

# Uppfattning om HIV och risken för smitta

En enkätstudie bland barnmorskor på  
Göteborgs och Södra Bohusläns  
ungdomsmottagningar

<b>FÖRFATTARE</b>	Therése Eriksson Sandra Ringquist
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet, RPH H10, Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa  HK 2010
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Tone Ahlborg
<b>EXAMINATOR</b>	Helena Lindgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Uppfattning om HIV och risken för smitta
Titel (engelsk):	Perception of HIV and the risk of infection
Arbetets art:	Självständigt arbete - magisteruppsats
Program/kurskod/kurs	Barnmorskeprogrammet, RPH H10, Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	44 sidor
Författare:	Therése Eriksson Sandra Ringquist
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Helena Lindgren

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Forskning visar att det har blivit en strategi att fokusera på riskgrupper istället för riskbeteende när det gäller HIV-provtagning i Sverige. Karolinska Institutet utförde en studie under 2010 som dessutom tydde på att ungdomar och unga vuxna som söker sig till ungdomsmottagningar i hög grad nekar provtagning. Ungdomar och unga vuxna är enligt Regeringens proposition 2005:06/60. Som barnmorska på en ungdomsmottagning har man en unik möjlighet att uppmuntra god sexuell hälsa, förmedla kunskap om olika smittor och smittorisker samt tillgodose önskan om provtagning.

**Syfte:** Syftet med studien var att undersöka hur barnmorskor på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän handskas med HIV i relation till ungdomar och unga vuxna.

**Metod:** En enkät bestående av strukturerade och öppna frågor skickades till alla barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning i Göteborg och Södra Bohuslän. Enkäten besvarades av 25 barnmorskor (69 % svarsfrekvens). De strukturerade frågorna analyserades med hjälp av statistik programmet SPSS 18.0 och de öppna frågorna med inspiration av kvalitativ innehållsanalys med kategorisering av utsagorna.

**Resultat:** Resultatet är uppdelat i fyra frågeområden/domäner; Kunskap, Information och Provtagning samt en jämförelse om samstämmigheten mellan barnmorskornas upplevda och reella kunskap om HIV och bedömningen av ungdomar och unga vuxna som riskgrupp. Det som framförallt framkom var att barnmorskorna anser sig ha tillräcklig kunskap om HIV men att de trots detta inte ser ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp i lika stor utsträckning som andra definierade riskgrupper. Riskbeteende och oskyddat sex/samlag anses förutom tillhörandet av riskgrupp vara den största anledningen till att HIV-prov tas. Respondenterna uppger att de i princip inte nekar någon provtagning

men det framkommer att samtal ibland förs som leder till att prov inte tas. **Diskussion/Konklusion:** Resultatet visar att ett flertal respondenter inte ser ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp trots att de är en definierad sådan. Trots barnmorskornas uppfattning om att ha tillräcklig kunskap om riskbeteende, smittvägar och prevention tycks ytterligare kunskap behövas inom alla områden. Genom att identifiera riskbeteende istället för riskgrupp kan sannolikt arbetet för HIV-prevention förbättras.

Nyckelord: HIV, barnmorska, prevention, ungdomar och unga vuxna, kunskap, information, provtagning, riskgrupp, riskbeteende, ungdomsmottagning.

### **ABSTRACT (engelska)**

**Background:** Research shows that it has become a strategy to focus on groups at risk instead of risk behaviour when it comes to HIV-testing in Sweden. The Karolinska Institute conducted a study in 2010, which also indicated that adolescents and young adults who seek out youth clinics are denied testing. The Government Bill 2005/06: 60 defines adolescents and young adults as a risk group. A midwife at a youth clinic has a unique opportunity to promote sexual health, communicate knowledge about various sexually transmitted infections and transmission risks as well as meet the desire for an HIV-test.

**Aim:** The purpose of this study was to investigate how midwives working at youth clinics in Gothenburg and South Bohuslän deal with HIV in relation to youth and young adults.

**Method:** A questionnaire consisting of structured and open questions was sent to all midwives working in youth centres in Gothenburg and South Bohuslän. The questionnaires were answered by 25 midwives (69% response rate). The structured questions were analyzed using the statistic programme SPSS 18.0 and the open questions with inspiration from qualitative content analysis with categorization of the statements.

**Results:** The result is divided into four main domains: Knowledge, Information and Sampling and a comparison of consistency between the midwives' perceived and actual knowledge of HIV and assessment of adolescents and young adults as a risk group. What really emerged was that midwives feel that they have sufficient knowledge about HIV but that they nevertheless do not see the youth and young adults as a risk group to the same extent as other defined risk groups. Risk behaviour and unprotected sex / intercourse are considered, in addition to belonging to a risk group, to be the major reason why HIV tests are taken. Respondents stated that they seldom deny testing but that a discussion sometimes results in the blood sample not being taken.

**Discussion / Conclusion:** The authors believe that the focus should be shifted from risk group to risk behaviour. The results show that many respondents do not see the youth and

young adults as a risk group even though they are defined as one. Despite the midwives perception of having sufficient knowledge about risk behaviour, transmission routes and prevention, further knowledge seems to be needed in all areas. By identifying risk behaviour rather than risk group is it likely that the work for HIV prevention will improve.

**Keywords:** HIV, midwife, prevention, youth and young adults, knowledge, information, sampling, risk group, risk behaviour, youth clinic.

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>Vår bakgrund</b> .....	1
<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	2
<b>Teoretiska begrepp</b> .....	2
<i>Sexuell hälsa</i> .....	2
<i>Prevention</i> .....	3
<i>Sexuellt riskbeteende</i> .....	3
<i>Bemötande</i> .....	4
<i>Kommunikation och samtal</i> .....	5
<b>HIV</b> .....	6
<b>Ungdomsmottagningen</b> .....	7
<b>TIDIGARE FORSKNING</b> .....	9
<b>Riskgrupper och riskbeteenden</b> .....	9
<b>Provtagning</b> .....	9
<b>Sexualitet, STI och HIV hos ungdomar och unga vuxna</b> .....	10
<b>Prevention och kommunikation</b> .....	14
<b>Prevention och HIV</b> .....	155
<b>Genomförande av HIV-test</b> .....	16
<b>Personals utbildning</b> .....	18
<b>Problemformulering</b> .....	18
<b>SYFTE</b> .....	19
<b>FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	19
<b>METOD</b> .....	19
<b>ENKÄT OCH URVAL</b> .....	19
<b>DATAINSAMLINGSMETOD</b> .....	20
<b>DATAANALYS</b> .....	20
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDE</b> .....	21
<b>RESULTAT</b> .....	22
<b>Kunskap</b> .....	23
<b>Information</b> .....	24
<b>Provtagning</b> .....	26
<b>Neka provtagning</b> .....	26
<b>Samstämmighet mellan upplevd och reell kunskap och bedömningen av ungdomar och unga vuxna som riskgrupp</b> .....	29
<b>DISKUSSION</b> .....	31
<b>METODDISKUSSION</b> .....	31
<b>Validitet och giltighet</b> .....	32
<b>Reliabilitet och tillförlitlighet</b> .....	32

<b>Generaliserbarhet och överförbarhet</b> .....	33
<b>Enkäten</b> .....	34
<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	37
<b>Kunskap</b> .....	37
<b>Information</b> .....	39
<b>Provtagning</b> .....	40
<b>Slutsats</b> .....	43
<b>Praktisk tillämpning</b> .....	44
<b>REFERENSER</b> .....	44
<b>BILAGOR</b> .....	1

# INTRODUKTION

## Vår bakgrund

Vi är två barnmorskestudenter med ett förflutet som sjuksköterskor på en vårdavdelning på Infektionskliniken i Göteborg. I det arbetet har vi kommit i kontakt med personer som bär på Humant immunbristvirus (HIV). Vi har dessutom varit medlemmar i en numera nedlagd intresseförening för HIV-sjuksköterskor, samt arbetat med HIV i utvecklingsländer. I och med vårt arbete med sjukdomen har vi utvecklat ett intresse för frågor som rör den. I vårt sociala umgänge har vi fått berättat för oss om hur personer blivit ifrågasatta och bemötta med irrelevanta frågor när de önskat få ta ett HIV-test. Efter kontakt med andra som arbetar med HIV, inom sjukvården och frivilligorganisationer, har vårt intryck av att människor i Sverige idag nekas HIV-provtagning förstärkts. Något som också har framkommit är att oron hos den enskilde individen över att kanske vara bärare av HIV-viruset oftast inte försvinner av ett lugnande samtal, utan enbart efter ett negativt provsvar.

## INLEDNING

Våren 2010 utförde Karolinska Institutet en undersökning bland Sveriges ungdomsmottagningar. En simulerad, ung kvinna ringde till mottagningarna för att få rådgivning om HIV efter en längre tids oskyddat sex med en manlig partner. Av landets 226 ungdomsmottagningar blev samtliga uppringda och utav dessa nåddes 219. Av personalen som svarade var 2/3 otydliga eller tveksamma och 9 % svarade tydligt nej till provtagning. Enbart en fjärdedel rekommenderade provtagning. Ungdomsmottagningarna i Göteborg gav enligt studien i särklass flest nekande svar. Riskbedömningen gjordes av personalen på mottagningarna utifrån riskgrupp istället för riskbeteende. Då den unga kvinnan inte hade haft sexuellt umgänge med någon som var missbrukare, prostituerad eller hade utländsk bakgrund ansågs provtagning inte nödvändig (1). År 2009 gjordes en studie i Umeå. 14 kvinnor och nio män mellan 18-24 år intervjuades i grupp angående sina upplevelser kring att ha blivit provtagna för HIV. Det framkom att ungdomarna förväntat sig att personalen skulle föreslå provtagning men istället upplevde det som om att de inte främjade provtagning alls alternativt tyckte det var onödigt. Motståndet bland personalen uppfattades som

kontraproduktivt av ungdomarna. De föreslog att provtagning borde uppmuntras då detta skulle normalisera testrutinerna och öka ansvarstagandet (2).

De här undersökningarna signalerar att det eventuellt finns brister i de bedömningar som görs kring huruvida HIV-prov bör tas eller inte på ungdomar och unga vuxna.

## **BAKGRUND**

### **Teoretiska begrepp**

#### *Sexuell hälsa*

I årtionden har sexuell hälsa definierats. Definitionerna har påverkats och utformats efter olika historiska händelser såsom 60-talets sexuella revolution, abortfrågor, homosexuellas rättigheter och det politiska och sociala livet (3). 1975 publicerade Världshälsoorganisationen (WHO) den första internationella definitionen:

*”Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love” (4)*

Den för närvarande aktuella definitionen publicerades 2002. Här tillkom begreppen psykisk hälsa, ansvar och sexuella rättigheter. Definitionen fick därmed en ny innebörd:

*“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social wellbeing related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence” (4).*



Sexualitet är en viktig del av människans liv. Det innefattar allt från kön, sexuell orientering och erotik till intimitet och reproduktion (5). För att uppnå sexuell hälsa krävs, enligt WHO, en positiv syn på människans sexualitet och en förståelse för de faktorer som formar människors sexuella beteende. Samhället behöver förstå och främja de potentiellt positiva roller som sexualiteten kan spela i varje människas liv samt arbeta hälsofrämjande för ett friskt sexuellt samhälle (4).

### ***Prevention***

Prevention definieras enligt Folkhälsovetenskapligt lexikon som *åtgärder för att förebygga ohälsa* (6). I arbetet med ungdomar och unga vuxna är det viktigt att ha preventionsstrategier. I preventionsarbetet skiljer man vanligen på *masstrategi* och *högriskstrategi*. Det förstnämnda syftar till att nå hela befolkningen medan det andra riktar sig till människor med förhöjt riskbeteende (6).

Preventionsarbete kan ske på olika nivåer (7). Med *primärprevention* menas åtgärder som initieras för att förhindra uppkomst av sjukdom (6). På en ungdomsmottagning kan detta innebära att förebygga eller förhindra risken att sprida sjukdom eller ett riskfyllt beteende (7). *Sekundärprevention* innebär att tidigt diagnostisera och behandla sjukdom (6), till exempel att tidigt upptäcka en smitta innan smittspridning sker. Att arbeta med sekundärprevention på en ungdomsmottagning innebär att man via de ungdomar som besöker mottagningen verkar för att identifiera riskfaktorer, riskbeteenden och utveckling av ogynnsam karaktär (7).

### ***Sexuellt riskbeteende***

I Folkhälsovetenskapligt lexikon definieras riskbeteende som ett ”*socialt, ekonomiskt eller biologiskt betingat beteende som förknippas med ökad risk för en specifik sjukdom, ohälsa eller skada*” (6). Ett sexuellt riskbeteende innefattar tillfälliga sexuella kontakter, flera sexualpartners och brist på kondomanvändning. Även de som har en tillfällig sexuell kontakt första kvällen utan kondom anses ha ett riskbeteende. Författaren menar vidare att det har skett en bekymmersam utveckling: riskbeteende och sexuellt överförbara infektioner har ökat, särskilt bland ungdomar. Anmärkningsvärt är att allmänheten inte använder kondom i större utsträckning än tidigare vid riskfyllda sexuella kontakter. Att främja kondomanvändning är således en viktig del i det förebyggande arbetet (8).

### ***Bemötande***

Med bemötande avses det beteende människor har gentemot varandra när de möts. Bemötande är ett socialt spel som sker växelvis mellan de inblandade. I betydelsen av begreppet bemötande ingår att vara medveten om den man möter. Man ska dessutom ha förmåga till inlevelse för de behov och reaktioner som den man möter visar upp, samt visa respekt för den man möter (9).

Ett möte mellan en professionell hjälpare och hjälpsökande bygger på ömsesidiga förväntningar. I mötet finns förväntningar mot såväl sig själv som den man möter. Förväntningarna är relaterade till de normer som råder i samhället, som om det är acceptabelt för en person att söka vård eller inte för ett specifikt problem, samt huruvida den professionella hjälparen accepterar den sökande som patient/klient. Förväntningar är även relaterade till den roll den professionella hjälparen förknippas med samt vad man förväntar sig av ett möte med denna roll, exempelvis rollen som barnmorska. Den individuella förväntan är knuten till den enskilda personens bakgrund, historia och personlighet (10).

Ett bra eller dåligt bemötande avgörs av tre företeelser: *Avsikt, handling och konsekvens*. Avsikten med handlingen innebär hur man reflekterar och förbereder handlingen. Handlingen innebär själva utförandet av mötet och konsekvensen resultatet av agerandet. Vi har möjligheten att göra val som påverkar avsikten, handlingen och vissa fall även konsekvenserna dessa avsikter och val resulterar i (11).

