möten men det är denna grupp som i första hand blir inbjuden och deltar vid utbildningen Forum Sexuell hälsa. Dessa tillfällen, fyra gånger om året, betraktas som den viktigaste möjligheten för gruppen att träffas och knyta kontakter med andra inom fältet.

Lokala samordnare och lokala nätverk

Sedan september 2008 finns, vilket uppmärksammats tidigare, tre lokala samordnare för sexuell hälsa i regionens övriga sjukvårdsområden Södra Älvsborg, Skaraborg och Fyrbodal. De är anställda på 40 procent av Hivprevention i VG. Medel finns avsatta för tre års projektanställning. En gång i månaden träffas de lokala samordnarna i Göteborg tillsammans med samordnaren för hela programmet för att utbyta erfarenheter och diskutera gemensamma strategier och insatser.

Samordnarna ser som sin uppgift att ha uppsikt över sitt eget sjukvårdsområde samt att sprida information och bedriva utbildning i frågor kring sexuell hälsa. De anser

sig ha relativt stor handlingsfrihet utifrån givna ramar. De ser positivt på samarbetet med Hivprevention i VG och beskriver det som lätt att få besked och hjälp när det behövs.

Ingen av de lokala samordnarna ser sig som en del av Program Sexuell hälsa. För dem är programmet något som framför allt är knutet till Göteborg. De har inte heller någon kontakt med referensgruppen utan enbart med varandra och Hivprevention i VG samt egna lokala nätverk.

Externa samarbetspartners

I projekt, i arbetsgrupper, vid utbildningar etcetera använder sig programmet ofta av externa samarbetspartners. Både offentlig förvaltning och frivilligorganisationer finns representerade. Några viktiga partners är Göteborgs stad, GR Utbildning, RFSU, RFSL och Positiva gruppen Väst. En annan viktig partner är Socialstyrelsen som både ger riktlinjer för arbetet med sexuell hälsa och beslutar över det statliga hivbidraget.

De företrädare för externa partners som intervjuats anser att samarbetet fungerar bättre och är mer strukturerat sedan Hivprevention i VG tillkom. De betonar vikten av att huvudaktörerna inom sexuell hälsa har tät kontakt för att kunna dra nytta av varandra samt undvika dubbelarbete.

Respondenter både i referensgruppen och från externa partners skulle gärna se att frivilligorganisationerna fick ett ökat inflytande i programmet. De möter många i slutmålgruppen som inte fångas upp av hälso- och sjukvården och har i och med det kunskap som skulle kunna tas till vara. "De behövs för att knyta näven i luften" säger en medlem i referensgruppen och syftar på frivilligorganisationernas förmåga att lyfta obekväma frågor och bidra med nya tankar.

Ensidigt beroende

Beträffande programmets beslutsordning ligger det primära ansvaret hos Hivprevention i VG. Det finns dock en outtalad överenskommelse om att inte driva igenom beslut som inte alla aktörer är överens om. Det kan visserligen innebära att saker tar tid men man menar att sådan förankring är bra på sikt. Det fattas inga "farliga beslut" inom ramen för programmet och man undviker i möjligaste mån att ta strid med programdeltagarnas hemmaorganisationer.

Majoriteten av respondenterna tar upp betydelsen av att programmets har en engagerad ledare som ser till programmets bästa vilket kan exemplifieras med följande citat:

Programmet har en jädra bra ambassadör. Hon har social talang och kan tala för verksamheten. Det hade inte funkat om hon inte varit med som eldsjäl.

Denna ledare beskrivs tålmodigt och målmedvetet ha drivit programmet framåt. Hennes personliga nätverk bland politiker och beslutsfattare sägs ha haft stor betydelse för att programmet har kunnat utvecklas. Det finns också viss oro för det påtagliga beroendet av en enda individ. Är programmet tillräckligt etablerat för att utvecklas utan denna centralfigur?

Arbetsform

Projekt Sexuell hälsa har blivit Program Sexuell hälsa. Detta förklaras bland annat av att verksamheten inte längre enbart finansieras med externa medel utan till viss del även av Västra Götalandsregionen. Samordnaren är exempelvis inte projektanställd utan har fast anställning inom regionen. Man vill beskriva programmet som en plattform utifrån vilken underprojekt och aktiviteter bedrivs. Dock har man fram tills nu ansökt om statsbidrag från Socialstyrelsen i form av projekt. Även framöver är man beroende av statsbidraget för att kunna driva programmet i sin nuvarande form.

De flesta respondenter är överens om att sexuell hälsa är ett så pass viktigt ämne att det bör ingå i ordinarie verksamhet. Den osäkerhet som projektformen förde med sig ses som negativ. Det förmedlar en känsla av något kortsiktigt och övergående som kan vara svårt att legitimera i ordinarie verksamheter och gentemot beslutsfattare.

Samtidigt tar man upp många fördelar med projektformen. Det handlar om att ämnet kan ges extra uppmärksamhet. Det finns en större frihet i projektformen där man har större möjlighet att frigöra sig från sin ordinarie verksamhet och ordinarie sätt att tänka. Följande citat exemplifierar denna uppfattning:

Man kan skapa ett undantagstillstånd för här och nu. Man kan lägga ifrån sig rustningen och komma på bra saker. Det gynnar idémakeriet!

Det finns en rädsla för att sexuell hälsa i och med den nu valda programformen och som permanenta verksamhet, skulle vara mer stelbent, en del av "den grå massan i sjukvården". Man är överens om att det behövs en stark aktör, en motor, som kan driva frågor kring sexuell hälsa även när projektverksamheten nu övergått till ordinarie verksamhet.

Trots åtgärderna som syftat till att förtydliga programmet och referensgruppens roll och ansvar anser inte alla respondenter att programmets gränser är tydliga:

Det är svårt att veta vad detta är. Det är svårt att veta vilka projekt som hör till vad. Det finns en del oklarheter i strukturen. Det fungerar bra men jag kan inte placera in det på organisationskartan.

Det finns många aktörer inom fältet sexuell hälsa. Bara i VGR finns flera andra aktiva nätverk kring hiv/STI och många av referensgruppens medlemmar medverkar i flera av dem vilket bidrar till viss förvirring. Det är inte heller helt lätt att ge en exakt definition av programmet, vad det innehåller och hur det skiljer sig från Hivprevention i VGs övriga verksamhet. Därför ses processen med att se över referensgruppens roll och ansvar som positiv.

Sammanfattning

- Hivprevention i VG spelar en viktig roll för programmets verksamhet och utveckling.
- Referensgruppen har rollen som kontrollstation, tankesmedja, kunskapsspridare, mötesplats och operativ grupp. Trots vissa brister ger man sig själv högt betyg.

