



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET

Institutionen för kvinnor och barns hälsa

Enheten för reproduktiv hälsa

Kurs: Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

Prata om säkrare sex

En kvalitativ intervjustudie

Talking about safe sex

A qualitative interview study

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp

(Avancerad nivå), HT 2021

Författare:

Caroline Berggren

Leg. Sjuksköterska

Handledare:

Emilija Wilson

Leg. Barnmorska, PhD

Författare:

Ida Ekengren

Leg. Sjuksköterska

Examinator:

Helena Lindgren

Leg. Barnmorska, PhD



Sammanfattning

Bakgrund: Spridning av sexuellt överförbara infektioner (STI) är ett globalt och omfattande problem och förekommer vanligast bland unga i åldrarna 15–24 år. World Health Organization (WHO) beskriver att god sexuell och reproduktiv hälsa skapar möjligheter till ett tillfredsställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdom. Ungdomsmottagningar är en viktig del i arbetet med ungdomars sexuella hälsa och förebyggande av STI.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka barnmorskors erfarenhet av samtal kring säkrare sex och STI med ungdomar på ungdomsmottagningen.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med fem barnmorskor verksamma på ungdomsmottagningar deltog i studien. Det insamlade materialet analyserades sedan genom innehållsanalys.

Resultat: Resultatet presenterades i tre teman och tio kategorier. Dessa tre teman var 1) det stärkande samtalet 2) den fina balansgången 3) utmaningar i mötet.

Slutsats: Barnmorskornas erfarenhet av samtal om säkrare sex och STI skapade en bild av ett samtal med både möjligheter och svårigheter. Barnmorskorna var överens om att ungdomar befann sig i en formbar tid i livet. Barnmorskorna arbetade aktivt för att stärka ungdomars förutsättningar till säkrare sex. Barnmorskans erfarenhet var också att ungdomarna stundtals saknade motivation och förmåga till att göra val som minskade risken för STI och egna känslor som frustration och hopplöshet kunde dyka upp. Det huvudsakliga målet var att ungdomen aldrig skulle känna någon skam eller skuld på ungdomsmottagningen. Därför lades stor vikt vid att ungdomen skulle känna sig väl omhändertagen och aldrig dömd. Barnmorskorna strävade efter ett jämlikt och likvärdigt bemötande men medgav att vissa förutsättningar saknades.

Nyckelord: STI, Ungdom, Säkrare sex, Barnmorska, Erfarenhet.



Abstract

Background: Sexually transmitted infections (STI) is a globally and widespread problem that mostly occurs in young people between 15–24 years. World Health Organization (WHO) describes that a sufficient sexual and reproductive health creates possibilities for a satisfactory and safe sexual life without fear of sickness. Youth clinics are an important part of the work with young people's sexual health and prevention om STI.

Aim: The aim was to describe midwives' experiences of alking about STI and safe sex with young people at youth clinic

Method: Qualitative content analysis was used to analyse interviews with five midwives.

Results: Three themes and ten categories emerged. The three themes were: 1) the strengthening talk 2) the fine line 3) the challenges in the meeting.

Conclusion: The midwives experience of talking about safe sex and STI was a that the talk included both opportunities and difficulties. The midwives agreed that young people were in a formable time in life. The midwives worked actively to strengthen young people's qualifications for safe sex. The midwife's experience was also that young people sometimes lacked motivation and the ability to make choices which reduced the risk of STI which led to feelings such as frustration and hopelessness. The main goal was that the young people never felt any shame or guilt at the youth clinic. Therefore, great emphasis was put into making the young person feel well cared for and never judged. The midwives strived for equality and equal treatment but admitted that certain conditions were lacking.

Keywords: STI, young people, safe sex, midwife, experience.



Innehållsförteckning

1. Förord	7
<i>1.1 Förtydligande av begrepp.....</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Inledning</i>	<i>9</i>
2. Bakgrund	9
<i>2.1 Sexuellt överförbara infektioner (STI)</i>	<i>9</i>
2.1.1 De fyra vanligaste STI från bakterier.....	10
2.1.2 De fyra vanligaste STI från virus.....	11
2.1.3 Sexuellt överförbara infektioner (STI) i Sverige	11
<i>2.2 Prevention av sexuellt överförbara infektioner (STI)</i>	<i>12</i>
2.2.1 Förebygga STI genom att använda kondom	12
2.2.2 Säkrare sex	13
<i>2.3 Attityder och beteende i relation till sex</i>	<i>13</i>
<i>2.4 Ungdomsåren.....</i>	<i>14</i>
2.4.1 Risktagande i ungdomsåren	15
2.4.2 STI-kunskaper bland ungdomar.....	16
<i>2.5 Barnmorskan och ungdomsmottagning</i>	<i>16</i>
2.5.1 Vårdpersonalens upplevelse.....	17
3. Problemformulering	18
4. Syfte.....	18
5. Metod.....	19
<i>5.1 Studiedesign</i>	<i>19</i>
<i>5.2 Inklusionskriterier.....</i>	<i>19</i>
<i>5.3 Avgränsning</i>	<i>19</i>
<i>5.4 Förförståelse</i>	<i>19</i>