Bemötande med en professionell hållning kan definieras på följande sätt:  
*Professionell hållning är en ständig strävan att i yrkesutövandet styras av det som gagnar patientens/klientens legitima behov – inte av de egna behoven, känslorna och impulserna* (10). Det är essentiellt och en rättighet att de som bemöts i ett professionellt möte visas respekt. Det gör man genom att visa att den man möter har ett fullständigt icke-graderbart värde. Att mötas med respekt är viktigt då det påverkar vår självbild, hur vi ser och tycker om oss själva. Ett respektfullt bemötande leder till en god självbild, medan en bristande respekt leder till att den som söker hjälp mister självkänsla. Även om vi inte är i beroendeställning till dem vi möter leder en bristande respekt till negativa känslor och värderingar. För att utveckla ett ärligt

samarbete med den hjälpsökande är det väsentligt att dennes självkänsla är så god som möjlig. Genom att bli bemött med respekt kan självkänslan bevaras eller rättas till (12).

I relationen till vårdaren ska patienten få möjlighet att uttrycka sina problem, behov och önskemål. Relationen mellan patient och vårdare kan betecknas som vårdförhållande. Igenkännande för ett vårdförhållande är att dess syfte är att stödja patientens hälsoprocesser. Ett vårdförhållande är professionellt vilket betyder att det bygger på kunskap och infriar etiska krav (13).

### ***Kommunikation och samtal***

Kommunikation kommer från det latinska ordet "communicatio" och betyder att något ska bli gemensamt. Kommunikation gör det möjligt för oss att möta andra människor, men även oss själva. Att kommunicera är något vi lär oss mycket tidigt i livet. Genom att observera och prova oss fram har vi lärt oss att på ettoreflekterat och omedvetet sätt hantera språk och kommunikation. Kommunikation handlar om att sända tecken och budskap som fungerar som symboler för de idéer och tankar vi har. De budskap vi sänder det vill säga de idéer och tankar vi sänder iväg tolkas av den/de som mottar budskapet och som förhoppningsvis får samma uppfattning i sitt medvetande. Det är därför viktigt att kommunikationen betyder samma sak för både sändare och mottagare. Vi tar inte bara passivt emot ett budskap utan gör ett urval i det budskap vi får och utformar det sedan aktivt till en innebörd av vad vi ser, hör och upplever (14).

Kommunikation är dessutom ett skeende som äger rum i ett socialt sammanhang där de inblandade redan innan har förväntningar och synsätt som de budskap som utbyts påverkas av. Vi kommunicerar på flera olika sätt, genom språk, kroppsrörelser och mimik. Det är det sammanlagda resultatet av alla kommunikationsvägar som är kontentan i kommunikationen. All kommunikation äger dessutom rum i ett fysiskt, psykologiskt, socialt och kulturellt sammanhang vilket också har en stark inverkan på hur vi kommunicerar och uppfattar kommunikationen (14).

Vanliga och yrkesmässiga samtal liknar varandra mycket men skiljer sig också åt i många avseenden (15). Det professionella samtalet används för att uppnå särskilda mål så som att ge stöd, hantera problem, tillrättavisa och förmedla information. Ett professionellt och stödjande samtal innebär att skjuta privata känslor och reaktioner åt sidan en stund för att istället använda sig själv som redskap för en annan människas skull. Detta innebär att rollen man har framförallt är som lyssnare och givare. För att en annan människa ska känna stöd kan det ibland räcka att ställa frågor och visa intresse för denne (14).

Inför ett professionellt samtal är det väsentligt att formulera ett mål och dra upp riktlinjer för vad som skall uppnås med samtalet. Målet kan vara att den andra får tillfälle att själv beskriva sin situation och sina problem och på så vis också själv förhoppningsvis komma fram till lösningen på sitt problem/situation. Det kan vara lätt att med välmening ingripa och ge förslag och råd på lösningar. Detta brukar ofta dock inte falla så väl ut. Det är viktigt att låta den som äger problemet själv ansvara för problemet samtidigt som man i det professionella samtalet hjälper till med att klargöra problemet och bara bistår med att utforma olika lösningar (14).

## **HIV**

HIV är ett retrovirus som angriper och bryter ner människans immunförsvar. Viruset sprids via blod och kroppsvätskor till exempel från mor till barn under graviditet eller förlossning, sexuellt, via kontaminerat blod eller återanvända kanyler. HIV orsakar AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) (16).

HIV-smittan räknas som en epidemi och globalt sett är miljoner människor smittade. Smittskyddsinstitutet beräknar att det idag i Sverige lever ungefär 5000 personer som är Hiv-positiva. Under 2010 gjordes 465 nyanmälningar (17). År 2009 anmäldes 486 nya fall, av dem var 10 stycken i åldrarna 15-24 år (18). Antalet nydiagnostiserade fall i Västra Götaland år 2010 var 42 stycken (19).

HIV klassas enligt Smittskyddslagen som en allmänfarlig sjukdom och alla inträffade fall skall anmälas till Smittskyddsinstitutet (SMI) (16). Enligt svensk smittskyddslag 2004:168 (20) är man skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot

smittan om man vet eller har anledning att tro att man bär på HIV. Man är då skyldig att snarast möjligt uppsöka läkare och låta bli provtagen och undersökt för att konstatera eventuell smittsamhet. Den som bär eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom kan komma behöva följa individuellt utformade förhållningsregler för att förhindra smittspridning. Detta kan innebära förbud mot att donera organ och blod, men också skyldighet att informera sexualpartner om sin smittsamma sjukdom samt att vid sexuella kontakter se till att minimera risken för smittspridning (20).

### **Ungdomsmottagningen**

Ungdomsmottagningarna finns utbredda i landet i mer eller mindre utsträckning (21). Riktlinjerna de olika mottagningarna följer skiljer sig ifrån mottagning till mottagning. En del följer lokala riktlinjer från sina huvudmän, andra har formulerat sina egna mål och en del följer Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningars (FSUM) policyprogram (7, 22).

Ungdomsmottagningarna bedriver förebyggande och hälsobefrämjande arbete för unga, ungdomar och även till en viss del för unga vuxna (7). FSUM beskriver i sitt policyprogram att det övergripande målet för Sveriges ungdomsmottagningar är främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomars identitetsutveckling så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar (22). Genom att prova ut preventivmedel och samtala om bland annat kondomer förebygger personalen på ungdomsmottagningen oönskade graviditeter samt förhindrar och minskar spridning av sexuellt överförbara sjukdomar. Det hälsofrämjande arbetet innefattar bland annat att stödja och stärka ungdomarna i deras nyfikenhet kring lust och glädje i sexualiteten men även att stärka deras självkänsla så att de vågar ställa krav på sin partner/partners när det kommer till relation, sexualitet och att använda skydd (7).

Ungdomsmottagningen ska vara öppen för alla unga män och kvinnor. Den nedre åldersgränsen avgörs av behovet hos ungdomarna medan den övre ligger på mellan 23-25 år. Är ungdomsmottagningen öppen för äldre individer är det viktigt att det finns resurser avsatta så att de yngre inte förbises. Som barnmorska på

ungdomsmottagning arbetar man bland annat med provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar. På en del mottagningar är även ansvaret att sköta kontaktsparningen vid sexuellt överförbara sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen delegerad till barnmorskan (22).

Unga kvinnor som kommer för preventivmedelsrådgivning är den vanligaste besökaren till ungdomsmottagningen, unga män står endast för 15 % utav besöken (22). I en rapport från WHO poängteras vikten av att samhället försöker nå ungdomar för att HIV ska förhindras och spridas (23). Många ungdomsgrupper besöker inte ungdomsmottagningen i någon större grad och går därför miste om en hel del av deras förebyggande arbete. Detta gäller till stor del pojkar, men också många invandrarflickor, homo-, bi- och transsexuella ungdomar och funktionshindrade. För ungdomsmottagningarna innebär detta att de måste utföra utåtriktat arbete för att nå ut till alla (7).

I en debattartikel i Läkartidningen (24) framkommer det att många ungdomsmottagningar saknar tydligt uppdrag, metodstöd och handledning. Enligt debattören måste detta utvecklas om ungdomsmottagningarna ska kunna bli mer framstående i det viktiga förebyggande arbetet av sexuellt överförbara sjukdomar. Debattören menar att *”att det borde vara kostnadseffektivt att satsa de ytterligare resurser som behövs för att ungdomsmottagningen ska bli en effektiv aktör i det förebyggande arbetet mot sexuellt överförda infektioner (STI)”* (Ideström, 2009, s 128). Personalen på hälften av ungdomsmottagningarna menar att de har ett behov av fortbildning i bland annat samtalsmetodik samt kunskap om kultur/etnicitet, homo-bi- och transsexualitet. Motiverande samtal, Motivating Interview (MI), som enligt artikelförfattaren är en metod med goda resultat när det gäller beteendeförändringar, användes bara av 14 mottagningar i deras arbete med STI. I vilken utsträckning metoden efterföljdes var osäkert. Metodhandledning för MI förekom bara på hälften av de mottagningar som beskrev att de använde metoden. Det förebyggande arbetet på ungdomsmottagningarna var framförallt inriktad på psykosocial ohälsa (24).

## **TIDIGARE FORSKNING**

### **Riskgrupper och riskbeteenden**

Det finns grupper i samhället som hyser större risk att smittas än andra. Till dessa räknas bland andra intravenösa missbrukare, personer som köper eller säljer sex, män som har sex med män samt ungdomar och unga vuxna (21). I Sverige har det blivit en strategi att fokusera på riskgrupper istället för riskbeteende. Detta kan bli en självuppfyllande profetia och förstärka uppfattningen om att HIV inte drabbar ”normala” heterosexuella (ungdomar och unga vuxna). En bredare screening av populationen skulle kunna nå grupper som tros ha låg risk för smittan och därmed hög risk för sen diagnos (2).

I ett kulturellt och socialt sammanhang har epidemin förändrats radikalt. HIV/AIDS) ses inte längre som ett hot mot västerländsk livsstil och förekommer inte i människors dagliga konversationer, på löpsedlar eller samhällets olika institutioner. När HIV omnämns i media gäller det nästan alltid någon annan geografisk lokalisering (Afrika, Asien, Östeuropa) eller specifik social grupp (missbrukare, hemlösa). Kunskap om hur HIV smittar och tillgång till kondomer är vitalt, men även där båda dessa finns fortsätter viruset att spridas sexuellt (25).

### **Provtagning**

För att förebygga och/eller bekämpa HIV och andra sexuellt överförbara infektioner är det enligt Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) viktigt med bred strategi, där en sammankoppling av olika metoder och förhållningssätt är väsentliga (26). Tidig diagnostisering av HIV är positivt ur folkhälsosynpunkt och att erbjuda provtagningsmöjligheter för dem som riskerar att smittas är essentiellt (27, 28).

Enligt Västra Götalands PM ”Rekommendationer för provtagning vid misstanke om STI/ HIV och hepatit” (29) framgår att de som önskar bli provtagna för HIV bör bli detta. Det framgår även att det bör erbjudas provtagning till de personer som uppger att de har haft oskyddat sex och dessutom haft fyra eller fler partners det senaste halvåret, haft sex med okända partners, haft sex utomlands, tidigare haft sexuellt överförbara infektioner, druckit mycket alkohol i samband med sex eller där misstanke om, alternativt bekräftat narkotikamissbruk pågår. Provtagning bör även

rekommenderas de som tidigare har haft ett intravenöst narkotikamissbruk. Män som har haft oskyddat sex med män bör motiveras till provtagning då de har ökad risk för sexuellt överförbar infektion (29).

### **Sexualitet, STI och HIV hos ungdomar och unga vuxna**

Klassificeringen för vilka åldersgrupper som tillhör ungdomar och unga vuxna skiljer sig något i referenslitteraturen. Vid de tillfällen åldrarna uppges är det med hänvisning till hur den aktuella referensen har klassificerat gruppen. I regeringens proposition om en förnyad folkhälsopolitik 2007/08:110 framkommer att ungdomar och unga vuxna är en grupp som det hälsofrämjande sexuella arbetet bör vara inriktat på (30).

*”Ur ett folkhälsoperspektiv är det särskilt angeläget att främja sexuell hälsa bland ungdomar, eftersom uppväxten lägger grunden för synen på och förutsättningarna för det fortsatta sexuallivet. Ett brett perspektiv i det förebyggande arbetet riktat till ungdomar och unga vuxna omfattar att beakta sexualitetens betydelse för unga kvinnors och mäns självkänsla, identitetsutveckling och välbefinnande och att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende. Det förebyggande arbetet måste kunna fokusera både på riskerna med oskyddat sex och betydelsen av ansvar för och hänsyn till andra människor”.*  
(Regeringens proposition 2007/08:110, 2008, s 86) (30).

Unga och unga vuxna är ur ett befolkningsperspektiv centrala målgrupper i frågor om sexuell hälsa och för att generellt förebygga spridningen av sexuellt överförbara infektioner (31). En rapport från WHO om förhindrande av HIV/AIDS poängterar att störst genomslag att förhindra smittspridning kan ske genom att samhället försöker nå de unga (23).

Ungdomsperioden är idag mer utsträckt och attityder, värderingar och förändrade sexuella beteenden har betydelse för hur den sexuella hälsan utvecklas. Forskning



visar att unga och unga vuxna idag har ett ökat sexuellt risktagande (32). Flertalet i gruppen har ett aktivt sexliv (7). Det är även vanligt att man har fler partners och fler unga och unga vuxna har erfarenhet av sex efter "första kvällen" (33, 34). Relationen mellan sex och kärlek har förändrats bland ungdomar. I introduktionen till en artikel av Herlitz och Forsberg (35) menar de att i Sverige har sex varit starkt förknippat med kärlek, att sex bara bör ske i en kärleksrelation. I sin studie visar de sedan att detta är en attityd som förändrats de senaste åren. Studien utfördes mellan åren 1989-2007. Andelen i gruppen 16-24 år som ansåg att samlag enbart skulle ske i en stabil relation minskade under de här åren. År 1989 svarade 51 % av männen att de tyckte att samlag enbart skulle ske i en stabil relation medan 29 % ansåg samma sak 2007. För kvinnorna i samma åldersgrupp minskade siffran från 64 % till 36 %. I studien framkom även att kondomanvändningen vid tillfälliga sexuella kontakter har minskat. År 1989 svarade 11 % av tjejerna i åldern 16-24 år att de inte krävt kondom vid samlag det senaste året vilket kan jämföras med 2007 då 22 % svarade ja på samma fråga (35).

Persson och Jarlbro uppmärksammade i en studie från 1992 att sexuellt aktiva ungdomar i Sverige hellre valde p-piller än kondom som preventivmedel, detta trots kunskapen om att kondom var ett bra skydd mot både graviditet och STI. I studien deltog 9277 ungdomar varav 93 % var tjejer (36). I en studie som utfördes mellan 1987 och 1997 vars syfte var att se förändringar i HIV-relaterade attityder och beteenden under en tioårsperiod, kunde dock en viss ökning av kondomanvändning ses, framför allt bland yngre. Studien, med 11 000 deltagande, kom även fram till att kampanjer och utbildningsprogram ökar kunskapen om risker (37). Studien förlängdes ytterligare en tioårsperiod, då visades att kondomanvändandet hade legat relativt oförändrat mellan åren 1987-2007. För männen låg användandet på ungefär 25 %, för kvinnorna på 20 % (8).