- De lokala samordnarna är den huvudsakliga anledningen till att programmet kan anses vara regionalt. De anser att samarbetet med Hivprevention i VG fungerar bra men ser inte sig själva som del av Program Sexuell hälsa.
- Hivprevention i VG fattar besluten inom programmet men gör det i möjligaste mån i konsensus med referensgruppen och utan att stöta sig med de aktörer som ingår.
- Att arbeta i programform har både fördelar och nackdelar.

Samverkan mellan berörda aktörer

Detta avsnitt handlar om hur man samverkar inom programmet och vilken inverkan man uppfattar att denna samverkan har på de olika berörda verksamheterna.

Nätverkande

Programmets nätverksfunktion är något som de flesta respondenter tar upp som den allra viktigaste delen av programmet. Referensgruppen betraktar interaktionen mellan medlemmarna i gruppen som den mest centrala för samverkan i programmet. Följande citat är talande för hur man ser på gruppmedlemmarnas samverkan:

Genom referensgruppen fick man ett ansikte och fattade vad folk jobbade med. Informella vägar har skapats. Man kan behöva information och då kan man lätt ta den kontakten.

Just vikten av "att få ett ansikte på någon" anses värdefullt. Man upplever att det är lättare att ta kontakt, ställa frågor och arbeta med frågor gemensamt om man har en personlig ingång till någon i en annan verksamhet med kompletterande uppgift. Inte bara för att man känner en individ utan även för att man lärt känna de olika verksamheterna och vad de sysslar med. Den ökade insikten om varandras verksamheter gör det lättare att veta vart man hänvisa patienter och även hur patienter kan remitteras inom gruppen av aktörer. En annan praktisk fördel är att kunskap om varandra underlättar både egen och gemensam planering. Ett exempel är koordineringen av öppettider på ungdomsmottagningar och Sesammottagningar under sommaren.

Ett isolerat ämnesområde

Att de som arbetar med frågor kring sexuell hälsa ofta upplever att man befinner sig i vårdens periferi är tydlig. I flera fall handlar det om personer från jämförelsevis små verksamheter som av den anledningen känner sig avskärmade. Så här kan det låta:

Alla världar kan bli isolerade. Utblick och nätverk är viktigt för min lilla verksamhet. Det är bra och viktigt att få utvidgat landet man befinner sig i. Annars är det mycket ensamjobb.

För dessa personer får programmet och deltagandet i referensgruppen stor betydelse. Ämnesområdet sexuell hälsa är för många inom hälso- och sjukvård och samhället i övrigt fortfarande känsligt och till viss del tabubelagt. Den uppfattningen bidrar till känslan av att området inte är prioriterat vilket gör att det förefaller extra viktigt att känna att man är en del av ett team som samarbetar. Att samverka inom sexuell hälsa verkar alltså ge större samverkansvinster än inom större, mer självständiga områden.

Samverkan på olika nivåer

Analysen indikerar att det är för medarbetarna "på golvet" som samverkan inom programmet haft störst betydelse. Följande tankar återkommer uttryckta på olika sätt:

Verksamhetsledningen tycker nog att programmet har låg status... Jag brukar alltid berätta men det är aldrig någon som ställer frågor. Men folk på golvet är mycket intresserade och ställer frågor!

Hur en verksamhetsledning ser på programmet verkar i stor utsträckning bero på vilken ledning det rör sig om, det vill säga enskilda chefers intresse i frågan. I vissa fall verkar ledningen knappt känna till programmets existens. I andra fall kan en persons deltagande i referensgruppen ses som en strategisk fördel, det vill säga att verksamheten kan tjäna på att ha någon i "frontlinjen".

Västra Götalandsregionens nya strategi *Att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner i Västra Götaland* (2009) är inte ett resultat av programmets arbete. Däremot ser man programmet som ett av de viktigaste verktygen för att implementera strategin på bred front i regionen. En handlingsplan håller på att utarbetas för att de berörda verksamheterna ska kunna arbeta praktiskt utifrån strategin. Genom programmet finns många olika ingångar till vården som gör att denna handlingsplan kommer att bli lättare att sprida.

De lokala samordnarna har, som beskrivits tidigare, en annorlunda position i programmet. De samverkar dels med sina egna lokala nätverk, dels med varandra i egenskap av samordnare. De upplever sig därför inte ensamma trots att de i sin roll som samordnare för sexuell hälsa arbetar tämligen självständigt inom sina respektive sjukvårdsområden. Deras samverkan sinsemellan verkar ha stor betydelse, inte bara för samordnarna som individer utan även för att utväxla erfarenheter och samverka kring gemensamma problem.

Sammanfattning

- Samverkan aktörer emellan betraktas som en viktig del av programmet. Basen för denna samverkan anses vara referensgruppen.
- Många mindre aktörer som arbetar med sexuell hälsa känner sig isolerade och då har samverkan med andra kompletterande verksamheter stor betydelse.
- Verksamhetsledningarnas kunskap om och inställning till programmet skiljer sig åt. Programmets samverkanseffekter påträffas i hög grad "på golvet".
- De lokala samordnarna samverkar såväl med de egna nätverken som med de andra samordnarna vilket ger dem goda möjligheter att skapa en plattform för gemensamt arbete.

Programmets räckvidd

Här behandlas frågor kring programmets omfattning, hur man praktiskt går till väga för att sprida information och kunskap och i vilken mån det når berörda medarbetare i VGR.

Hur information och kunskap sprids

Information och kunskap når i första hand ut genom Hivprevention i VG och genom medlemmarna i referensgruppen. Hivprevention i VG skickar ut Informationsbladet 4-6 gånger per år till medlemmar i nätverket. Hivprevention i VG skickar även ut information och inbjudan till utbildningar via e-post. I dagsläget skickas e-post till chefer som i sin tur förväntas sprida informationen vidare till sina medarbetare. Det önskvärda är dock att alla mottagningar har en gemensam inbox. Att skicka till enskilda personer gör kedjan sårbar och att uppdatera e-postadresser innebär mycket arbete.

Medlemmarna i referensgruppen har olika roller inom sina respektive hemmaorganisationer. Vissa har chefsbefattning eller har en samordningsfunktion och är därmed naturliga nyckelpersoner för informationsspridning. Andra har få medarbetare runt sig som arbetar med sexuell hälsa och mindre möjligheter nå ut. Hur referensgruppen praktiskt går till väga ser lite olika ut. De flesta använder sig av e-post och skickar information till medarbetare eller nyckelpersoner. Förutom e-post sprider man information via arbetsplatsträffar, under studiedagar och via protokoll från referensgruppsmötena. Det är tydligt att man ser det personliga mötet som mest effektivt för att förmedla och inpräglade information och kunskap. Av praktiska skäl är det emellertid inte alltid möjligt.