5.5 Urval	19
5.6 Datainsamling.....	20
5.7 Dataanalys	21
5.8 Etiska överväganden.....	22
6. Resultat	23
6.1 Presentation av deltagare	23
6.2 Presentation av teman.....	23
6.3 Det stärkande samtalet.....	25
6.3.1 Den större bilden av ansvaret.....	25
6.3.2 Stärkande kunskap	26
6.3.3 Stärka till beteendeförändring.....	26
6.4 Den fina balansgången	28
6.4.1 Att balansera samtalet om risker.....	28
6.4.2 Att fråga utan att vara för frågvis.....	28
6.4.3 Att informera med fingertoppskänsla	29
6.4.4 Att pendla mellan hopp och förtvivlan	29
6.5 Utmaningar i mötet.....	30
6.5.1 Utmaningen i att se hela ungdomen.....	31
6.5.2 Utmaningen att nå killar.....	31
6.5.3 Viljan att inte falla in i en ram	32
7. Diskussion	33
7.1 Metoddiskussion.....	33
7.1.1 Studiedesign.....	33
7.1.2 Trovärdighet.....	34
7.1.1 Etiska aspekter	36
7.2 Resultatdiskussion.....	37
7.2.1 Det viktiga bemötandet	37
7.2.2 Förståelsen för hela ungdomen	39



7.2.3 Att arbeta med beteendeförändring.....	41
7.2.4 Bristande motivationen	41
8. Slutsats	43
9. Förslag till vidare forskning.....	43
10. Referenser	44
11. Bilagor	52
<i>11.1 Bilaga 1 Förfrågan om deltagande i intervjustudie.....</i>	<i>52</i>
<i>11.2 Bilaga 2 Intervjuguide</i>	<i>53</i>
<i>11.3 Bilaga 3 Informerat samtycke.....</i>	<i>54</i>



1. Förord

Spridning av sexuellt överförbara infektioner (STI) är ett globalt problem som kan drabba alla åldersgrupper men främst unga personer mellan 15–24 år. Intresset för barnmorskans erfarenhet av att arbeta förebyggande med STI väcktes i samband med en veckas praktik på en ungdomsmottagning. Under praktiken upplevde vi barnmorskans möjlighet att arbeta med prevention på flera olika sätt. Det finns vetenskapliga artiklar som berör ämnet men främst gällande erfarenheter från annan vårdpersonal som läkare och sjuksköterskor. Så vitt vi vet så finns inga studier på svenska barnmorskors erfarenhet av samtal om säkrare sex och STI vilket gjorde oss nyfikna på att undersöka det närmare.



1.1 Förtydligande av begrepp

Genus är ett begrepp som beskriver den sociala konstruktionen av kön utifrån normer av hur kvinnor och män förväntas vara (RFSL, 2017).

HBQI är ett paraplybegrepp som står homosexuella, bisexuella, transpersoner med queera uttryck och intersexpersoner (RFSL, 2021).

Kön kan ses på olika sätt. Dels ut ett kroppsligt och juridiskt perspektiv men också utifrån könsidentitet och könsuttryck (RFSL, 2021).

STI är ett samlingsnamn för infektioner som sprids genom sexuell kontakt (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Ungdomar Det finns ingen enhetlig beskrivning av ungdom. När vi skriver ungdom i vår studie syftar vi på personer i åldrarna 12–24 som kan uppsöka ungdomsmottagning (FSUM, 2015).

Säkrare sex är ett begrepp som innebär vidtagande av riskreducerande åtgärder som minskar risken att få en STI (RFSU, 2015).

Norm Avser de oskrivna regler och allmänt delade uppfattningar som delas av ett samhälle (RFSL Ungdom, 2021).

Normkritik är en metod för skapa strategier för att förändra de normer som kan leda till exkludering eller diskriminering (RFSL, 2021).



1.2 Inledning

World Health Organization (WHO) har definierat sexuell hälsa som "... ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte bara frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller funktionshinder..." (Häggström-Nordin, 2018 s. 96). En omgivning som ger utrymme för en säker sexualitet skapar förutsättningar för sexuell hälsa och välbefinnande. Att kunna njuta av sex är ett grundläggande behov i en människas liv och något som bör eftersträvas i ett samhälle (Häggström-Nordin, 2018).