Globalt sett har tre av fem ungdomar bristfällig kunskap om HIV (37). Unga (16-24 år) anser inte sig själva vara i risk för att smittas. Däremot ser ungdomar, enligt en tvärsnittsstudie utförd mellan 1989-2007, en ökad risk att drabbas av klamydia (35). Uppfattningen om att inte kunna smittas av HIV stämmer överens med resultatet av en studie utförd 2009 (2), där 23 ungdomar i åldern 18-24 år som testats negativa för

HIV deltog. Få av dessa var oroliga för att provet skulle vara positivt och i samband med intervjuerna framkom det att det var få som var rädda för HIV. De hade testat sig för säkerhets skull, för att försäkra sig själva om att de var friska och ”rena”.

Ungdomarna som blev intervjuade i studien ansåg att det fanns människor som löpte större risk att smittas av HIV än andra, såsom immigranter eller prostituerade. Under intervjuens gång kom de dock fram till att även andra och i sista ändan även de själva skulle kunna bli smittade om de hade otur. Det fanns situationer, framförallt i samband med alkohol, där ungdomarna menade att de utsatte sig för större risk.

Kvinnorna i gruppen beskrev att det oftast ledde till sex när de följde med någon de träffat på en bar hem. De menade att de ville lära känna personen först men hade svårt att handskas med situationen. Även männen beskrev att de kunde ångra sina one-night-stands, men de beskrev dem som misstag och skyllde på sexualdriften (2, 38).

Enligt två svenska forskningsrapporter finns det vissa gemensamma företeelser världen över som påverkar ungdomars sexuella beteenden (39, 40) Dessa är följande:

- Bedömning av risk när det gäller sexpartner gör ungdomar utifrån om partnern uppfattas som fräsch eller ofräsch
- Sexpartner har stort inflytande på sexuellt agerande i allmänhet
- Kondomer kan associeras med brist på tillit och kan vara stigmatiserande
- Stereotyper av olika kön påverkar sociala förväntningar och beteenden
- Olika typer av sexuellt beteende bestraffas eller belönas av samhället
- Rykten och hur sexuell aktivitet eller inaktivitet synliggörs socialt är viktigt
- Förväntningar av social karaktär kan hämma kommunikation om sex (39, 40)

I ungdomsgruppen är det förhållandevis vanligt med STI. Flest antal klamydiafall i landet finns i åldersgruppen 15-24 år (7). Av klamydiafallen i Sverige år 2010 var 86 % bland 15-29 åringar (41) Även antalet fall av gonorré i Sverige har ökat sedan 1996 då bottennoteringen 211 fall rapporterades. 2010 anmäldes 842 nya gonorréfall (42). Ökningen har framförallt berott på en inhemsk smittspridning bland heterosexuella samt män som har sex med män (21).

Utifrån propositionen Nationell strategi mot HIV/AIDS och vissa andra smittsamma sjukdomar (21) delas ungdomsgruppen in i grupperna unga 10–13 år, ungdomar 14–19 år och unga vuxna 20–29 år. Då åldrarna skiljer sig i ungdomsgruppen skiljer sig även hur arbetet med att förebygga HIV och STI bör ske i de olika åldersgrupperna (7, 21).

För de unga (10-13 år) är det viktigt att en grundläggande positiv syn på sexualitet förmedlas samtidigt som grunden för det förebyggande arbetet anläggs. Studier har visat att ungdomar som innan sin sexualdebut får information om sex och samlevnad har en ökad benägenhet att senare skydda sig vid sexuell kontakt (39). En viktig insats i det förebyggande arbetet i den här åldersgruppen är att även nå föräldrarna. Att medverka vid föräldramöten kan därför vara en viktig intervention för det förebyggande arbetet (7).

För ungdomarna (14-19 år) är en hög tillgänglighet av mottagningarna en viktig del i det förebyggande arbetet. Ett led i detta är att ha öppettider på mottagningarna som passar ungdomarnas behov. Arbetet i den här gruppen inriktas på att erbjuda test och smittspårning, men även att förmedla kunskap bland ungdomarna genom att personalen visar intresse och ger dem tid. Att förmedla kunskap om en sund sexuell hälsa är mycket väsentligt (7).

För de unga vuxna (20-29 år) finns det fler aktörer än ungdomsmottagningarna som bedriver vård med inriktning på sexuell hälsa, till exempel vårdcentraler, mödravårdscentraler och STI-mottagningar. Detta är vårdinstanser som särskilt kvinnor i den här åldersgruppen besöker. Sämre är det för männen, där utbudet och kunskapen är mindre. För att nå gruppen unga vuxna i större omfattning är det nödvändigt med en eller flera STI-mottagningar i städer med högskolor och universitet då dessa städer har ett större antal invånare som tillhör den här åldersgruppen. Sådana mottagningar ska arbeta förebyggande för att minska förekomsten av oskyddat sex och smittspridning, men också vara lättillgängliga för provtagning av HIV och andra STI (7).

## **Prevention och kommunikation**

Sexualitet är förbundet med våra grundläggande behov av närhet, kön, genus, kultur och känsla av identitet. Enligt forskning är det svårt att ändra människors beteende enbart genom kommunikation när det kommer till saker som står nära anknytning till vår identitet. För att ändra sådana beteenden behövs en längre tids bearbetning. Vårt sexuella beteende förändras även med utvecklingen i samhället (43). De senaste decennierna har svenskarnas sexualvanor förändrats enligt SMI (44) samt olika studier sammanställda av Forsberg (32). Sexualiteten är dessutom mer exponerad och inte lika privat som tidigare. Globaliseringen och migrationen i samhället medför även att flera olika uppfattningar om sexualitet är aktuella i samhället samtidigt (43).

Kommunikation om HIV och sexuellt överförbara sjukdomar behöver ske på flera nivåer, till exempel individuellt, i grupp och genom media. Den mest effektiva preventionen är den som sker direkt mellan människor. På en mottagning skulle detta kunna ske till exempel i samband med en gynekologisk/ venereologisk undersökning. För att förändra ett beteende behövs oftast flera samtal. Dessa samtal behöver vara med människor som den enskilda individen har förtroende för eller kan identifiera sig med. För att människor ska utveckla sin förmåga att skydda sig vid sexuella kontakter är det viktigt att sätta ord på och utbyta tankar om sin sexualitet. Hälso- och sjukvården har därför en viktig roll då de möter riskutsatta grupper och individer för samtal. Samtalet är kanske det mest centrala i det professionella mötet mellan vårdpersonal och ungdomar (7).

Det behöver råda en samstämmighet i kommunikationen bland olika inblandande aktörer som når ut direkt eller indirekt till olika riskutsatta grupper. Möjligheten att människor lär sig att skydda sig själva och sin partner/partners mot HIV och STI förbättras då. Genom kommunikation erhåller de kunskap samtidigt som de får möjlighet att samtala om normer och värderingar. All information behöver inte ske på samma sätt, men kontentan i budskapet och vad man vill förmedla bör vara den samma. På så sätt nås gruppen på olika sätt med samma budskap och förändringar av attityder och beteenden för att förebygga HIV och STI kan ske (44, 45).

När man arbetar med prevention bör man inte bara fokusera på riskfaktorer utan även på friskfaktorer. Om en person har många tillfälliga sexualpartners är detta en riskfaktor, men om personen använder skydd och utför säker sex är detta en friskfaktor. Forskning om friskfaktorer hos ungdomar har visat att den viktigaste faktorn för hälsofrämjande är att ha en förtroendefull vuxen att prata med (44, 45).

Alla samtal om smittvägar och vilka risker olika beteenden medför behöver vara sanningsenliga utan att varken överdrivas eller negligeras. STI kan ses som umgängessjukdomar där ju intimare oskyddad kontakt man har desto större risk är det att man smittas. Alla smittvägar för olika infektioner är inte helt klarlagda och det är därför viktigt att poängtera att även oralsex bör ske skyddat. För många heterosexuella ses inte oskyddat oralsex som oskyddat sex (7).

Nationella strategin mot HIV/AIDS och vissa andra smittsamma sjukdomar (21) menar att unga och unga vuxna i större grad än idag borde erbjudas HIV-testning i samband med kontakt med hälso- och sjukvård (21) I Christianson, Berglin, Johanssons studie (2) beskrivs att ungdomarna som testat sig för HIV bara ville bli provtagna och inte prata om sin eventuella mottaglighet för HIV eller berätta hela historien. Ingen av dem fick något återbesök eller uppföljningssamtal inbokat. Ungdomarna föreslog att frågan ”*tror du att du skulle kunna ha HIV*”? borde ha ställts så att personalen skulle kunna få en bild av om personen i fråga var i behov av uppföljning eller ej. Vissa av dem tyckte också att de fått för lite information om HIV vid besöket (2).

### **Prevention och HIV**

I svensk studie utförd på ungdomar som testats negativa för HIV (46) framkom det att HIV-provet väckte tankar och ambitioner om att ändra sitt beteende för flertalet av dem, men inte alla. De flesta ansåg dock att besök i riskzonen var något som hörde ungdomen till. Detta var något som skulle ändra sig när de mognande eller befann sig i mer stabila förhållanden. Ungdomarna som deltog i intervjuerna hade mer sexuella kontakter än den genomsnittlige svensken i samma åldersgrupp (46).

Överlämnandet av provsvar måste vara så tydligt att inga missförstånd uppstår kring vad positivt kontra negativt betyder. Majoriteten av de ungdomar som deltog i studien om upplevelser kring HIV-provtagning i primärvården fick sina svar per telefon. Detta var något som uppskattades. De hade dock upplevt i vissa fall att det hade varit otydligt hur provsvaren skulle lämnas ut. Det rådde olika rutiner på olika kliniker. En del meddelade att de skulle höra av sig vid positivt svar, andra ville att den som blivit provtagen själv skulle ringa efter ett par veckor för att få provsvar och vissa att de skulle höra av sig om de kände sig oroliga. Flera av ungdomarna trodde att personalen skulle vara dåligt förberedda vid handläggningen av ett positivt svar (2).

Det förebyggande arbetet med HIV och STI, samt smittspårning och behandling av dessa sjukdomar är arbetsuppgifter som kräver både medicinsk, beteendevetenskaplig och pedagogisk kunskap. Det förebyggande arbetet för ungdomar och unga vuxna bör enligt Socialstyrelsen bland annat innefatta att förmedla kunskap om HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Ungdomarna behöver få information om hur de ska skydda sig. I det förebyggande arbetet ingår även att verka för en förändring av de ungas attityd så att de själva ser till att skydda sig/sina partner/s från oönskade graviditeter, HIV och STI. Genom samtal kan de ungdomar som har ett riskbeteende motiveras så att de utifrån sina egna kunskaper ändrar sitt beteende och kan få ett säkrare sexbeteende (7).

### **Genomförande av HIV-test**

Enligt smittskyddslagen 2004:168 (20) ska väntetiden för dem som vill testa sig vara så kort som möjligt. En möjlighet för mottagningarna att svara upp till detta kan vara att ha drop-in-tider (7). En studie utförd bland ungdomar (18-24 år) visar att de faktiskt föredrar drop-in-tider för HIV-provtagning. Företeelser som svårighet att boka tid för provtagning och att komma fram på telefon kan vara hinder som medför att personen låter bli att besöka mottagningen för provtagning (2).

STI är för många ett känsligt område, vilket medför att det är viktigt att de som söker vård känner att det råder en hög sekretess (7). Det finns ett antal barriärer vid provtagning av ungdomar; sårbarhet, skam, rädsla för smärtsam provtagning, rädsla

för att ha STI eller HIV och osäkerhet kring var man kan bli provtagen (38). En del kvinnor som testat sig för HIV tror även att det är lättare för dem att få bli provtagna på grund av att de oftare besöker mottagningarna. Unga män kanske drar sig från att gå till mottagningarna då det mest är unga kvinnor i väntrummet (2). Unga män drar sig generellt även från provtagning på grund av skamsenhet och rädsla; rädsla för smärtsamma undersökningar eller oro för genitala missbildningar eller att ha en STI (46). I ett försök att beskriva varför ungdomarna trodde fler kvinnor än män testat sig beskrevs männen som "oansvariga" av både de kvinnliga och manliga deltagarna (46). Framförallt kvinnorna beskrev det som "naturligt" för dem själva att testa sig. Det förklarade det naturliga med att referera till sin uppväxt där flickor uppfostrats till att vara vårdande och omhändertagande medan pojkar inte uppfostrats till detta. Bristen på ansvar hos pojkarna kunde anses vara naturligt eller till och med maskulint. När diskussioner fördes kring hur djupt rotade dessa attityder var i samhället framkom bland annat att sex- och samlevnadsundervisningen i skolan lärde flickorna mest om risker och inte så mycket om njutning medan det för killarna var mer acceptabelt att ha flera tillfälliga sexuella kontakter. Ungdomarna i samma studie ansåg att tjejerna var mer oroliga för att vara kontaminerade medan pojkarna aldrig såg sig själva som smittspridare (46).

Horton finner i sin studie att det kan finnas ett flertal anledningar till att ungdomar vill testa sig för HIV; såpoporer som handlat om HIV, kompisar som testat sig, eller råd från hälsosektorn att testa sig. De som deltog i studien hade alla personliga grunder för att testa sig så som oskyddat sex, många partners, experimentering med droger, sex utomlands, kondom som gått i sönder, otrohet, nyligen blivit singel, nytt förhållande, skada med nål eller att de hade hypokondri. En annan anledning, mest uttryckt av kvinnorna i gruppen, var rädsla för att smitta sin partner med STI. Deras förslag för att öka benägenheten hos män att testa sig var information om testet, lättare provtagningsprocedur och att involvera män i provtagningen (38). I storstäderna finns det fler alternativ med särskilda mottagningar för till exempel män som har sex med män och kvinnor som har sex med kvinnor. I glesbygden är det mer vanligt att enheterna som tar emot kvinnor i samband med graviditet även har ansvaret för det förebyggande arbetet av STI. De kvinnor som kommer till

mottagningarna för preventivmedelsrådgivning ska alltid erbjudas klamydiaprov och annan provtagning till exempel HIV om de så önskar (7).

### **Personals utbildning**

För personal som arbetar hälsofrämjande och förebyggande med sex och samlevnad är det ofta ett individuellt ansvar att inhämta kunskap och vetenskap i folkhälsa, sexologi, sex och samlevnad. Akademiska utbildningar inom beteendevetenskap, omvårdnad och medicin innehåller oftast korta eller inga kurser alls om sexualitet och samlevnad. Aktörer så som Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) och vissa landsting har erbjudit kortare kurser för att fylla upp behovet. Kunskapen har inte kommit med utbildningen inom professionen utan via ett eget individuellt ansvar om fortbildning. Där utbildningar har givits inom utbildningsprogram har de oftast varit fokuserade på att skapa kunskap inom den biomedicinska sfären medan kurser med samhällsvetenskaplig eller beteendevetenskaplig inriktning har varit mindre vanliga (7).