Forum Sexuell hälsa tas upp som ett bra tillfälle att sprida information. Dels kan man under utbildningen ta upp saker som man anser vara viktiga att sprida, dels når forumet en bred publik som i sin tur kan sprida information till medarbetare i sina hemmaorganisationer.

Webbplatser är ett annat viktigt verktyg. Som exempel kan nämnas Smittskyddsenhetens (www.vgregion.se/smittskydd) och Hivprevention i VGs (www.hivprevention.vgregion.se) webbplatser där aktuell information uppges finnas lättillgänglig. Även Manualen finns att läsa på webben vilket gör att det är lätt för alla att nå informationen. (www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Smittskyddsenheten/Sexuellt-overforbara-sjukdomar/)

Analysen indikerar att referensgruppsmedlemmarna själva ser sig som ansvariga att nå ut med information och kunskap till sina respektive verksamheter. Det är dock inte helt självklart då Hivprevention i VG menar att det inte föreligger någon formell skyldighet för referensgruppen att göra detta.

Tror man då att informationen når alla den borde nå? Så här kan det låta:

Jag tror bredden är det svåraste målet att uppfylla – att få ut det till så många man skulle vilja. Gruppen som jobbar med detta i Göteborg är ganska liten och alla är duktiga och intresserade. Men att få ut det är riktigt svårt.

Det visar sig att flera grupper av medarbetare är svåra att nå, bland annat dem på vårdcentraler. Även privata vårdgivare, som har ökat avsevärt i antal sedan vårdvalsreformen, hamnar utanför informationsflödet. Vid en blick på programmets mål-

grupp utgörs den av medarbetare i vissa specifika verksamheter och inte primärt all personal inom hälso- och sjukvård. Samtidigt strävar programmet mot att en person ska kunna söka för sina problem var som helst i vården och få ett professionellt, fördomsfritt bemötande.

Det finns både goda och mindre goda exempel på hur långt ut i leden informationen når. Klamydiamåndagen, en nationell satsning att en gång om året sprida information om klamydia och förespråka kondomanvändning, är ett exempel på en aktivitet som utan större ansträngning fick god uppslutning och bra spridning i hela VGR på grund av det nätverk programmet skapat. Men reaktionen var motsatt i samband med MISEX-projektet där man upplevde att förankringsarbetet för att få mottagningar intresserade att delta varit gediget men att det trots detta var många mottagningar som inte kände till eller förstod syftet med projektet.

Regional spridning

Så till programmets ambition att nå ut i hela VGR. Att det är hög tid för regional spridning är de lokala samordnarna helt överens om.

Vi är lite ett alibi för staden Göteborg. Regionen är det som startar utanför vallgraven... Regeringen och Socialstyrelsen har gett pengar till regionen. Visst finns det flest smittade i Göteborg men det är regionala pengar som ska ut i regionen. Det är på tiden att vi [utanför Göteborg] kommer med!

Det var också genom påtryckningar ute i VGR som de tre samordnartjänsterna kom till stånd. Innan VGR bildades 1999 gick en del av det statliga hivbidraget till storstaden och en del till de övriga landstingen. Efter VGR:s tillkomst drogs emellertid stödet till den övriga regionen in medan Göteborg inte tilldelades några ytterligare resurser. Därför var intresset extra stort från de andra sjukvårdsområdena att delta i arbetet med STI och hiv och sprida resurserna till hela VGR.

Eftersom de lokala samordnarna har haft sin tjänst under relativt kort tid är det ännu svårt att uttala sig om vilka resultat deras arbete haft för spridningen av programmet i deras respektive sjukvårdsområde. Deras berättelser tyder på att de kommit en god bit på väg, delvis tack vare de fungerande lokala nätverk som redan existerade. Även inom sjukvårdsområdena finns dock geografiska aspekter som försvårar arbetet. Kommuner som ligger i utkanten av området eller där man inte har någon tydlig kontaktperson har de lokala samordnarna ofta mindre kontakt med.

Sammanfattning

- Information sprids primärt från Hivprevention i VG och referensgruppens medlemmar men också via Forum Sexuell hälsa och olika webbplatser. E-post är vanligast men det personliga mötet ser många som viktigt.
- Informationen tycks ha en tämligen god spridning till den primära målgruppen. Dock finns det andra som arbetar med sexuell hälsa som inte nås då de inte ingår i den primära målgruppen.
- Den geografiska spridningen är klart bättre nu jämfört med innan de lokala samordnarna fick sitt uppdrag. Dock återstår mycket arbete innan programmet kan betraktas som spritt i hela VGR.

Programmet som stimulans till utveckling

Här går vi närmare in på vilken betydelse programmet haft för utvecklingen av verksamheternas arbete med området sexuell hälsa.

Kunskapsnivå och förändringar i arbetssättet

Det saknas underlag för att uttala sig om hur kunskapsnivån påverkats hos målgruppen på grund av programmet eftersom endast referensgruppens medlemmar intervjuats. Det är deras uppfattning om målgruppens kunskapsnivå som studien kan ta ställning till. De flesta respondenter menar att programmet haft stor nytta för målgruppen även om mycket arbete kvarstår. Man tar upp vikten av att vara insatt i andra verksamheter och att få ett bredare perspektiv, att man kan se problem med sexuell hälsa ur olika aspekter. Man beskriver att programmet "fostrat nätverket i sexfrågan" och att många fått upp ögonen för ämnet och vilka fördomar som omgärdar det. Så här kan det låta:

Värdet skapas av alla som deltar i programmet. De som är med får sitt synsätt förstärkt och en viss anda sprids ut i verksamheterna.

Citatet är förenligt med tanken att programmet har ett långsiktigt perspektiv. Att sprida en anda ger inte intryck av att vara en snabb process.

Förutom dessa generella resultat tas även mer konkreta faktorer upp som anses ha förbättrat kunskapsnivån hos målgruppen. Manualen ser många som mycket viktig ur den här aspekten. Den har bidragit till gemensamma rutiner kring provtagning och bemötande av patienter. Även om den har brister och behöver uppdateras har den gett personalen en större grundtrygghet i mötet med patienter som söker sig till vården i frågor som rör sexuell hälsa. Även Forum Sexuell hälsa återkommer som ett viktigt exempel på en plats för lärande.