Christianson, Berglin och Johansson menar i sin diskussion att personalen behöver mer kunskap och skicklighet för att kunna ge utbildning och information om HIV-prevention till ungdomar och unga vuxna (2). Enligt Socialstyrelsen bör en gemensam syn och kompetensutveckling råda bland all den personal som arbetar inom de mottagningar och verksamheter som arbetar förebyggande med frågor som sex- och samlevnad och HIV och STI. Vid gemensamma utbildningsdagar kan erfarenheter utbytas, likvärdiga kunskaper förmedlas samt ett gemensamt förhållningssätt i frågorna skapas (7).

### **Problemformulering**

Tidigare forskning indikerar att det kan finnas brister i de bedömningar som görs bland personal kring huruvida HIV-prov bör eller inte bör tas på ungdomar och unga vuxna. Ungdomsmottagningar i Göteborg pekades särskilt ut i att brista med att erbjuda provtagning. Det saknas kunskap om orsakerna till den bristande provtagningen och hur barnmorskor agerar i mötet med ungdomar som söker hjälp..



## **SYFTE**

Syftet var att undersöka hur barnmorskor på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän uppfattar sin egen kunskap och erfarenhet samt hur de bemöter ungdomar och unga vuxna i frågor relaterade till HIV.

## **FRÅGESTÄLLNINGAR**

1. Hur bedömer barnmorskorna sin kunskap om HIV och är den korrekt?
2. Vilken information ger barnmorskorna om HIV och i vilket sammanhang?
3. När och varför sker HIV-provtagning hos ungdomar och unga vuxna?
4. Vad kan det finnas för orsaker att neka till provtagning?
5. Hur är samstämmigheten mellan barnmorskornas upplevda och reella kunskap om HIV och bedömningen av ungdomar och unga vuxna som riskgrupp?

## **METOD**

### **ENKÄT OCH URVAL**

Ovanstående syfte studerades genom en enkätstudie med både slutna och öppna frågor (Bilaga 4). Frågorna i enkäten utformades med hjälp av vår handledare, några studiekamrater samt en sjuksköterska som arbetar med HIV på infektionsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Genom enkäter ges en tvärsnittsbild av hur någonting ser ut vid ett visst tillfälle (47). Svaren i denna studien syftar till att ge en bild av barnmorskornas uppfattning om sin kunskap, vilken information som ges, handläggning vid provtagning och uppfattning om HIV-provtagning vid ett visst tillfälle. Urvalet var geografiskt begränsat då vi specifikt vände oss till barnmorskor på Ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän, vilka utgjorde 44 till antalet.

## **DATAINSAMLINGSMETOD**

Enkäterna skickades ut via enhetscheferna för ungdomsmottagningarna under våren 2011. För-adresserade svarskuvert bifogades för att bevara anonymiteten.

Svarskuverten var numrerade så att vi skulle kunna se vilka ungdomsmottagningar som svarat och inte i syftet att skicka individuella påminnelser. Kuverten förstördes efter avprickning för att svaren inte skulle kunna härledas till specifik person eller mottagning. I forskningspersonsinformation som medföljde enkäten beskrevs studiens bakgrund och genomförande (bilaga 1). Tillsammans med utskicken bifogades även ett informationsbrev till vederbörande chef (bilaga 2)

Innan enkäterna sändes till de mottagningar vi hade för avsikt att inkludera i undersökningen skickades efter telefonkontakt en enkät att använda som pilotstudie till en ungdomsmottagning som inte skulle inkluderas i studien. Trots upprepade påminnelser återsändes den aldrig. Vi valde därför att utföra studien utan genomförd pilotstudie.

Sammanlagt 44 enkäter skickades ut. Dessutom sändes enkäten ut i informativt syfte till ungdomsmottagningarnas enhetschefer. Av de 44 enkäterna skickades fem stycken till enhetschefer som förmodligen inte var kliniskt verksamma. En av ungdomsmottagningarna meddelade per telefon att de ännu inte startat upp sin verksamhet, de hade fått tre enkäter. Antalet enkäter vi kunde förvänta oss att få tillbaka, som alltså inkluderades i studien, var 36 stycken. Ett påminnelsebrev (bilaga 3) skickades till enhetscheferna efter sista svarsdatum. Vi beslutade att inte skicka mer än en påminnelse då deltagandet i studien var frivilligt. Totalt återsändes 25 enkäter som utgör analysenheten för resultatet och som innebär en svarsfrekvens på 69 %.

## **DATAANALYS**

Enkäterna märktes med siffror, 1-25, för att underlätta vid inmatning i SPSS och Excel. Svaren analyserades både kvantitativt och kvalitativt. De slutna frågornas svar var kategorivariabler, som analyserades på nominalskalenivå. Huvudsakligen analyserades data med deskriptiv statistik. För att kunna genomföra jämförande

statistik mellan olika kategorivariabler användes Chi2 analys (47). Detta för att se eventuella tendenser i materialet.

Det förekom frågor i enkäten där respondenterna fick motivera sina val för att vi skulle kunna få en mer nyanserad bild av valt svarsalternativ. Dessa svar analyserades med inspiration av kvalitativ innehållsanalys. Svaren kategoriserades till olika grupper och sammanställdes (bilaga 5). De tre domänerna: Kunskap, Information och Provtagning framkom under analysarbetets gång. Då vår datainsamling utfördes med semistrukturerade enkäter hjälpte det oss att hålla oss distanserade till svaren i materialet. Att alla respondenter fick samma frågor bidrog även till viss distans till materialet (48).

Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att finna skillnader och likheter i textinnehållet och utifrån dem beskriva variationer. Skillnaderna och likheterna beskrivs som kategorier. I tolkningen måste beaktas i vilket sammanhang studien är genomförd, det vill säga beaktning måste även tas till vilka frågor som ställts både innan och efter svaret/texten man analyserar (48). Trovärdigheten av analysen handlar om att bedöma likheterna inom och skillnaderna mellan kategorierna. Detta kan man göra genom att presentera representativa citat från materialet (49). Vi har ej använt alla steg i kvalitativ innehållsanalys. Vi har dock inspirerats av metoden, kategoriserat och benämnt utsagorna. Vi har angivit antal respondenter i varje kategori för att belysa kategoriernas dignitet (Se bilaga 5).

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Valet att göra en enkätstudie bland barnmorskor framför intervju gjordes dels på grund av att urvalet kunde bli större men även med tanken att barnmorskornas känsla av anonymitet ansågs öka med vald metod. Förhoppningen var att ärligare svar på frågorna skulle ges när informanten inte satt öga mot öga med en intervjuare.

Studiens syfte anges och beskrivs i följebreven (bilaga 1, bilaga 2). Med hänsyn till informationskravet, det första av fyra forskningsetiska krav, beskrevs även varför barnmorskornas deltagande var viktigt samt att det var helt frivilligt att delta. I följebrevet angavs våra, samt vår handledares, namn och kontaktuppgifter för att underlätta kommunikationen med oss om så önskades. Då utförlig information om

studiens syfte, hur resultatet skulle rapporteras, konfidentialitet och dylikt medföljde enkäten ansågs samtycke på förhand ej behövas. Om enhetschefen ej samtyckt till att mottagningen skulle delta i studien kunde handledaren kontaktas. När man väljer att svara på en enkätstudie ger man sitt samtycke till att delta i studien, detta i enlighet med Samtyckeskrauet (50). Godkännande från institutionens etikansvariga representant samt mottagningarnas enhetschefer gavs innan enkäterna och följbrevet delades ut.

Enligt Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning (50) måste vissa forskningsetiska krav uppfyllas. I den här studien kan enskilda personer ej identifieras, inga namn angavs på enkäterna. De ifyllda enkäterna var endast till för den aktuella undersökningen och kommer ej att användas till annan forskning eller i annat avseende, detta för att tillgodose nyttjandekravet, vilket framgår i följbreven (bilaga 1, bilaga 2). Med hänsyn till konfidentialitetskravet förstördes kuverten med mottagningens kod så snart som en avprickning skett om vilken mottagnings ifyllda enkäter som returnerats. Enkäterna förvarades i författarnas hem i säkert förvar. Det samlade resultatet från alla enkäter redovisas (50).

För att informanterna ska kunna få del av det sammanställda resultatet sänder vi den färdiga uppsatsen till de mottagningar som svarat på enkäten. Etisk prövning gjordes inte då studien utförts inom ramen för högskolestudier enligt lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (51).

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras med både statistik samt analys av fritext inspirerad av kvalitativ innehållsanalys under fyra domäner; Kunskap (frågeställning 1), Information (frågeställning 2) Provtagning (frågeställning 3 och 4) och Samstämmigheten mellan barnmorskornas upplevda och reella kunskap om HIV och bedömningen av ungdomar och unga vuxna (som de träffar) som riskgrupp (frågeställning 5). Utsagorna i fritext har kategoriserats och även bedömts kvantitativt vilket presenteras i bilaga (Bilaga 5).

Studiegruppen bestod av 25 kvinnliga barnmorskor mellan 27-62 år, vilket ger en medelålder på 44 år. Fyra av respondenterna uppgav inte sin ålder. Gruppens yrkeserfarenhet som barnmorskor på ungdomsmottagning varierade från två månader till 21 år. Majoriteten av dem hade en tidigare yrkeserfarenhet som barnmorskor på mellan 1-10 år (n=17). Deras tidigare erfarenheter innebar arbete inom barnmorskans alla verksamhetsområden: mödravård, förlossning, BB, ultraljud, gynekologi och neonatologi.

I studiegruppen fanns tio barnmorskor som svarat ja på att de hade tidigare erfarenhet av att arbeta med HIV. Detta arbete kunde vara som barnmorska eller inom en annan yrkeskategori, såsom undersköterska eller sjuksköterska. Erfarenheterna sträckte sig från att ha jobbat direkt med HIV-patienter eller HIV-projekt till rutinmässig provtagning t ex pre-operativt eller inom mödravården. De i gruppen som svarat nej på frågan om de hade tidigare erfarenhet (n=15) har i vissa fall ändå uppgivit arbetssituationer som på ett eller annat sätt är kopplade till HIV, till exempel provtagning.

### **Kunskap**

I enkäten fick respondenterna skatta sin kunskap som tillräcklig eller otillräcklig gällande HIV och dess riskgrupper, riskbeteende, smittvägar och prevention. I resultatet framkommer att de flesta anser sig ha tillräcklig kunskap inom alla angivna områden. I tabell 1 presenteras resultatet av enkätfråga 6.

**Tabell 1. Barnmorskans självskattning angående kunskap om HIV, (n=25)**

	Tillräcklig kunskap	Otillräcklig kunskap	Totalt
Riskgrupper	19	6	25
Riskbeteende	21	4	25
Smittvägar	22	3	25
Prevention	21	4	25

För att få en bild av vilka grupper respondenterna klassade som riskgrupper angavs nedanstående alternativ som förslag (fråga 7a). Barnmorskorna ombads markera dem

som de ansåg tillhöra en riskgrupp. Resultatet redovisas med det vanligast förekommande svarsalternativet först.

**Tabell 2. Riskgrupper för HIV enligt respondenterna, (n = 25)**

**Grupper**

Personer med injektionsmissbruk	25
Män som har sex med män	25
Personer som köper eller säljer sex	24
Personer med utländsk bakgrund	17
Utlandsresenärer	16
Ungdomar och unga vuxna	15
Heterosexuella män och kvinnor > 30 år	8

Angående risken att smittas av HIV ansåg 18 respondenter att det fanns annat än tillhörandet av riskgrupp förenat med risken för att smittas av HIV (fråga 7b). Tre stycken ansåg inte detta och två angav inget svar alls. Den vanligaste orsaken som angavs i fritext, utöver tillhörandet av riskgrupp, var oskyddat sex/samlag, därefter följde flera partners och (ospecificerat) riskbeteende. Övriga exempel från enstaka till ett par respondenter var oskyddat sex utomlands, alkohol och drogmissbruk, nyanländ flykting, blodtransfusion, unga vuxna med fysiskt/mentalt handikapp, andra STI-infektioner, brist på kunskap om HIV, övergrepp samt operation utomlands.

*”en ungdom kan ha injektionsmissbruk, en person med injektionsmissbruk kan köpa sex, en som köper sex kan resa utomlands...”*

**Information**

På fråga 8 uppger samtliga respondenter att de informerar ungdomarna på mottagningen om HIV. Alla utom en tillfrågad barnmorska inkluderar information om HIV i den allmänna informationen om STI. Informationen gavs framförallt i enskilda besök eller gruppbesök. När informationen gavs i grupp kunde det vara i samband med så kallad preventivmedelsinformation eller klassbesök. Som enskilt besök omnämns bland annat vid utlämning av kondomer eller dagen-efter-piller.

Beträffande fråga 9 ger alla barnmorskor information om hur HIV smittar samt hur man skyddar sig. Däremot var det 10 stycken som inte inkluderade fakta om sjukdomen i informationen.

Att informera om fakta om sjukdomen kunde innebära att ungdomarna informeras om att HIV är ett virus, en kronisk sjukdom som kan behandlas men inte botas, att det är en sjukdom som lyder under smittskyddslagen samt om provtagning och inkubationstid (tre månader). Två av respondenterna påtalar att de behöver uppmärksamma ungdomarna på att sjukdomen existerar i Sverige och i Västra Götaland. Någon jämför smittorisken med klamydia samt påtalar vikten av att vara noggrann när man har sex utomlands. Om ungdomarna frågar ges även information om symtom på sjukdomen.

*”skyddar man sig inte mot klamydia, skyddar man sig ej heller mot HIV”*

Vad gäller fakta om hur HIV smittar påtalas att viruset sprids via blod och kroppsvätskor, att det smittar via samlag och genom återanvända kanyler men inte via kyssar eller myggor, att en STI ökar risken för fler STI, att alla kan smittas och hur man har sex kopplat till risk, riskgrupper och riskbeteende.

*”... att man aldrig kan vara säker på om man har haft sex med någon som har haft sex med någon...”*

Angående information om hur man skyddar sig läggs vikt vid förebyggande information och då framförallt information om kondom användning.

*”kondom skyddar endast om den används från början till slutet av samlaget”*

*”använd kondom vid nya sexpartner, testa er tillsammans”*

## **Provtagning**

PM och riktlinjer gällande provtagning för HIV används av alla förutom en barnmorska (fråga 5). De PM som används är antingen lokala, t ex enhetens egna, regionala, t ex Västra Götalandsregionens, eller nationella t ex Smittskyddsinstitutets.

Alla barnmorskorna provtar för HIV (fråga 10), men det framkom att det förs diskussioner mellan barnmorskan och den som önskar provtagning innan provet tas. I vissa fall omprövades önskan om provtagning, men diskussionen utmynnade inte per automatik i att prov ej togs utan användes även så att barnmorskan kunde få en bild av anledningen till provtagning, det vill säga om det fanns ett riskbeteende eller en reell risk för smitta.

*”Jag kan genom information lugna någon som de facto ej utsatt sig för risk och då kan provtagning avskrivas”*

Prov kan enligt respondenterna avskrivas om inget uttalas som barnmorskan uppfattar som risk; varken tillhörandet riskgrupp eller att ha ett riskfyllt beteende. Prov kan dock tas ändå om ungdomen trots allt, efter diskussion, önskar provtagning. Barnmorskorna tar hänsyn till både riskbeteende och tillhörandet av riskgrupp, några fler nämner beteendet i fritext. Som riskbeteende uppges t ex de som haft oskyddat sex/samlag (såväl i Sverige som utomlands), oskyddat samlag med någon i en riskgrupp, fler än fyra partners det senaste halvåret samt enbart riskbeteende utan att utveckla detta närmare. Övriga exempel som framkom på vilka som provtas var alla som önskar provtagning, även de som önskar och som utsatt sig för en risk räknades in samt de som barnmorskorna rekommenderar, de som känner sig oroliga eller har utsatts för övergrepp.

## **Neka provtagning**

Att neka HIV-provtagning är ovanligt i gruppen, endast en uppger att hon gör det och en har icke tagit ställning i frågan (fråga 11a). Trots att i princip ingen uppger att de nekar provtagning beskrivs tillfällen i fritext som utmynnade i att prov ej tas. Att inkubationstiden inte har passerat är den vanligaste orsaken till att inte ta prov. En



annan anledning kan vara att prov tagits nyligen eller ofta det senaste året. Samtal förs då istället kring varför man vill ta provet och hur smitta kan undvikas.

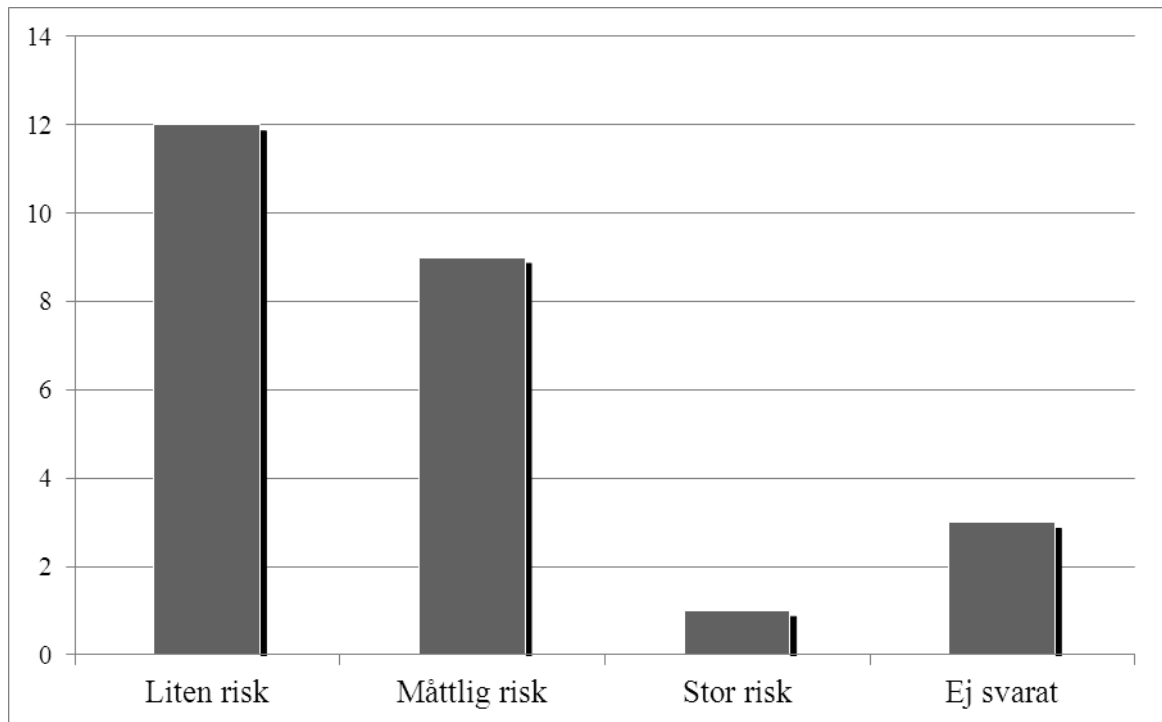
En orsak som nämndes där barnmorskan nekat till provtagning var vid HIV-skräck. Det hade förekommit att en person kommit till mottagningen vid upprepade tillfällen och önskat provtagning, då vederbörande bara tagit någon i hand. En annan orsak som nämns till att prov eventuellt ej tas är om den som önskar att bli provtagen är virgo. Virgo var ej definierat men uppfattas i sammanhanget som att ej ha haft sexuell umgänge.

Att bli provtagen påtalar många som en rättighet ungdomarna har, en nämner även att det är barnmorskans skyldighet att ta provet.

*”Inte min sak att neka. Kan finnas orsaker, som inte uttalas, till provtagning”*

HIV-prov vid annan STI-provtagning (fråga 12) erbjöds av 21 av barnmorskorna. Av resterande fyra besvarade tre stycken inte frågan.

Respondenterna ombads att ta ställning till hur stor risk det är att någon av ungdomarna, på mottagningen de arbetar på, skulle kunna vara/ bli smittade av HIV (fråga 13). Svartalternativen var: ingen risk, liten risk, måttlig risk, stor risk eller mycket stor risk. Det framkommer att 21 av respondenterna anser att det föreligger en liten till måttlig risk. Endast en menar att risken är stor och ingen att risken är mycket stor. Tre respondenter väljer att inte svara. Resultatet redovisas i Figur 1 (n=21)



**Figur 1. Bedömd risk för att någon av ungdomarna/ de unga vuxna skulle kunna vara/bli smittade av HIV.**

. På fråga 14, om barnmorskorna visste hur de skulle gå tillväga vid positivt HIV-svar, visste 21 av respondenterna hur de skulle gå tillväga om de skulle få ett positivt HIV-svar. Fyra visste inte, men hade dock kännedom om vart de skulle kunna inhämta information.

Agerandet vid ett positivt provsvar (fråga 15) sker enligt PM. Vid provtagning bokas alltid en tid för utlämning av provsvar. Den som provtas informeras även om att prov ibland kan behöva tas om. Inga provsvar ges ut per telefon. Läkare kontaktas och är också oftast den som ger besked om provsvaret. Om barnmorskan är den som ger ut provsvaret finns läkare tillgänglig på mottagningen. Vissa uppger även att krisberedskap finns och att kurator/psykolog är på plats. Patienten får stöd och lämnas inte ensam. HIV-teamet på infektionskliniken eller hud/könsmottagningen kontaktas direkt för att ta över handläggningen. Kontakt med nästa instans tas enligt de flesta barnmorskor av läkaren. Vissa uppger att de skulle följa med den unga patienten vid överlämnandet. Det framkommer inte att någon barnmorska varit med om att ett HIV-prov utfallit positivt.

### Samstämmighet mellan upplevd och reell kunskap och bedömningen av ungdomar och unga vuxna som riskgrupp

För att få svar på frågeställning 5, gjordes jämförelser med chi2-analys mellan upplevd och reell kunskap och barnmorskans beredskap för provtagning, det senare i form av hennes bedömning av risken att de skulle kunna vara/ bli HIV-smittade. Inga statistiskt signifikanta skillnader förekom.

Vid jämförelse av barnmorskornas upplevda kunskap gällande *riskgrupper* (fråga 6a) gentemot om de uppfattar ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp (svarsalternativ i fråga 7) blir resultatet enligt Tabell 3 nedan. Inga signifikanta skillnader förekom. I jämförelsen framkommer att sex av barnmorskorna anser sig ha god kunskap om riskgrupper men att de inte skattar ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp.

**Tabell 3. Jämförelse mellan upplevd kunskap om riskgrupper och ungdomar/unga vuxna som riskgrupp, chi2-analys, (n = 25)**

Upplevd kunskap om riskgrupp	tillräcklig om	Ungdomar och unga vuxna som riskgrupp		Totalt
		Ja	Nej	
	Ja	13	6	19
	Nej	2	4	6
	Totalt	15	10	25

Vid jämförelse mellan upplevd kunskap gällande *riskbeteende* (fråga 6b) och om ungdomar och unga vuxna är en riskgrupp (svarsalternativ i fråga 7) framkom att åtta barnmorskor tyckte att deras kunskap gällande riskbeteende var tillräcklig, men såg inte ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp, se Tabell 4. Inga signifikanta skillnader förekom.

**Tabell 4. Jämförelse mellan upplevd kunskap om riskbeteende och ungdomar och unga vuxna som riskgrupp, chi2-analys, (n = 25)**

Upplevd tillräcklig kunskap om riskbeteende	Ungdomar och unga vuxna som riskgrupp		Totalt
	Ja	Nej	
Ja	13	8	21
Nej	2	2	4
Totalt	15	10	25

I korstabellen nedan jämförs antagandet om hur stor risk barnmorskan trodde det var att någon av ungdomarna de träffat skulle kunna vara smittade av HIV (fråga 13) med antagandet att unga och unga vuxna är en riskgrupp (fråga 6 a). Ingen av barnmorskorna trodde att risken var stor men totalt 15 stycken såg gruppen ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp, se Tabell 5. Inga signifikanta skillnader förekom.

**Tabell 5. Jämförelse mellan risk att någon av ungdomarna skulle kunna vara smittade och bedömningen av ungdomar och unga vuxna som riskgrupp, chi2-analys, (n=25)**

Risk att någon av ungdomarna/de unga vuxna skulle kunna vara/bli smittade	Ungdomar och unga vuxna som riskgrupp		Totalt
	Ja	Nej	
Liten risk	6	6	12
Måttlig risk	7	2	9
Stor risk	0	1	1
Ej svarat	2	1	3
Totalt	15	10	25

Barnmorskorna fick skriva fritt om HIV-prevention relaterat till målgruppen för ungdomsmottagningar (fråga 16). Där framkom att målgruppen upplevs ha brist på

kunskap gällande HIV. För många är HIV inget som kan drabba dem då det är så ovanligt i Sverige. De utsätter sig för risker gång på gång, ofta i samband med alkoholintag och är dåliga på att använda kondom trots information. Barnmorskorna efterfrågar även stora informationskampanjer i samhället och större satsning på killar/unga män då detta är en grupp som inte söker sig lika naturligt till ungdomsmottagningen som tjejer/unga kvinnor. Barnmorskorna menar att målgruppen matas av mycket, ofta snedvriden, information via massmedia och internet. De har önskemål om att vuxna skulle tala mer med ungdomar om attityder kring sex och sexualvanor, egen kropp och känslor och genom det ge dem mer kunskap och utrymme för reflektion.

Det finns önskemål bland barnmorskorna om mer utbildning för att få en bättre kunskap och känna sig säkrare i frågor som rör HIV.

*”Man kan fundera över den ständigt aktuella frågan (som kanske inte kan besvaras)*

*-Varför trots info om kondomer skyddar sig inte ungdomar vid kontakter?”*

*”Trots alla risker är det viktigt att förmedla en positiv bild av sexualiteten”*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

För att bekräfta trovärdigheten vid en analys används olika begrepp. För en kvantitativ analys används begrepp som *validitet*, *reliabilitet* och *generaliserbart*. Vid kvalitativ innehållsanalys används *giltighet*, *tillförlighet* och *överförbarhet*. Vi har fått använda oss av båda metoderna då vi hade enkäter vars innehåll analyserades och sedan statistiskt bearbetades i SPSS 18.0 (48).

Vid analysen bearbetas analysenheter och olika variabler. Analysenheten för vår studie är enkätfrågorna, variablerna är de olika svar vi fått på enkätfrågorna. Variablerna kategoriserades och kvantifierats genom att vi räknade samman hur ofta en variabel förekommit som svar på varje analysenhet, det vill säga varje enkätfråga (bilaga 5) (52).

## **Validitet och giltighet**

Validitet och giltigheten avgörs av hur sanna resultaten är, det vill säga om resultatet är rimligt och trovärdigt (48). Validering innebär att ge en god bild av analysenheten. Detta kan leda till att analysenheten får delas upp i två eller flera enheter alternativt att endast det huvudsakliga budskapet i analysenheten presenteras (52). I vårt fall var materialet av sådan storlek att alla analysenheter har kunnat analyseras noggrant, vilket vi menar ökar validiteten och giltigheten för det slutgiltiga resultatet.

För att påvisa giltigheten har vi genom att undersöka vad respondenterna svarat i fritext, och hur ofta dessa svar framkom under varje fråga sammanställt svaren i olika kategorier (bilaga 5). Kategorierna skapades i samband med att vi analyserade svaren vi fått i enkäterna. Intressanta infallsvinklar eller exempel som bara förekom i någon enstaka enkät redovisas också i resultatet. Svaret där barnmorskan nekat en ungdom provtagning då det framkommer att orsaken är obefogad rädsla för HIV är ett exempel på en sådan.

Vårt val av urvalsgrupp föll sig naturligt på barnmorskor på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän. I sitt arbete möter de ungdomar och unga vuxna samt arbetar med STI prevention vilket även innefattar HIV prevention. Valet av Göteborg och Södra Bohuslän föll sig också naturligt, dels då vi studerar vid Göteborgs Universitet men även då det har gjorts en tidigare studie som pekar på att brister finns i de bedömningar som görs på Göteborgs ungdomsmottagningar angående huruvida HIV-prov bör eller inte bör tas.

Analysarbetet som utförts har noggrant beskrivits i metodavsnittet. Citat från enkäterna har använts för att illustrera och ge evidens för det beskrivna resultatet.

## **Reliabilitet och tillförlitlighet**

Reliabilitet betyder att man betygsätter kvalitén och noggrannheten på undersökningen. *Interkodarreliabilitet* innebär att man låter en annan person gå igenom hela materialet och kodmärka det för att sedan jämföra de två olika resultaten

procentmässigt (52). Vi har inte använt oss av interkodarreliabilitet, men däremot gått igenom svaren noggrant vid upprepade tillfällen samt lagt in svaren i ett Exceldokument. Sammanställningen av denna genomgång kan ses i bilaga 5. Vi menar därför att studien har en god reliabilitet. En beskrivning av hur analysarbetet har gått till är nödvändigt för att bekräfta resultatets tillförlighet (48). All bearbetning och analys, har gjorts av oss tillsammans, vilket har inneburit en grundlig analysprocess då båda författarna behandlat och värderat alla svar i enkäterna.

Något som kan påverka de flesta typer av studier är att respondenten inte är ärlig i sina svar utan istället svarar utifrån social önskvärdhet. Den genomgripande tendensen är att individer presenterar sig i en så gynnsam ställning som möjligt när det gäller sociala normer och sedvanor, vilket i sin tur äventyrar forskningsresultat (53). Frågan är om detta till viss del kanske gäller den här studien. I forskningspersonsinformation, som skickades tillsammans med enkäterna, beskrevs kort syftet med undersökningen (bilaga 1, bilaga 2). Där kunde även utläsas att HIV-provtagning enligt tidigare undersökningar varit bristfällig. Med denna information som bakgrund kan eventuellt svaren i enkäten ha påverkats av social önskvärdhet och vissa som fått enkäten valt att inte svara alls. Möjligen kan även resultatet ha sett annorlunda ut om alla hade svarat. De som har ett större intresse för området kanske är de som har besvarat enkäten eller vice versa.