Det finns en risk att programmet "predikar för de redan frälsta". De som tar till sig information och går på utbildning är de som redan har intresse för frågan. En annan fara är att området sexuell hälsa ses som en "lyxfråga" och att det av många inte betraktas som lika viktigt som andra områden inom vården.

Man ska kunna gå vart som helst, inte bara till SMC, och möta förståelse. Du ska bli bemött av professionellt folk som kan ta hand om dina frågor och som inser att sexuella problem kan ligga bakom. Fler ska få utbildning, inte bara eldsjälarna.

Flera vill se mer FoU-aktiviteter inom ramen för programmet. Det skulle dels handla om forskning inom ämnesområdet sexuell hälsa, till exempel genom en fortsatt utveckling av Sexualmedicinskt Center. Dels skulle man kunna undersöka hur verksamheterna arbetar med förebyggande strategier för att på så vis lyfta positiva exempel.

Den regionala dimensionen

Slutligen, med avseende på den regionala dimensionen, tar både de lokala samordnarna och medarbetare på Hivprevention i VG upp betydelsen av att få kunskap från hela regionen, både ur ett glesbygds-, småstads- och storstadsperspektiv. Det finns

strukturella skillnader som gör att problemen kring sexuell hälsa ser olika ut vilket är viktigt att ha i åtanke när en åtgärd ska vidtas. Som exempel bor merparten av de som är hivsmittade i Göteborg (78% år 2007) medan klamydia är spritt i hela VGR. Samma metod som används i Göteborg fungerar inte nödvändigtvis i till exempel Tidaholm.

Sammanfattning

- Kunskapsnivån hos målgruppen uppges ha höjts.
- Det har skett en förändring i arbetssättet hos medarbetarna. Manualen och Forum Sexuell hälsa anges vara viktiga både för kunskapsnivån och för arbetssättet.
- Det finns en risk att utvecklingen främst skett hos dem som redan har ett intresse för frågor kring sexuell hälsa.
- Det finns en önskan om ett mer sammanhållet FoU-arbete avseende ämnet sexuell hälsa i programmets regi.
- När det rör sig om den regionala aspekten är en viktig lärdom att förhållanden gällande sexuell hälsa inte ser likadana ut på olika orter och att insatser bör anpassas därefter.

Programmets förmåga att skapa engagemang

Detta avsnitt handlar om programmets förmåga att skapa engagemang och motivation hos medarbetarna.

De flesta är eniga om att detta är en av programmets verkliga styrkor. Det visar sig att programmet på flera sätt haft positiva resultat för målgruppen. För det första lyfter man upplevelsen av sammanhang. Programmet gör att man känner sig delaktig och man får möjlighet att träffa andra som arbetar med samma saker. Man känner sig starkare genom det stöd nätverket kan erbjuda. För det andra talar man i positiva ordalag om referensgruppsmötena. Man blir på gott humör, det skrattas mycket och man får träffa engagerade människor. Mötena blir en kontrast till det "vanliga" arbetet vilket beskrivs på följande sätt:

Det finns så mycket inom vården som inte fungerar så det är trevligt att det finns något som gör det. Jag blir glad och på gott humör av att gå på mötena.

Att alla har mycket att göra och ont om tid men att många ändå prioriterar mötena tyder på att de känner att de får ut något meningsfullt av sitt deltagande.

För det tredje bidrar utbildning och ökad kunskap till engagemang. Genom att diskutera ämnet sexuell hälsa med andra kunniga inom ämnet blir man stimulerad och upplever att man är "i frontlinjen". Man får insikt i projekt och processer som kan bidra till positiva förändringar. Nätverket kan också ge input att argumentera för vikten av sexuell hälsa i hemmaorganisationen och man förstår även sin egen roll och vilka kunskaper man själv kan bidra med.

En potentiell risk som tas upp är sårbarheten, det vill säga att arbetet med STI och hiv traditionellt är byggt på en kärntrupp av eldsjälare som till stor del arbetat ideellt:

Arbetet med STI och hiv har byggt på en kader av eldsjälar. Det står och faller med enskilda individer. Det gäller att få struktur på det hela så att verksamheten kan fortlöpa även om viktiga nyckelpersoner försvinner.

Med detta synsätt får området sexuell hälsa en särställning genom att vara beroende av ett fåtal nyckelpersoner som känner "ett kall" för ämnet. Dock verkar man nu vara på väg bort detta.

Sammanfattning

- Programmet skapar engagemang. Det går att urskilja tre sätt som detta huvudsakligen sker på; genom upplevelse av sammanhang, genom stimulerande samvaro som kontrast till den ordinarie sysselsättningen och genom ökade kunskaper och insikter.
- En potentiell risk är tendensen att i programmet förlita sig på en liten kader av eldsjälar. Detta beroende förefaller minska.

Programmet som stimulans till nytänkande

Här behandlas frågan i vilken mån programmet kan anses vara en arena för nytänkande.

Referensgruppen som tankesmedja

Som redovisats i avsnittet om programmets organisation beskriver sig referensgruppen bland annat som en grogrund för nya tankar – en tankesmedja eller till och med idéspruta. Man för fram att mötenas obyråkratiska form och tillåtande klimat främjar idéer och nytänkande. Medlemmarna hänvisar till att de är utanför sitt vanliga arbete och då uppfattar sig ha större möjlighet att tänka i nya banor.

Förutsättningarna verkar således goda. Kanske beror det också på hur man definierar begreppet nytänkande. Få respondenter kan dra sig till minnes en konkret idé som referensgruppen lanserat. Snarare verkar det handla om problem som uppmärksammas där man tillsammans försöker diskutera fram en lösning. Ett exempel på ett sådant problem är en upphandling av kondomer i VGR. Medlemmar ur referensgruppen uppmärksammade att det fanns oklarheter kring upphandlingen; var kondomerna tillräckligt säkra och varför fanns det nästan bara kondomer med smak? Frågan lyftes under ett referensgruppsmöte och man diskuterade fram vilka frågor som borde besvaras och sedan gavs en av medlemmarna i uppdrag att till nästa möte undersöka saken närmare. Ett sätt att försöka ta hand om nya frågor eller arbeta med förbättringar är att skapa en arbetsgrupp som exempelvis kan arbeta fram en ny rutin kring en specifik fråga.

Innan referensgruppen tog över rollen även som styrgrupp för programmet fanns en särskild sådan grupp. Vissa menar att den mindre styrgruppskonstellationen hade större möjligheter att föra "idéskapande" diskussioner.