### **Generaliserbarhet och överförbarhet**

Resultatets generaliserbarhet och överförbarhet visar i vilken utsträckning resultatet kan överföras och användas i andra grupper eller situationer (54). Läsaren är den som avgör om resultatet är överförbart på andra kontexter. Även en noggrann beskrivning av urval, deltagare, datainsamling, analys och de omständigheter som utgör kontexten för studien är avgörande för att bedöma resultatets generaliserbarhet och överförbarhet (48). Vi har noggrant beskrivit hur vår studie är upplagd. Studien skulle därför kunna göras om på ungdomsmottagningar i en annan del av landet eller på en annan mottagning som möter ungdomar och unga vuxna samt arbetar med HIV-prevention. Däremot kan alltså inte denna studies resultat appliceras på barnmorskor på ungdomsmottagningar generellt i Sverige.

## Enkäten

Anledningen till valet av enkät istället för intervjustudie var en förväntan av mer ärliga svar då barnmorskorna kunde svara konfidentiellt (55). Med intervju som metod hade dessutom antalet deltagare i studien varit betydligt färre, något vi såg som en nackdel för resultatet.

Enligt Ejlertsson (55) finns en rad fördelar och nackdelar vid valet av enkätstudie kontra intervjustudie. En fördel med enkäter kan vara att man eliminerar den så kallade *intervjuareffekten*. Vid en enkätstudie påverkas inte respondenten av intervjuarens sätt att ställa frågor eller följdfrågor på samma sätt som den kan påverkas vid en intervju. En enkätstudie kan även göras på ett förhållandevis stort urval jämfört med intervju. Med en stor urvalsgrupp kan resultatets generaliserbarhet och överförbarhet vara betydande. Den här studiens urvalsgrupp är för liten för detta, men resultatet skulle kunna användas som en del i en större undersökning och då ge resultat som är generaliserbara och överförbara.

En annan faktor som Ejlertsson (55) lyfter fram som positiv för enkätstudier är att respondenten kan begrunda frågorna och svarsalternativen i lugn och ro. Om så önskas kan även faktauppgifter kontrolleras (55). Detta är emellertid en faktor som vi inte ser som positiv för våra enkäter. Vår förhoppning är att angivet svar inte är kontrollerat mot fakta då detta eventuellt skulle förändra resultatet och även påverka hur sanna resultaten är, det vill säga validiteten och giltigheten för studien.

En nackdel med enkät kontra intervju är att respondenten inte har möjlighet att ställa kompletterande frågor, i synnerhet om frågan är svår att förstå (55). Även detta skulle kunna påverka resultatets validitet och reliabilitet då ett svar skulle kunna se annorlunda ut om frågetecknen rätats ut innan svaret gavs.

I vår studie kunde vissa svar ibland vara svåra att tyda. Vid en intervju skulle man kunna få en direkt återkoppling och på så vis kunna klargöra svaret och ytterligare lyfta resultatets validitet och giltighet. Ett exempel på detta är frågan som handlar vilka som räknas som riskgrupp (fråga 7a), där några respondenter kommenterat de olika grupperna, att de "kan vara" en riskgrupp eller att de anser att gruppen är



ospecifik. De föreslagna riskgrupperna är alla utom en (heterosexuella män och kvinnor >30 år) tagna ur regeringens proposition 2005 06:60 och anses där vara grupper i samhället som löper större risk än andra att drabbas av HIV (21).

När vi gjorde analysen upptäckte vi att vissa enkätfrågor var felaktigt ställda. En av respondenterna kommenterade att frågan ”*Hur stor risk tror du att någon av ungdomarna du träffar skulle kunna bli/vara smittad av HIV?*” (fråga 13) egentligen är två frågor. Den syftar både på något som skulle vara nu men även på vad som kan hända i framtiden och kräver egentligen två svar, men i vår enkät fanns bara ett svarsalternativ. Hade vi ställt två separata frågor kanske resultatet dessutom hade blivit annorlunda. Om enkäten ska användas i en större studie skall denna fråga delas upp på två. Validiteten för svaren som gavs på den här frågan i studien kan givetvis ifrågasättas då det är omöjligt att veta om respondenterna verkligen velat ge samma svar på både frågan *bli* och *vara*.

Det finns risk att respondenten misstolkar frågor i en enkätstudie. En av frågorna som ställdes för att synliggöra hur många år respondenterna har arbetat som barnmorskor, ”*övrig yrkeserfarenhet som barnmorska*” (fråga 3b), var lätt att misstolka. Under analysen insåg vi att svaren syftade till antingen sammanlagd tid eller övriga år som barnmorska. Det var inte möjligt för oss att skilja på vem som syftat på vad och därför kunde detta inte presenteras eller användas i studien. En bättre formulering hade varit att efterfråga sammanlagda år som yrkesverksam barnmorska. En omformulering hade gjort att variabeln hade kunnat användas vid jämförande analyser för att se om antalet år som barnmorska påverkar hur man ser på ungdomar och unga vuxna ur riskgrupp-/riksbeteendeperspektiv. Det hade även varit av intresse att göra en jämförelse av ett sådant resultat med en framtida studie.

En pilotstudie hade kanske kunnat uppmärksamma de frågor som var svårtolkade eller ställda på ett felaktigt sätt. Vår avsikt var att göra en pilotstudie men detta misslyckades då vi aldrig fick respons på pilotenkäten som vi skickat ut till en ungdomsmottagning som inte skulle ingå i studien. Enkätens reliabilitet och tillförlitlighet hade kunnat lyftas ytterligare om pilotstudien hade genomförts som planerat.

En fråga vi har ställt oss är bland annat vad respondenterna menar när de skriver ”oskyddat samlag”, menar de då bara penetrerande samlag eller menar de alla oskyddade sexuella handlingar? Vid analysen av materialet kategoriserades de olika alternativen till gruppen oskyddat sex/samlag (se bilaga 5).

En fördel med kvalitativ innehållsanalys är att metoden kan anpassas till det syfte, datamaterial och till den erfarenhet och kunskap som forskaren som utför studien har. Forskare med god erfarenhet och ett gediget datamaterial får ett mer uttömmande och målände resultat (48). Vår oerfarenhet färgar säkerligen resultatet. Med mer erfarenhet hade vi eventuellt konstruerat frågorna till enkäten annorlunda och sannolikt ställt andra frågor. Genom att vi konstruerade enkäten själva hade vi inget tidigare material att jämföra med vid analysen. Vi kunde heller inte finna frågor som var kvalitetstestade av andra, men vi inhämtade synpunkter på enkäten av andra professionella i vår omgivning.

Vad gäller utformningen av enkäten ser vi i efterhand att vi inte alltid varit konsekventa i designen. De flesta frågor har ”ja” och ”nej” alternativ, men inte alla. För att underlätta för respondenten och även vid sammanställandet av resultatet borde svarsalternativen vara uppställda på samma sätt för alla de kvantitativa frågorna.

Under analysen har vi kommit fram till att vi missat frågor som vi i efterhand inser hade varit nyckelfrågor, dessa frågor är:

- Tycker Du att ungdomarna du möter i ditt arbete har ett sexuellt riskbeteende?
- Enligt tidigare studier uppger ungdomar och unga vuxna att de nekats HIV-provtagning på ungdomsmottagningar. Vad är Din uppfattning om detta? Vad tror Du att nekandet kan bero på?

Dessa frågor behöver inkluderas i en eventuell större studie. Vi hade ett bortfall på 11 enkäter vilket ger en svarsfrekvens 69 %. Detta är ett förväntat gensvar då enkätundersökningar brukar ge en svarsfrekvens på mellan 50-75% (56). Vi utgick från att det skulle bli ett bortfall men valde att endast skicka en påminnelse då deltagandet i studien skulle vara helt frivilligt.

## **RESULTATDISKUSSION**

Barnmorskorna i studien anser sig ha en tillräcklig kunskap kring HIV, dess riskgrupper, riskbeteende, smittvägar och prevention. Trots detta ser de inte ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp i lika stor utsträckning som andra definierade riskgrupper. HIV-provtagning utförs på ungdomsmottagningarna och det förebyggande arbetet utförs i form av preventiv information till ungdomarna och då framförallt om smittvägar och risker. Barnmorskorna uppger att de i princip inte nekar någon som önskar provtagning men det framkommer att samtal förs som kan leda till att prov inte tas. Barnmorskorna anser att det framförallt är riskbeteende och oskyddat samlag/sex som förutom att tillhöra en riskgrupp är den största anledningen till att ta ett HIV-prov. Vid ett positivt provsvar menar barnmorskorna att de skulle handla enligt PM och den som önskar provtagning bli omhändertagen enligt detta.

### **Kunskap**

De flesta barnmorskorna i studien skattade sin kunskap om HIV och riskgrupper, riskbeteende, smittvägar och prevention som tillräcklig. Något vi anser anmärkningsvärt är att det ändå fanns barnmorskor som inte ansåg sig ha tillräcklig kunskap gällande riskbeteende, smittvägar och prevention, i synnerhet eftersom de arbetar med sådana frågor samt att de alla uppger att de informerar ungdomarna om de olika delarna. Exakt vilka brister de anser sig ha framkommer inte. Vi tolkar det som att de förmodligen har en grundläggande kunskap som de önskar utveckla. Precis som Christianson, Berglin och Johanson (2) anser vi att personalen måste ha en god kunskap om HIV för att kunna tillhandahålla god information om HIV-prevention till ungdomar och unga vuxna (2).

Enligt regeringens proposition 2005/06:60 (21) anses personer med injektionsmissbruk, män som har sex med män, personer som köper eller säljer sex, personer med utländsk bakgrund, utlandsresenärer samt ungdomar och unga vuxna som särskilt riskutsatta grupper (21). I studien framkommer att barnmorskorna framför allt räknar de tre förstnämnda grupperna som riskgrupper (personer med injektionsmissbruk, män som har sex med män, personer som köper eller säljer sex). Mindre än hälften av barnmorskorna anser att gruppen ungdomar och unga vuxna är

en riskgrupp. Detta kanske inte är så konstigt då vi menar att det i samhället i överlag fortfarande råder en uppfattning att det framför allt är homosexuella män, prostituerade och de med injektionsmissbruk som bär på, och riskerar att smittas av HIV. Detta menar även Altman som uppger att när HIV omnämns i media nästan alltid gäller någon annan geografisk lokalisering (Afrika, Asien, Östeuropa) eller specifik social grupp (missbrukare, hemlösa). Han menar även att HIV inte längre ses som ett hot mot vår västerländska livsstil (25). Vi anser dock att det är ytterst viktigt att barnmorskor som arbetar på en ungdomsmottagning har en bredare syn på vilka som tillhör en riskgrupp. Det viktiga i sammanhanget är dessutom riskbeteende och inte enbart tillhörande av riskgrupp. Då studier har visat att många ungdomar och unga vuxna har ett riskbeteende (8, 32) borde det kanske vara mer självklart att klassificera denna grupp som en riskgrupp. När man inte gör det finns risken att provtagning kanske hoppas över när den egentligen bör utföras för att inte missa en smitta. Även Christianson, Berglin och Johansson (2) menar att en bredare screening av populationen skulle kunna nå grupper som tros ha låg risk för smittan och därmed hög risk för sen diagnos (2).

Tre av barnmorskorna ansåg inte att det fanns något annat än just tillhörandet av riskgrupp förenat med risk. Dessutom framkom att av dem som ansåg sig ha en god kunskap om riskgrupper var det ändå så många som sex respondenter som inte ansåg att ungdomar och unga vuxna är en riskgrupp. Samma sak gällde för riskbeteende, vilket enligt definitionen i Folkhälsovetenskapligt lexikon innebär ett beteende som förknippas med ökad risk för specifik sjukdom, ohälsa eller skada (6). Åtta av respondenterna ansåg att deras kunskap kring riskbeteende var god, men ansåg ändå inte att ungdomar och unga vuxna är en riskgrupp. Enligt vad vi fick fram i jämförelsen mellan uppfattningen om risk för att ungdomar kunde vara smittade och synen på ungdomar som en riskgrupp, så råder det en dålig samstämmighet mellan att betrakta ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp eller ha ett riskbeteende och att tro att de skulle kunna bli smittade av HIV (tabell 5). Detta anser vi vara intressant då ungdomar och unga vuxna enligt tidigare forskning (32) har ett ökat sexuellt risktagande samt att kondomanvändningen vid tillfälliga sexuella kontakter har minskat i gruppen (8, 35). Eftersom det i huvudsak är de sexuellt aktiva som besöker ungdomsmottagningen borde detta vara något alla barnmorskor på en

ungdomsmottagning är medvetna om och förknippar med risken för överförandet av HIV. Det kanske skulle kunna förklaras med att HIV än så länge, är så pass ovanligt i ungdomsgruppen, till skillnad från klamydia och därför inget barnmorskorna fokuserar på. Hypotetiskt sett skulle det kanske kunna förklaras av att huvuddelen av de ungdomar och unga vuxna som respondenterna har träffat kanske faktiskt inte har något sexuellt riskfyllt beteende?

### **Information**

I studien framkommer att så gott som alla barnmorskor inkluderar information om HIV till ungdomarna och unga vuxna i grupp och/ eller enskilt. Informationen som ges ser ut att vara korrekt gentemot fakta om HIV (16, 20). Alla inkluderar inte faktainformation om sjukdomen, hur HIV smittar och hur man skyddar sig uppger dock alla barnmorskorna att de informerar om. Att faktainformation om sjukdomen utesluts i informationen som ges bedömer vi som rimligt. Vi tror att för mycket information kan bli svårt att ta till sig för den gruppen som söker sig till en ungdomsmottagning, då det istället är lämpligare att fokusera på det mest väsentliga. Alla barnmorskor ger information om hur man smittas, detta trots att tre av barnmorskorna uppgett att de har otillräcklig kunskap kring hur HIV smittar. Hur HIV smittar verkar uppges korrekt jämfört med Smittskyddsinstitutets sjukdomsinformation (16). Att ge information om hur HIV inte smittar, vilket också verkar göras, är viktigt för att inte skapa en onödig oro.

Kunskapen om HIV är idag låg bland svenska ungdomar och unga vuxna. 60 % av ungdomarna har en bristfällig kunskap om HIV och hur infektionen sprids (57). Att kunskapen är bristfällig påtalas även av två av barnmorskorna i studien. De menar att de måste uppmärksamma ungdomar och unga vuxna på att sjukdomen ens existerar i Sverige. Samtidigt är kondomanvändningen i Sverige idag låg. I en undersökning utförd i Sverige 2011 framkom att 31 % bland 20-35 åringar använder kondom som preventivmedel. I samma undersökning framkom det att mindre än hälften använde kondom första gången de hade samlag med en ny partner, 46 % vid vaginalt samlag och 37 % vid analt (58). Att kondomanvändningen var låg visade även Herlitz undersökning som utfördes mellan 1987-2007 (8). Kondom är det enda skyddet mot sexuellt överförbara infektioner om den används på ett korrekt sätt (59). Just

användningen av kondom är det barnmorskorna i den här studien uppger att de informerar mest om i det förebyggande arbetet. Att främja kondomanvändning är primärprevention vilket enligt Janlert (6) är åtgärder som initieras för att förhindra uppkomst av sjukdom (6). I samstämmighet med Herlitz och Steel (37) påtalar respondenterna vikten av informationskampanjer i samhället för att öka kunskapen om HIV (37). Det är dock viktigt att barnmorskan inte bara fokuserar på risker och negativa aspekter av sexualitet utan även lyfter fram det positiva och främjar sexuell hälsa. Att ha ett positivt och respektfullt förhållningssätt till sexualitet för att främja sexuell hälsa påtalas i WHO: s definition (4). Även en av barnmorskorna i studien belyser vikten av att förmedla en positiv bild av sexualitet.

### **Provtagning**

Det framkommer i studien att alla barnmorskor på ungdomsmottagningen provtar för HIV och att de tar hänsyn till både riskbeteende och tillhörande av riskgrupp vid provtagning, vilket vi tycker är positivt. Det framkommer dock även i studien att diskussion förs som leder till att prov inte tas. Det finns fall där det är korrekt att vänta med provtagningen, så som när inkubationstiden inte passerat, men också fall där det är svårt att avgöra om nekandet till provtagning verkligen var korrekt. Prov kan enligt barnmorskorna avskrivas om inget framkommer som de uppfattar som risk, tillhörande av riskgrupp eller riskbeteende. En av barnmorskorna nämner dock att det inte är hennes sak att avgöra om provet skall tas eller inte, det kan finnas outtalade anledningar till provtagning. Detta tycker vi är viktigt, och kanske något som alla barnmorskor skulle beakta, att det i vissa fall finns anledningar som inte framkommer under besöket till varför önskemålet om provtagning har uppkommit. Ett professionellt bemötande karaktäriseras av att den professionella hjälparen känner till och använder sig av de lagar och regler som gäller. Lika behandling för alla och ingen godtycklighet eller agerande efter dagsform är tillåten. Den hjälpsökande kan behöva informeras om vilka rättigheter hon/han har och vilka befogenheter den professionelle har då dessa kan vara okända för den hjälpsökande (11).

Att ungdomar kanske inte alltid vill berätta hela historien till varför de önskar provtagning framkommer även i Cristianson, Berglin och Johanssons studie (2). Bland respondenternas svar i vår studie verkar det som om prov trots allt tas om

önskan kvarstår efter diskussion. Vi uppfattar av resultatet i den här begränsade studien att ungdomar och unga vuxna kanske inte nekas provtagning, men att de däremot måste argumentera och själva vara mer pådrivande för att få ett prov taget. Om inkubationstiden ej passerat är det nog dessutom väsentligt att boka in en tid för provtagning när tre månader passerat, och samtala om att det är av ännu större vikt att man använder sig av kondom tills provet är taget, med hänsyn till smittriskan. Problemet att många ungdomar uteblir från bokade besök försvårar möjligen en sådan rutin.

När prov väl tas är det väsentligt att boka in ett återbesök för utlämning av provsvar, vilket alltid görs enligt respondenterna. Att inte ha ett bokat återbesök för provutlämning upplevdes som något negativt bland ungdomarna i Christianson, Berlin och Johanssons studie (2) vilket tyder på att återbesök är väsentligt.

Samtalet framförs av barnmorskorna i studien som ett viktigt inslag i samband med provtagning, särskilt när prov tagits nyligen och eller önskas ta om vid upprepande tillfällen. Forskning om friskfaktorer hos ungdomar har visat att den viktigaste faktorn för hälsofrämjande arbete är att ha en förtroendefull vuxen att prata med (45, 60), vilket vi anser skulle kunna vara barnmorskan. Samtal är en viktig komponent för en god vård och gott preventivt arbete när det gäller sexuell hälsa för unga. Detta är områden där ungdomarna gör sina egna val, men också där vårdpersonalen har en uppfattning om vad som är bra och inte. I samtalet ges gyllene tillfälle för den unga själv att få en förståelse för sina livsval och, om nödvändigt, vilken förändring hon/han kan behöva göra för att undvika att hamna i en ogynnsam situation (7).

Störst genomslagskraft för kunskapsöverföring får man genom att skapa en god kontakt med den man möter. Att lyckas anpassa budskapet till den individen och gruppen som individen tillhör (7). Dessutom skall man enligt Berg (9) visa respekt samt ha förmåga till inlevelse för de behov och reaktioner som den man möter visar upp (9). Att bli respektfullt bemött utmärks utav att den professionelle visar intresse och gör vad hon/han kan för att få till en dialog under mötet. Den hjälpsökande ska få tid till att lämna all information hon/han vill ge samt tid till att ställa frågor. Den professionelles ansvar blir att aktivt arbeta för att få fram den information som inte kommer fram spontant. Fattade beslut måste tydliggöras och förklaras för den

hjälpökande så att denna får en chans att ge sin syn på saken och agera utefter beslutet (11). Ett visst mått av mod krävs för att be om HIV-provtagning. Det är viktigt att barnmorskorna är medvetna om detta och bemöter personen och önskemålet respektfullt. En satsning på att hjälpa ungdomarna att minska sitt riskbeteende och att låta de ungdomar som testat sig veta att de visar prov på ansvarsfullhet lyfts även fram i kunskapsunderlaget ”Att förebygga HIV och STI bland ungdomar och unga vuxna” (7).

Det är särskilt viktigt med längre tid för samtal med grupper så som de med många partners och täta partnerbyten, parallella sexuella relationer, HBT-personer eller de som ofta har sex utomlands. Diskussion kring hur alkohol och droger påverkar det sexuella beteendet kan också ingå i dessa samtal (7). Samtalen om dessa ämnen får inte vara förklarande, övertalande eller påvisande då detta oftast bara ger motsatt effekt. Individerna vill själv bestämma över sitt eget liv och de unga styr själva hur de vill leva ut sin sexualitet. Professionella kan dock påverka genom att starta processer som leder till tankar och funderingar, förmedla kunskap via dialog samt vid önskan där behov finns hos ungdomar med riskfyllt beteende verka för förändring via motiverande samtal, MI-samtal (7). Nilsson och Waldemarsson (14) menar att det är den som äger problemet som ansvarar för problemet (14).

I stort sett alla respondenter uppger att HIV-prov tas i samband med annan STI-provtagning. Det framkommer dock inte om detta alltid görs. En STI ökar risken för HIV (61). Har man en STI menar vi att man har ett sexuellt beteende där man utsätter sig för en risk att smittas av HIV. Detta är även något barnmorskor i studien påtalar. Enligt Västra Götalands PM ”Rekommendationer för provtagning vid misstanke om STI/HIV och Hepatit”, framkommer att personer som tidigare haft sexuellt överförbara infektioner bör erbjudas provtagning (29). Att komplettera all STI-provtagning med HIV-prov tycker vi vore en god idé för att signalera att man genom att ha oskyddat samlag faktiskt utsatt sig för en risk att smittas av HIV.

Det är enligt barnmorskorna en liten till måttlig risk att någon av ungdomarna de möter i sitt arbete skulle kunna vara/bli smittade av HIV. Ingen av dem som ansåg ungdomar och unga vuxna vara en riskgrupp ansåg heller att det var mer än måttlig risk att någon av ungdomarna de möter skulle kunna vara eller bli smittad av HIV.



Förmodligen har de rätt i att inte värdera risken hög just nu. Att detta skulle kunna förändras relativt obemärkt är dock ganska troligt tror vi. Klamydia är vanligt bland sexuellt aktiva ungdomar (7, 41), och en stor andel har sexuella kontakter utan skydd (8, 58). Kommer HIV in i ungdomsgruppen kan man kunna anta att en snabb spridning skulle kunna ske.

Av vad som går att utläsa av enkätsvaren skulle ett omhändertagande av en ung person där ett positivt provsvar inkommit tas om hand på ett korrekt, respektfullt och omhändertagande sätt. Ungdomarna i Christianson, Berglin och Johanssons studie (2) trodde att personalen kunde vara dåligt förberedda vid ett positivt HIV-svar (2). Detta var inget som framkom i vår studie. I de fyra fall barnmorskorna inte visste hur de skulle gå till väga vid ett positivt provsvar visste de i alla fall vart de ska inhämta information om handläggningen.

Vår studie kan ses som en pilotstudie inför en större undersökning. I studien framkommer inte vad barnmorskorna tänker och anser om att ungdomar och unga vuxna som önskar provtagning upplever sig ifrågasatta och nekade om sitt önskemål om HIV-provtagning. Barnmorskornas svar på detta skulle vara intressant och kunna ge vägledning i hur HIV-preventionen kan förbättras.

### **Slutsats**

Tidigare studier indikerar att bedömning av risk för HIV bland ungdomar och unga vuxna görs utifrån riskgrupp istället för riskbeteende vilket innebär att även rekommendation för provtagning görs utifrån den bedömningen (1). Ungdomar och unga vuxna är en definierad riskgrupp (21) och en önskan om HIV-provtagning bör tillgodoses (20). Bland den här studiens barnmorskor verkar HIV-provtagning ske frikostigt och ett eventuellt nekande till provtagning endast ske på goda grunder. I studien framkommer att barnmorskorna anser sig ha en god kunskap om riskgrupper och riskbeteenden, men skattar inte ungdomar och unga vuxna som en riskgrupp. Bland de som menar att ungdomar och unga vuxna tillhör en riskgrupp anser en stor del att risken för att ungdomar och unga vuxna som de träffar skulle kunna vara/bli smittade av HIV som måttlig till låg.

### **Praktisk tillämpning**

Studien visar att barnmorskorna anser att HIV-prevention är viktigt, trots att förekomsten av HIV inte är så stor i Sverige idag. En förändring av detta skulle lätt kunna ske, särskilt i gruppen ungdomar och unga vuxna som har ett stort sexuellt riskbeteende. En ständig uppdatering är alltid nödvändig. I studien efterfrågas utbildning, informationskampanjer framförallt riktade mot killar/unga män samt ett önskemål om vuxna skulle tala mer om sex och- samlevnad och relationer med ungdomar och unga vuxna. Detta med ett fokus på framförallt riskbeteende istället för riskgrupper skulle sannolikt arbetet för HIV-prevention ytterligare förbättras.

### **REFERENSER**

1. Ekström, A M. Vergara Guerra, M. Ralsgård, C. Eklund, N. Thourot, Å. Aminoff, J. Nanning, K-H. Ungdomar nekas hivtestning. Svenska Dagbladet. 2010-12-04.

2. Christianson M, Berglin B, Johansson E. It should be an ordinary thing- a qualitative study about young people's experiences of taking the HIV-test and receiving the result. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(4): 678-683.
3. Edwards W, Coleman E. Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of sexual behaviour* 2004;33 (3): 189-195.
4. Department of reproductive health and research. Developing sexual health programs. A framework for actions. World Health Organisation; 2010. WHO/RHR/HRP/10.22.
5. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur, 2004.
6. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och kultur, 2000.
7. Socialstyrelsen. Att förebygga HIV och STI bland ungdomar och unga vuxna. Kunskap och vägledning för hälso- och sjukvården och andra intresserade aktörer. Socialstyrelsen, 2009.
8. Herlitz C. Hiv och AIDS i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007. Västerås: Edita Västra Aros, 2008.
9. Berg, M. Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning. Akademisk avhandling. Göteborg: Institutionen för vårdpedagogik, Göteborgs universitet; 2002.
10. Holm, U. Empati. Att förstå andra människors känslor. 2:a utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur, 2001.
11. Weiner Thordarsson, K. Professionellt bemötande. Sundbyberg: Alfa Print, 2007.
12. Holm, U. Det räcker inte att vara snäll. Om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken. 2:a uppl. Stockholm: Natur och Kultur, 2009.

13. Eriksson, K. Vårdprocessen. 5:e uppl. Stockholm: Liber AB, 2000.
14. Nilsson B, Waldemarson A-K. Kommunikation-samspel mellan människor. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur, 2007.
15. Hägg, K. Kouppa, S M. professionell vägledning med samtal som redskap. Lund: Studentlitteratur, 1997.
16. Smittskyddsinstitutet och Smittskyddsläkarföreningen. Sjukdomsinformation om hivinfektion. 2010-07-29. Tillgänglig:  
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hivinfektion>. 2010-12-26.
17. Smittskyddsinstitutet. Epidemiologisk årsrapport 2010. Tillgänglig:  
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/Epidemiologisk-%C3%A5rsrapport-2010-2011-1-5.pdf>  
2012-01-10
18. Smittskyddsintitutet. Epidemiologisk årsrapport 2009. Tillgänglig:  
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/publikationer/epi-arsrapport-2009.pdf>.  
2010-12-14.
19. Smittskyddsensheten Västra Götalandsregionen. HIV-infektion Västra Götalandsregionen. (2011-03-01). Tillgänglig:  
<http://www.vgregion.se/upload/Smittskyddsensheten/Statistik/2010/%C3%85rsstatistik/Hiv%202010%20JJ%20.pdf>. 2011-11-13.
20. Smittskyddslagen (2004:168). (2004-04-07). Tillgänglig:  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20040168.htm>. 2011-11-13.
21. Regeringens proposition 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Stockholm: Socialdepartementet.

22. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar 2000-2002 (Elektronisk). Tillgänglig:  
<http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf>. 2012-12-16.
23. Ross D, Dick B, Ferguson J (Eds). Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review from developing countries. WHO Technical report series 983. Geneva: World Health Organization; 2006.
24. Idestrom M. Ungdomsmottagningarna saknar enhetlig struktur för sitt preventiva arbete. Läkartidningen 2009; 106 (3): 128-129.
25. Altman D. AIDS and the globalization of sexuality I: Follér M-L, Thörn H (red). No name fever. Lund: Studentlitteratur, 2005. s.93-116.
26. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2008.
27. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, the MEN group. Voluntary testing in Europe. Scandinavian Journal of Public Health 2004;32 (2): 102-110.
28. Lauby J L, Bond L, Eroglu D, Batson H. Decisional balance: Perceived risk and HIV testing practices. AIDS and Behaviour 2006;10 (1): 83-92.
29. Smittskyddsenheten- Västra Götalandsregionen. PM för rekommendationer för provtagning vid misstanke om STI/HIV och Hepatit (elektronisk). (2007-10-10). Tillgänglig:  
<http://www.vgregion.se/upload/Smittskyddsenheten/PM%20anvisningar/PM/Rekommendationer%20för%20STI-HIV-hepatitprovtagning.pdf>. 2011-01-12.
30. Regeringens proposition 2007/2008:110. En förnyad folkhälsopolitik, 2007/2008:110. Stockholm; 2008-03-13.
31. HIV-portalen-För dig som arbetar med HIV/STI-prevention och sexuell hälsa: Fakta och statistik; ungdomar och unga vuxna Tillgänglig:

<http://www.hivportalen.se/fakta/riskutsattagrupper/Sidor/ungdomarochungavuxna.aspx>. 2011-01-07.