Resonemanget kan knytas till den tidigare redogörelsen för referensgruppen och att den inte alltid utnyttjar sin fulla potential, att mötena präglas mer av informationsutbyte än av brainstorming. Man kan också ställa frågan om gruppens storlek och homogenitet kan hämma nytänkandet.

Att implementera innovationer

Vad krävs då för att en ny rutin, metod eller kunskap ska kunna implementeras i verksamheterna? En respondent sammanfattar det på följande vis vilket ger en god bild av den uppfattning som råder i gruppen:

Det krävs att det hela ska vara godkänt medicinskt, att det är genomförbart och att det inte kvaddar ekonomin.

Det bör alltså för det första vara välgrundat. Det måste också vara rimligt att genomföra i förhållande till tidsåtgång, personella och ekonomiska resurser. En ny metod eller dylikt tas bäst emot om verksamheterna själva ser ett behov av förbättring och gärna dessutom varit med och arbetat fram metoden i fråga. Av betydelse är även vilken avsändare den nya metoden eller rutinen har. Här betraktas Hivprevention i VG som en bra och förtroendeingivande avsändare.

Sammanfattning

- Referensgruppen beskriver sig bland annat som en tankesmedja. Studien visar att den är bättre på att identifiera problem och hitta lösningar än att tänka nytt.
- Nytankandet hämmas förmodligen av gruppens storlek och homogena sammansättning.
- För att implementera en ny metod eller rutin krävs välgrundad orsak, att det hela är genomförbart och gärna att verksamheterna själva varit delaktiga i processen.

Programmets inverkan på slutmålgruppen

Slutligen har vi nått fram till den del som behandlar programmets effekt för slutmålgruppen, det vill säga allmänheten och då i synnerhet de som uppsöker de mottagningar som medverkar i programmet.

Majoriteten är överens om att det är svårt att mäta vilka effekter programmets insatser haft för slutmålgruppen. Målet att ge patienter ett fullgott medicinskt och psykosocialt bemötande är ett exempel på ett mål som är svårsmätbart. Några respondenter hänvisar till att det som är mätbart inte utvecklats i positiv riktning, till exempel att antalet nya fall av könssjukdomar inte minskat.

Den allmänna uppfattningen är att programmet har haft en positiv inverkan samt att programmet måste fortsätta arbeta uthålligt. Förändringar händer inte över en dag. Detta framkommer:

Det borde finnas en bättre kunskapsbas på olika mottagningar, till exempel kring smittspårning och provtagning – en gemensam syn. Nu [tack vare programmet] finns det en helt annan möjlighet att gå ut med info till alla mottagningar och veta att den tagits emot. Det ger jämnare kvalitet och en standard.

Man ser många vinster för slutmålgruppen genom att personalen getts möjlighet att vidareutbilda sig. När den som möter patienten känner sig trygg i ämnet sexuell hälsa och kan ställa rätt frågor kommer det också patienten till gagn. Även det förbättrade samarbetet mellan de olika verksamheterna genom exempelvis gemensamma rutiner och koordinerade öppettider ger bättre service gentemot slutmålgruppen.

Bildandet av SMC är en av de mest direkta vinsterna för slutmålgruppen som lyfts fram. Här får patienten en unik möjlighet att få koordinerad hjälp med sina frågor om sexuell hälsa från medarbetare från olika professioner. Att programmet fokuserat på specifika riskgrupper ses också som viktigt. Tidigare har enstaka personer arbetat med en viss riskgrupp och haft problem att sprida sin kunskap och attrahera resurser. Tack vare programmet har dessa riskgrupper kunnat lyftas upp på agendan och inkorporeras i projekt och särskilda insatser.

Ingen av respondenterna anser att programmet haft en negativ inverkan på slutmålgruppen. Däremot tror inte alla heller att programmet haft någon betydande positiv inverkan.

Sammanfattning

- Inverkan på slutmålgruppen är svår att mäta.
- Generellt anses att programmet haft positiv inverkan för slutmålgruppen genom bättre utbildad personal och bättre samarbete mellan olika mottagningar.
- Vissa menar att programmet inte haft någon betydande inverkan för slutmålgruppen.

Värdering av programmet utifrån formulerade bedömningkriterier

I detta kapitel kommer programmet att värderas med hjälp av de bedömningskriterier och den bedömningsskala som presenterades i metodkapitlet. Kapitlet avslutas med en matris som sammanfattar värderingen.

Är programmets inriktning relevant? – I hög utsträckning

Utvärderingen visar att programmets inriktning har en bred uppslutning. Programmet har och har haft en rad olika nätverk, projekt och utbildningar och andra insatser under sitt paraply varav många anses ha haft stor betydelse för målgruppen och för området sexuell hälsa.

Det finns dock en obalans i delar av programmets inriktning. Programmets aktiviteter är mer inriktade på förebyggandet av STI än av oönskade graviditeter. En dominans av STI-frågor är naturlig men det innebär att programmets verksamhet inte speglar målsättningen att båda frågor skall ges samma tyngd.

Studien visar att det finns en oenighet kring vilket fokus som läggs på det preventiva arbetet i programmet. Det finns en risk att det behandlande perspektivet överskuggar programmets målsättning att bedriva preventivt arbete.

Är programmet funktionellt organiserat – Delvis

Utvärderingen visar att programmet uppfattas som mer strukturerat än tidigare och programmets nod, Hivprevention i VG, betraktas som en stark och förtroendeingivande aktör.

Referensgruppen får ett högt betyg men det riktas kritik mot att gruppen är inriktad på informationsutbyte snarare än på att diskutera programmets strategiska inriktning. Referensgruppens roll som styrgrupp kan därför ifrågasättas.

De lokala samordnarnas samarbete med Hivprevention i VG fungerar överlag väl. Dock ser de inte sig själva som del av programmet vilket visar på viss otydlighet i organiseringen.

Det finns en oro att programmet vilar i för hög utsträckning på enskilda individer vilket långsiktigt kan äventyra verksamheten.

Det finns en osäkerhet kring var ramarna för programmet egentligen går.

Stimulerar programmet samverkan mellan berörda aktörer? – I hög utsträckning

Utvärderingen visar att programmet har haft goda resultat för samverkan mellan berörda aktörer. De flesta menar att det är programmets allra viktigaste resultat. Det har dels inneburit ett bredare nätverk med kortare kontaktvägar och dels praktiska fördelar i det vardagliga arbetet, exempelvis vid verksamhetsplanering. Samverkan ses som extra viktigt för området sexuell hälsa då många som arbetar inom detta fält upplever sig vara isolerade.