32. Forsberg, M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. Statens folkhälsoinstitut Rapport 2006:18. Stockholm: Edita, 2006.
33. Bergren I. Identitet, kön och klass: hur arbetarflickor formar sin identitet. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 2001.
34. Häggström-Nordin E. World apart? Sexual behaviors, contraceptive use and pornography consumption among young women and men. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis; 2005.
35. Herlitz C, Forsberg M. Sexual behaviour and risk assessment in different age cohorts in the general population of Sweden (1989-2007). *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010; 38 (1): 32-39.
36. Persson E, Jarlbro G. Sexual behaviour among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitourinary medicine*. 1992; 68 (1): 26-31.
37. Herlitz C, Steel J. A decade of HIV/AIDS prevention in Sweden: changes in attitudes associated with HIV and sexual risk behaviour from 1987-1997. *AIDS* 2000; 14 (7): 881-890.
38. Horton R. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS. *The Lancet*. 2008; 372 (9637): 421-422.
39. Lindell M E, Olsson H M. Students opinions about sex education in a Swedish school region. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1993; 21(3): 203-210.

40. Forsberg M. Ungdomars sexuella hälsa; Internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. Stockholm: Socialstyrelsen 2007.
41. Smittskyddsinstitutet. Statistik för klamydiainfektion (Elektronisk). Tillgänglig: [www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/](http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/). 2011-09-09.
42. Smittskyddsinstitutet. Statistik för gonorré (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/gonorre/>. 2011-11-13.
43. Herlitz C. Allmänheten och hiv/aids: Kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003. Stockholms: Statens Folkhälsoinstitutet, Rapport 2004:7.
44. Enheten för hivprevention och sexuell hälsa. Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. 2:a upplagan. Smittskyddsinstitutet, Solna: SMI-tryck 173-2010.
45. Ferrer-Wreder L, Stattin H, Cass Lorente C, Tubman J G, Adamson L. Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga- En forskningsöversikt. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete/IMS. Gothia: Socialstyrelsen, 2005.
46. Christianson M, Lalos A, Johansson E. Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007;25 (1): 38-43.
47. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur, 2003.
48. Lundman B, Hällgren Granheim U. Kvalitativ innehållsanalys I: Granskär M, Höglund-Nielsen. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur, 2008.

49. Graneheim, U H. Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education today. 2004; 24 (2): 105-112.
50. Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning (Elektronisk). Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>. 2010-12-17.
51. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Regeringskansliet.
52. Esaiasson, P. Gilljam, M. Oscarsson, H. Wängnerud, L. Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad. 2:a upplagan. Stockholm: Elanders Gotab, 2003.
53. King, M F. Bruner, G C. Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. Psychology and Marketing 2000; 17 (2): 79-103.
54. Polit, D. F. Beck, C.T. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization, 6:e uppl. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
55. Ejlertsson G. Enkäten i praktiken. En handbook i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur, 2005.
56. Trost, J. Enkätboken. 3:e upplagan Studentlitteratur: Pozkal, 2007.
57. UNGASS-rapporten. Ungass Country Progress Report 2010. Stockholm: Regeringskansliet, 2010.
58. RFSU. Kådiskollen 2011- 20-35 år. YouGov; 2011.
59. Kaplan, A. Fertilitetsreglering. I: Kaplan A, Hogg B, Hildingson I, Lundgren I (red.). Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur, 2009: 497-542.



60. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteenden i barndomen. Vad säger forskningen? Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete/IMS. Gothia: Socialstyrelsen; 2008.

61. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 1999;75 (3): 3-17.

## BILAGOR

### Bilaga 1



## GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

#### **Kunskap, information och provtagning om HIV hos Barnmorskor på Ungdomsmottagning**

##### **Studiens bakgrund**

Våren 2010 utförde Karolinska Institutet en undersökning om rådgivning vid HIV-provtagning bland landets 226 ungdomsmottagningar. En simulerad klient ringde ungdomsmottagningarna för råd om HIV-provtagning. I undersökningen framkom det att mottagningarna gav otydliga, tveksamma eller nekande råd kring huruvida den simulerade klienten borde provtas eller ej. Enbart ¼ rekommenderade provtagning trots fem månaders oskyddat sex. Med hänvisning till detta vill vi undersöka vilken uppfattning barnmorskor har om HIV och vilken information som ges vid HIV-provtagning på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän.

##### **Studiens genomförande**

Denna enkät skickas till alla barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagningar i Göteborg och i Södra Bohuslän. Syftet är att få en bild av hur barnmorskor själva ser på sin kunskap om HIV och vilka råd som ges. Resultatet kommer att presenteras i en rapport vid Göteborgs universitet under hösten 2011. Deltagande mottagningar kommer att få ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt, men mycket betydelsefullt för undersökningens resultat. Att besvara enkäten tar ca 15 minuter. **Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt.** Den besvarade enkäten skickas in i medföljande färdigfrankerade svarskuvert. Kuvertet är märkt med Ungdomsmottagningens initial enbart för att underlätta vid påminnelse. Svarskuvertet kommer att förstöras efter mottagande och avprickning av den besvarade enkäten. Svaren kommer att behandlas i dator på gruppnivå och presenteras i text och diagram, **vilket innebär att vad just du svarat inte kommer framgå.** Materialet sparas i tio år för att möjliggöra granskning. Kontakta gärna ansvariga för studien nedan vid frågor.

**Vänligen sänd in ditt svar senast den 12 maj 2011**

**Ansvariga för studien**

Therése Eriksson 0706-63 81 06, Barnmorskestudent, [gusthereer@student.gu.se](mailto:gusthereer@student.gu.se)

Sandra Ringquist 0703-73 16 68, Barnmorskestudent, [gusringsa@student.gu.se](mailto:gusringsa@student.gu.se)

Tone Ahlborg, 031-786 60 53, lektor, handledare, [tone.ahlborg@gu.se](mailto:tone.ahlborg@gu.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**Information till vederbörande chef på Ungdomsmottagningen**

**Kunskap, information och provtagning om HIV hos Barnmorskor på  
Ungdomsmottagning**

Vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet som skall göra en enkätstudie för vår magisteruppsats. Enkäten vänder sig till barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagningarna i Göteborg. Vårt syfte med studien är att undersöka vilken uppfattning barnmorskor har om HIV och vilken information som ges vid HIV- provtagning på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän.

En av anledningarna att vi valt att titta närmare på just detta ämne är en undersökning som utfördes våren 2010. Då gjorde Karolinska Institutet en kartläggning om rådgivning vid HIV-provtagning bland landets 226 ungdomsmottagningar. En simulerad klient ringde ungdomsmottagningarna för råd om HIV-provtagning. I undersökningen framkom det att mottagningarna gav otydliga, tveksamma eller nekande råd kring hurvida den simulerade klienten borde provtas eller ej. Enbart ¼ rekommenderade provtagning trots fem månaders oskyddat sex. Med hänvisning till detta tycker vi att det är viktigt att undersöka hur barnmorskorna själva ser på HIV-provtagning och information om HIV på ungdomsmottagningarna. Resultatet kommer att presenteras i en rapport vid Göteborgs Universitet under hösten 2011. Deltagande mottagningar kommer att få ta del av resultatet.

Deltagandet är frivilligt men mycket betydelsefullt för undersökningens resultat. Enkäterna kommer inte att kunna härledas till enskild person men kuverten kommer att vara markerade med mottagningens initial för att underlätta vid påminnelse. Vi hoppas att Du vill hjälpa oss att förmedla enkäten till barnmorskorna. När enkäterna är besvarade skickas de tillbaka i de bifogade färdigfrankerade kuverten av barnmorskorna själva. **Som vårdenhetschef är Du alltså inte ansvarig för att enkäterna samlas ihop och skicka in.** Påminnelse till barnmorskorna om att återsända svarskuverten kommer dock att skickas genom Dig som vårdenhetschef en vecka innan sista inlämningsdatum.

Vid frågor och eventuella synpunkter om studien får Du gärna kontakta oss:

Therése Eriksson 0706-63 81 06, [gusthereer@student.gu.se](mailto:gusthereer@student.gu.se)

Sandra Ringquist 0703-73 16 68, [gusringsa@student.gu.se](mailto:gusringsa@student.gu.se)

Tone Ahlborg, handledare, 031-786 60 53, [tone.ahlborg@gu.se](mailto:tone.ahlborg@gu.se)

Göteborg, april 2011

Therése Eriksson, leg. Sjuksköt., bm.stud.

Sandra Ringquist, leg. Sjuksköt., bm.stud.



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

**Till vederbörande chef på Ungdomsmottagningen**

**Kunskap, information och provtagning om HIV hos Barnmorskor på  
Ungdomsmottagning**

För ett par veckor sedan skickade vi en enkät till Dig att vidarebefordra till barnmorskorna på Din enhet. Enkäten handlade om uppfattning, information och provtagning om HIV. Sista inlämningsdag för enkäten är på **fredag den 12 maj 2011**. Vi vore därför tacksamma om Du ville vara vänlig att hjälpa oss uppmärksamma barnmorskorna om detta.

Vårt syfte med studien är att undersöka vilken uppfattning barnmorskor har om HIV och vilken information som ges vid HIV- provtagning på ungdomsmottagningar i Göteborg och Södra Bohuslän. Deltagandet är frivilligt men mycket betydelsefullt för undersökningens resultat. Enkäterna kommer inte att kunna härledas till enskild person men kuverten är markerade med mottagningens initial för att underlätta för oss vid påminnelse.

Vid frågor och eventuella synpunkter om studien får Du gärna kontakta oss:

Therése Eriksson 0706-63 81 06, [gusthereer@student.gu.se](mailto:gusthereer@student.gu.se)

Sandra Ringquist 0703-73 16 68, [gusringsa@student.gu.se](mailto:gusringsa@student.gu.se)

Tone Ahlborg, handledare, 031-786 60 53, [tone.ahlborg@gu.se](mailto:tone.ahlborg@gu.se)

Göteborg, maj 2011

Therése Eriksson, leg. Sjuksköt., bm.stud.

Sandra Ringquist, leg. Sjuksköt., bm.stud.

## Bilaga 4

Använd gärna baksidan om raderna inte räcker till!

1. Kön: Man

Kvinna

2. Ålder: .....år

3. a. Yrkeserfarenhet som barnmorska på ungdomsmottagning .....år

b. Övrig yrkeserfarenhet som barnmorska .....år

c. Inom vilka områden har Du arbetat som barnmorska?

.....  
.....  
.....

4. a. Har Du tidigare erfarenhet av att arbeta med HIV

(t ex som undersköterska, sjuksköterska eller barnmorska)? Ja

Nej

b. Om Ja, specificera:

.....  
.....  
.....

5. a. Använder Du PM och riktlinjer angående provtagning för HIV?

Ja

Nej

b. Om Ja, vilka PM (t ex enhetens egna, VG-region, andra)?

.....  
.....  
.....

6. Tycker Du att Din kunskap om HIV är tillräcklig vad gäller:

a. Riskgrupper Ja  Nej

b. Riskbeteende Ja  Nej

c. Smittvägar Ja  Nej

d. Prevention Ja  Nej

7. a. Vilka av dessa räknas som riskgrupp? (Flera alternativ är möjliga)

- Ungdomar och unga vuxna
- Personer med injektionsmissbruk
- Män som har sex med män
- Personer med utländsk bakgrund
- Utlandsresenärer
- Personer som köper eller säljer sex
- Heterosexuella män och kvinnor >30 år

b. Anser Du att det finns annat än tillhörandet av riskgrupp som är förenat med risken för överförandet av HIV?

- Ja
- Nej
- Vet ej

c. Om Ja, ge exempel:

.....  
.....  
.....

8. a. Inkluderar Du HIV i information om STI till ungdomarna?

- Ja
- Nej

b. Om Ja, i vilket sammanhang får ungdomarna information om HIV? (t ex enskilda samtal, gruppsamtal, övrigt)

.....  
.....  
.....  
.....

9. a. Vilken information ger Du ungdomar om HIV? (kryssa för de alternativ som är aktuella)

- Fakta om sjukdomen
- Fakta om hur HIV smittar

Information om hur man skyddar sig

b. Beskriv kortfattat vilken information Du ger om HIV:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. a. Provtar Du för HIV? Ja

Nej

b. Om Ja, vilka ungdomar? (t ex alla som vill bli provtagna, de som tillhör en riskgrupp, de med riskbeteende)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

11. a. Nekar Du någon att bli provtagen? Ja

Nej

b. Motivera Ditt svar:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. Erbjuder Du HIV-prov vid annan STI-provtagning? Ja

Nej

13. Hur stor risk tror Du att det är att någon av ungdomarna Du träffar skulle kunna bli/ vara smittad av HIV?

Ingen risk

Liten risk

Måttlig risk

Stor risk

Mycket stor risk

14. Om Du får ett positivt HIV-svar, vet Du då hur Du skall gå tillväga?

Ja

Nej

15. Beskriv kortfattat Ditt agerande vid ett positivt HIV svar:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. Har Du någonting att tillägga utöver de frågor vi har ställt när det gäller HIV-prevention relaterat till målgruppen för ungdomsmottagningar?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Tack för Din medverkan!*



## Bilaga 5

Fråga	Kategori	Antal respondenter
7c; Exempel på annat än tillhörandet av riskgrupp förenat med överförandet av HIV:	Oskyddat samlag/sex	10
	Flera partners	6
	Riskbeteende (ospecificerat)	6
	Oskyddat sex utomlands	2
	Alkohol- och drogmissbruk	2
	Övrigt *	6
8b; I vilket sammanhang får ungdomarna information om HIV?	Vid enskilda besök	21
	Vid gruppbesök**	16
	Vid utdelning av kondom/dagen-efter-piller	3
	Vid STI-provtagning	2
10b; Exempel på vilka ungdomar som provtas för HIV:	Alla som önskar***	23
	De med riskbeteende****	13
	De som tillhör en riskgrupp	9
	De jag (barnmorskan) rekommenderar*****	5
	Vid annan STI-provtagning	2
	Någon som är orolig	1
	Utsatt för övergrepp	1
11b; När nekar/avstår Du provtagning?	Inkubationstiden ej passerat	8
	Återkommande provtagning utan ny orsak	4
	Ej riskgrupp eller riskbeteende enligt barnmorskan	3
	Psykologisk synvinkel/ oro	3
	Stickrädsla	1
	Virgo	1

\*Övrigt, fråga 7c: Nyanländ flykting, blodtransfusion, fysiskt/ mentalt handikapp, andra STI, brist på kunskap om HIV, operationer utomlands.

\*\*Exempel på gruppbesök, fråga 8b: Skolbesök, preventivmedelsinformation i grupp, studiebesök på mottagningen, klassbesök.

\*\*\* I kategorin "Alla som önskar" ingår även "alla som vill som har utsatt sig för risk"

\*\*\*\* Som riskbeteende uppges sex utomlands, oskyddat samlag/sex, oskyddat samlag med någon i en riskgrupp, > fyra partners/ halvår (en respondent uppger riskbeteende vid > fyra partners per år)

\*\*\*\*\* Exempel på de som barnmorskan rekommenderar är de som har haft fler än 4 partners på ett år, de som har haft samlag utomlands, någon som har varit utomlands eller har behov.