Resultaten är tydligast bland medarbetare längre ner i hierarkin. Verksamhetsledningarnas kunskap om programmet varierar och det finns ingen samstämmighet i hur samverkan mellan nivåer fungerar.

När programmet alla berörda? – Delvis

Information och kunskap sprids primärt via Hivprevention i VG och referensgruppen. Olika metoder används och referensgruppsmedlemmarnas ansvar är något otydligt.

Informationen når sannolikt ut till programmets målgrupp i tämligen hög utsträckning. Det finns både goda och dåliga exempel. Dock finns det önskemål om att informationen bör gå ut bredare, även till andra yrkesgrupper som kommer i kontakt med frågor om sexuell hälsa.

De lokala samordnarnas tillträdanden har varit avgörande för att få en spridning av programmet i hela VGR. Samordnarna är emellertid projektanställda och den geografiska dimensionen är därmed inte säkerställd i ett längre perspektiv.

Programmet saknar egen webbplats och det är svårt att hitta information om programmet på webben.

Stimulerar programmet utveckling? – I hög utsträckning

Utvärderingen visar att programmet har höjt såväl nivån på kunskap kring ämnet sexuell hälsa som förändrat arbetssättet i de berörda verksamheterna.

Risken finns, även om den inte ska överbetonas, att utvecklingen främst når de personer som redan har ett stort intresse av ämnesområdet och att ämnet av många betraktas som en lyxfråga.

Skapar programmet engagemang? – Ja, helt och hållet

Utvärderingen visar att programmet bidrar till att skapa engagemang genom en ökad upplevelse av sammanhang. Nätverket stärker den enskilda individen i sitt arbete.

Referensgruppsmötena är en viktig källa till engagemang. Mötena tycks medverka starkt till att gruppen och deltagande prioriteras.

Programmet har medfört ökad arbetslust som ett resultat av bättre kunskap om sexuell hälsa.

Stimulerar programmet nytänkande? – Delvis

Utvärderingen visar att programmets har både "struktur och icke-struktur". Detta kan gynna ett klimat som främjar nytänkande. Referensgruppsmötena är den tänkta arenan för nytänkande. Det är emellertid tveksamt hur många innovationer som uppkommer genom gruppens försorg. Gruppen är snarare bra på att identifiera problem och finna lösningar.

Har programmet någon inverkan på slutmålgruppen? – Delvis

Utvärderingen visar att inverkan på slutmålgruppen är svårsmärkbar. Ansatsen är långsiktig och det finns mycket kvar att göra för att påvisa resultat av det man gör.

Programmet har bidragit till många sekundära vinster för slutmålgruppen. Att kunskapsnivån höjts genom olika utbildningsinsatser och att samverkan mellan de olika aktörerna aktivt stimulerats kommer brukarna till godo.

Värderingen i sammanfattning

Nedan presenteras en matris som sammanfattar självvärderingen och intervjuundersökningen.

Tabell 2: Värderingen av programmet i sammanfattning

	<i>Ja, helt och hållet</i>	<i>I hög utsträckning</i>	<i>Delvis</i>	<i>I liten utsträckning</i>	<i>Nej, inte alls</i>
Har relevant inriktning		X			
Är funktionellt organiserat			X		
Stimulerar samverkan		X			
Når alla berörda			X		
Stimulerar utveckling		X			
Skapar engagemang	X				
Stimulerar nytänkande			X		
Har inverkan på slutmålgruppen			X		

Diskussion och slutsatser

Sexuell hälsa är ett utmärkt exempel på ett område inom folkhälsan som förutsätter samverkan. Ett komplext spektrum av frågor och en mängd aktörer tillhandahåller olika typer av tjänster inom området. Det innebär att det är svårt för den enskilda aktören att erbjuda en komplett tjänst. Det är också svårt för brukaren att på egen hand förstå systemet och hitta rätt ingång. Program Sexuell hälsa strävar efter att göra brukarens tröskel in i vården så låg som möjligt men också att erbjuda en tjänst av hög kvalitet oavsett vilken ingång brukaren använder sig av till systemet. I detta avsnitt diskuteras studiens resultat utifrån tre punkter: verksamhetsinriktning, arbets- och organisationsform och resultat. Avslutningsvis formuleras några strategiska frågeställningar gällande programmet.

Verksamhetsinriktning

Aktiviteterna som bedrivs inom programmet är många till antalet och täcker in en rad aspekter av området. Men primärpreventionen brister. Att hitta fungerande metoder för primärprevention är svårt. Hur kan brukaren motiveras att ta kontroll över sin egen sexuella hälsa och skydda sig på lämpligt sätt? Hur kan denna process ledas i rätt riktning? Att förändra attityder och beteendemönster är en springande punkt. Det krävs en ingående kontextrelaterad kunskap om slutmålgruppen och dess behov. Programmet är involverat i lovande utvecklingsinsatser, såsom MISEX-projektet, som man hoppas kunna bidra till mer effektiv primärprevention. Här kan man dra en parallell till motiverande samtalsmetodik som med framgång använts i samband med obesitas och rökning för de som vill upphöra med sitt "riskbeteende". Det dröjer innan vi kan se resultat av dessa ansträngningar men förhoppningen är att detta är ett steg i rätt riktning. Vad vi kan säga är att genom MISEX har programmet blivit en plattform för FoU. Det primärpreventiva arbetet är och bör betraktas som en folkhälsofråga av högsta vikt. Folkhälsokommittén i VGR föreslås medverka i frågor som rör aktuella metoder och tekniker. Storstadsregionerna är "epicentra" för sexuellt överförbara sjukdomar. MSM-frågan är särskilt angelägen. Mycket har gjorts i samarbete med frivilligorganisationerna vilket är lovvärt. Här är tillgängligheten till testning och rådgivning betydelsefull.

Regionen har ett tydligt samordningsansvar som behöver bli tydligt för olika insatsområden. Detta innebär ett ansvar för programmet att nå ut och påverka den sexuella hälsan i hela regionen. Den framtagna strategin är ett viktigt verktyg för detta som bör åtföljas av handlingsplaner för att möta slutmålgruppens behov (Jfr Landstinget i Jönköpings län 2009). Handlingsplaner med tillhörande checklistor är ett sätt att försöka skapa ett likvärdigt utbud. För att implementera strategin krävs arbete hos de stora aktörerna i programmet för att kunskapen ska nå ut i "pyramiderna". Ideella organisationer kan komplettera detta arbete. Goda exempel och nyttiga erfarenheter kommuniceras lämpligen på nätverkets Forum-dagar. Framgångsrika insatser behöver också integreras i ordinarie verksamhet. Programmet utgör ett viktigt redskap för att pusha för detta. Referensgruppens deltagare bör uppmana sig själva att gå före i detta förnyelsearbete. Slutligen är inget forum för primärprevention viktigare än skolan och den behöver support.

Arbets- och organisationsform

Hivprevention i VG, programmets sammanhållande funktion, har ett gott anseende. Den har en central placering både bland aktörerna inom programmet och, i ett bredare perspektiv, bland aktörer som är involverade i frågor kring sexuell hälsa i VGR men som ännu inte deltar i någon av programmets aktiviteter.

Program Sexuell hälsa har en stark och engagerad koordinator. Mehra, Kilduff och Brass (2001) behandlar hur enskilda individer kan forma nätverk och vilken betydelse personliga egenskaper spelar. Det finns emellertid också en fara med att programmet förknippas så starkt med en specifik person. Referensgruppen består även i övrigt av många eldsjälar som under lång tid varit engagerade i frågor kring sexuell hälsa. Det är därför viktigt att programmet bejakar återväxten som gör att dess framtid tryggas.

Beträffande referensgruppen finns det en diskrepans mellan vilken funktion gruppen anser sig ha och vilken roll gruppen i praktiken spelar. Strategier och beslut förankras i gruppen men det tycks sällan vara här de genereras. Den mindre styrgruppsfunktionen togs bort på grund av att medlemmarna, som också deltog i referensgruppen, led av tidsbrist. Det kan finnas skäl att åter ta upp frågan om en styrgrupp för att avlasta referensgruppen uppgifter. Trots den nyligen genomförda översynen av referensgruppens roll kvarstår otydligheter kring medlemmarnas formella mandat. Flera av medlemmarna har chefspositioner som i och med det innebär att de har möjlighet att företräda sin hemmaorganisation. Detta gäller emellertid inte för alla medlemmar vilket innebär att beslut i referensgruppen inte nödvändigtvis implementeras i hemmaorganisationen.

Programmet arbetar på bred front, både avseende aktiviteter och antalet medverkande aktörer. Programmet beskrivs som en plattform från vilket nätverk, projekt och utbildningar utgår ifrån. Ändå, eller möjligen på grund av detta, ter sig programmet relativt anonymt. Avsändaren för programmets aktiviteter är inte alltid tydlig. Programmet saknar webbplats och egen identifikation. Det finns en osäkerhet om vad programmet är. Detta kan ha en negativ inverkan för programmet och göra det svårare att söka politiskt stöd. Det behövs göras tydligt vad programmet är och vilken relation det har i förhållande till andra aktörer inom sexuell hälsa. Programmet i sig förknippas inte med dess aktiviteter. Det är en förhållandevis liten grupp som känner till dess existens. Detta ska inte tolkas som att programmets olika delar lever undanskymt – tvärtom.

Resultat

Vad kan då studien säga om vilka resultat programmet uppnått? Studien visar att samverkan mellan de berörda aktörerna har förbättrats som ett resultat av programmets aktiviteter. Sexuell hälsa är ett mångvetenskapligt område där kompetensen finns spridd inom en rad professioner och organisationer (Jfr Axelsson och Bihari Axelsson 2007). Detta gör att de aktörer som verkar inom fältet behöver koordinera sina resurser och sina insatser för att undvika fragmentering och att brukarna ur slutmålgruppen själva tvingas koordinera de insatser man är i behov av. Programmet tillhandahåller viktiga fora för att åstadkomma den nödvändiga integrationen.

Referensgruppen kan förstås som ett nätverk där det finns regler för deltagande och tillträde till nätverket. Här finns en större kunskapsvariation jämfört med medlemmarnas hemmaorganisation (Dyer och Nobeoka 2000). Frågan är om denna kunskapsvariation skulle kunna utnyttjas bättre inom referensgruppen. Referensgruppen fyller idag ett flertal funktioner. I studien har noterats att referensgruppen strävar efter en jämnare könsfördelning. Utvärderingen stödjer denna strävan.

Referensgruppen ger inspiration och näring till de övriga delarna i programmet. Dessa aktiviteter och utbildningsinsatser är öppna för programmets primära målgrupp men också för frivilligorganisationerna som programmet har täta relationer med. Frivilligorganisationerna ger värdefull information om slutmålgruppen och dess behov och hur de kan mötas av programmets aktörer. De kan tas bättre till vara på regionnivå.

De positiva effekter som framkommit stämmer väl överens med det Bruzelius och Skärvad (2000) skriver om nätverk. Till skillnad från den hierarkiska strukturen präglad av att fokusera på sin specialisering har programmet integrerat de berörda aktörerna inom sexuell hälsa. Detta har bidragit till ett helhetstänkande och en strategisk fördel genom att man kan agera samlat och "tala med en röst". Isoleringen är bruten och det finns en gemensam planering.

Vinsterna av att samverka är nära förknippade med programmets förmåga att stimulera utveckling. Fortbildning av målgruppen och förändring/harmonisering av arbetssätt, genom till exempel Manualen, förväntas leda till ett mer enhetligt bemötande av slutmålgruppen. Manualen är så viktig att den både behöver ses över och därefter förankras ordentligt i berörda verksamheter. SMC skulle med utökade resurser kunna spela en viktig roll som regionalt kunskapscentrum för sexuell hälsa. SMC skulle kunna föra ut evidensbaserade metoder samtidigt som mindre aktörer, som inte själva har kompetens, skulle kunna knyta an till SMC.

Det programmet lyckas bäst med är att entusiasmera. Den prestigelöshet och öppenhet som beskrivs präglar programmets aktiviteter främjar arbetslusten. Detta är med största sannolikhet en av de viktigaste förklaringarna till att programmet kunnat fortgå under så lång tid. Deltagarnas engagemang ger en bra grogrund för att fortsätta driva arbetet framåt.

Vilka omfattas då av de positiva resultaten? Studien visar att den primära målgruppen nås i hög utsträckning men att det finns andra aktörer som borde inkluderas mer som exempelvis vårdcentraler och privata vårdgivare. Vad gäller de senare innebär Smittskyddslagen främst ett problem då det exempelvis innebär att man måste delta i att smittspåra. Smittspårningen blir en oönskad utgift och sexuell hälsa därmed ett område man helst vill undvika. Beträffande de lokala samordnarna och programets spridning i VGR har arbetet kommit en god bit på väg och det råder enighet om att samordnarnas insatser har varit positiva för det regionala arbetet med sexuell hälsa. Det är däremot fortfarande oklart vad som händer efter att samordnarnas projektanställning tar slut.

Programmets vision om att bidra till bättre sexuell hälsa i VGR är för närvarande svår att mäta och svår att uppnå. Samverkan, höjd kunskapsnivå och harmonisering

av rutiner gör medarbetarna tryggare och är viktiga steg framåt. Det finns en förankrad vilja att brukaren ska möta professioner inom vården som är fördomsfria, har kunskap om sexuell hälsa och ställer rätt frågor.

Strategiska frågor inför framtiden

Studien avslutas med ett antal strategiska frågeställningar för utvärderingens uppdragsgivare och programmets referensgrupp att ta ställning till.

1. Är det tid för referensgruppen att välja spår? På vilket sätt gör gruppen mest nytta? Som utvecklingsgrupp? Problemlösningssgrupp? Förankringsgrupp? Referensgrupp?
2. Hur blir programmet och dess aktiviteter i större utsträckning en hela regionens angelägenhet?
3. Hur stärks programmets länk till närsamhället för att möta de specifikt lokala behoven?
4. Hur kan programmet bidra till att primärprevention ges ökad status hos programmets medverkande aktörer?
5. Hur mäts sexuell hälsa hos slutmålgruppen? Kan en samling indikatorer över gruppens kunskaper, attityder, uppfattningar och kanske riskbeteende som används över hela regionen vara en framkomlig väg?

Referenslista

Litteratur

- Alter C., Hage J. (1993) *Organizations Working Together*. London: Sage.
- Axelsson R., Bihari Axelsson S. (2007) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.
- Bruzeliuss LH., Skärvad P-H. (2000) *Integrerad organisationslära*. Lund: Studentlitteratur.
- Callersten Brunell M. (2004) *Projekt Sexuell hälsa – Hur gick det? Vad händer nu?* Västra Götalandsregionen. Internt dokument.
- Donaldson SI., Scriven M. (2003) *Evaluating Social Programs and Problems. Visions for the New Millennium*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Denzin NK. (1988) *The Research Act: a theoretical introduction to sociological methods*. 3rd edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Dyer JH., Nobeoka K. (2000) Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: The Toyota case. *Strategic Management Journal* 21: 345-367.
- Edgren L., Tsakiris G. (1996) Organisationsgranskning – utvärdering av försök vid Universitetssjukhuset i Lund. I: Cedergren L (red.) *Organisationsgranskning av akutsjukhus – test av King's Fund Organisational Audit i svensk version vid Universitetssjukhuset i Lund*. Stockholm: Spris förlag.
- Edgren L. (2006) Health consumer diversity and its implications. *J Syst Sci Syst Eng*. 15(1):34-47.
- Edgren L., Stenberg G. (2006) *Närsjukvårdens ansikten*. Lund: Studentlitteratur.
- Edgren L. (2008) The meaning of integrated care – a systems approach. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 8, 23 October 2008. Tillgänglig på <http://www.ijic.org/>
- Eisenhardt KM. (1989) Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*. 14(4):532-550.
- Hivprevention i VG, Västra Götalandsregionen (2009) *Att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner i Västra Götaland*.
- Hivprevention i VG, Västra Götalandsregionen (2009) *Program Sexuell hälsa*. Ansökan till Socialstyrelsen 2010. Internt dokument.
- Hivprevention i VG, Västra Götalandsregionen (2009) *Program Sexuell hälsa – Göteborg, Södra Bohuslän*. Internt dokument.
- Epidemiologiskt Centrum (2005) *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv*. Socialstyrelsen. Artikelnr: 2005-112-5.
- Fredén Engvall Y. (2006) *Självvärderingsrapport 2006 – Projekt Sexuell hälsa*. Västra Götalandsregionen. Internt dokument.

Glasier A., Gülmezoglu AM., Schmid GP., Garcia Moreno C., Van Look PFA. (2006) Sexual and reproductive Health: a matter of life and death. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*.

Gustafsson J. (2007) Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa och välfärd. I: Axelsson R., Bihari Axelsson S. (red.) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Halvorsen K. (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Hoffman, A J. (2009) Shades of Green. *Stanford Social Innovation Review*. Spring 2009

Levin B., Normann R. (2000) *Vårdens chans. En modell för morgondagens vård och omsorg*. Stockholm: Ekerlids förlag.

Lindencrona F. (2008) *Strategies for a health promoting introduction for newly-arrived refugees and other immigrants*. Stockholm: Karolinska Institutet. Thesis for doctoral degree.

Mehra A., Kilduff M., Brass DJ. (2001) The Social Networks of High and Low Self-Monitors: Implications for Workplace Performance. *Administrative Science Quarterly* 46(1): 121-146.

Morner M. (2008) STI på nya spår. *Tidningen Smittskydd*, nr 5 2008.

Normann R. (2006) Health care – victim of the industrial model? I: Normann R., Arvidsson N. (red.) *People as care catalysts. From being patient to becoming healthy*. Chichester, GB: Wiley.

Parung J., Bititci US. (2006) A conceptual metric for managing collaborative networks. *Journal of Modeling in Management* 1(2):116-136.

Petersen, I. (2000) *Projekt Sexuell hälsa, Delrapport*. Göteborg, Smittskyddsenheten. Internt dokument.

Sandberg B., Faugert S. (2007) *Perspektiv på utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Sjöstrand S-E. (1985) *Samhällsorganisation*. Lund: Doxa.

Smedlund A. (2006) The roles of intermediaries in a regional knowledge system. *Journal of Intellectual Capital* 7(2):204-220.

Statens Folkhälsoinstitut (2003) *Nationella mål för folkhälsan*

Tikkanen, R. (2008) *Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män*. FoU Rapport 2008:1. Hälsa och samhälle. Malmö högskola.

UD info, Regeringskansliet (2006) *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter – svensk politik för det internationella arbetet*.

White, L. (2008) Connecting Organizations: Developing the Idea of Network Learning in Inter-Organizational Settings. *Systems Research and Behavioural Science*. 25, 701-716.

World Health Organization (2001) *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen, WHO.

World Health Organization (2004) *Reproductive Health Strategy*. Genève, WHO.

Besökta webbplatser

Hivprevention i VG: www.hivprevention.vgregion.se

Karolinska universitetssjukhuset, Sesam: www.karolinska.se/sv/Verksamheternas/Kliniker--enheter/Sesam/

Rfsl: www.rfsl.se

Rfsu: www.rfsu.se

Socialstyrelsen: www.socialstyrelsen.se

Manualen: www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Smittskyddsenheten/Sexuellt-overforbara-sjukdomar/

Smittskyddsenheten: www.vgregion.se/smittskydd

Världshälsorganisationen: www.who.int