WHO beskriver vidare att god sexuell och reproduktiv hälsa skapar möjligheter till ett tillfredsställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdom. Den sexuella hälsan ska främjas genom kunskap om sexualitet och fortplantning, respekt för individens integritet samt frånvaro av sexuellt överförbara infektioner, könsstympning, våld, tvång och oönskade graviditeter (SFOG, 2016).

Spridning av sexuellt överförbara infektioner är ett globalt och omfattande problem. Varje dag blir en miljon människor smittade av klamydia (*chlamydia trachomatis*), syfilis (*treponema pallidum*), gonorré (*neisseria gonorrhoea*) eller trikomonas (Unemo et al., 2017). Dessa STI kan leda till olika och allvarliga komplikationer som ektopisk graviditet, sterilitet, äggledarinflammation, kronisk bäckensmärtä samt neurologiska och kardiovaskulära sjukdomar (Unemo et al., 2017).

STI förekommer i alla åldrar men är vanligast bland unga i åldrarna 15–24 år, vilket är den grupp som är i störst behov av fungerande preventionsarbete (Gibson et al., 2020; Shannon & Klausner, 2018). Ungdomar är mer sårbara än vuxna av både biologiska och beteendemässiga skäl (Shannon & Klausner, 2018). Sammanfattningsvis är STI ett globalt problem som leder till en stor sjukdomsburda och som riskerar en negativ påverkan på den sexuella och reproduktiva hälsan. Personer kan dessutom uppleva negativa konsekvenser av den stigmatisering som en STI kan innebära. Det sistnämnda har med stor sannolikhet påverkat att forskning inom STI inte har varit prioriterat (Unemo et al., 2017).

2. Bakgrund

2.1 Sexuellt överförbara infektioner (STI)

STI är ett samlingsnamn för infektioner som sprids genom sexuell kontakt. Det förekommer även andra vägar för överföring till exempel spridning via blod, kroppsvätskor och smitta från mor till



barn under graviditet och förlossning (Folkhälsomyndigheten, 2017). STI kan överföras på flera olika sätt, beroende av STI och sexualpraktik (RFSU, 2015). Totalt finns det över 30 olika bakterier, parasiter och virus som kan orsaka en STI (WHO, 2019). Till stor del är sjukdomsbördan större i låg- och medelinkomstländer vilket är där majoriteten av fall med trichomonas, klamydia, syfilis och gonorré diagnostiseras. Låg- och medelinkomstländer har även sämre tillgänglighet till provtagning och behandling (Unemo et al., 2017). Samtidigt har en ökning av STI i Europa konstaterats. Enligt European Centre of Disease Prevention Control har en ökning noterats sedan 2012 där syfilis ökat med 58 procent, gonorré med 93 procent och klamydia med fyra procent (ECDC, 2021).

2.1.1 De fyra vanligaste STI från bakterier

De fyra vanligaste bakterierna är syfilis, gonorré, klamydia och trikomonas. I höginkomstländer är klamydia den vanligaste STI med bakteriell härkomst bland heterosexuella under 26 år (Unemo et al., 2017). Klamydia kan orsaka lokala inflammatoriska symtom i urinrör, svalg och ändtarm och öga. Flytning och sveda tillsammans med buksmärta är vanliga symtom. Det mest förekommande är dock att klamydia är asymtomatiskt, dvs utan symtom eller besvär. En obehandlad klamydia kan leda till inflammation i livmoderhalsen och äggledare hos kvinnor och inflammation i bitestikeln hos män. I vissa fall kan klamydia leda till sterilitet, vilket främst drabbar kvinnor. Gonorré kan medföra samma komplikationer som en klamydiainfektion och i sällsynta fall av gonorré förekommer även blodförgiftning och septisk artrit (Marions, 2018). Likt klamydia kan gonorré vara asymtomatiskt men kan också uppvisa liknande symtombild vid en klamydiainfektion. Bakterien syfilis har kallats för “den stora imitatören”, då symtombilden kan variera stort från exempelvis hudutslag till sjukdomskänsla (Gahm, 2017). En obehandlad syfilis kan leda till allvarliga komplikationer i både hjärna och hjärta (Folkhälsomyndigheten, 2019). Trikomonas orsakas av en parasit och även den kan vara asymtomatisk. Dock får ungefär hälften av de kvinnor som smittas symtom i form av genital sveda och klåda (RFSU, 2017). Gemensamt för klamydia, gonorré, syfilis och trikomonas är att de går att behandla med antibiotika. Det finns dock ett oroväckande problem med en växande antibiotikaresistens, framförallt gällande behandling av gonorré (Unemo et al., 2017).

2.1.2 De fyra vanligaste STI från virus

De fyra vanligaste virusen är hepatit B, herpes simplex virus (HSV), humant immunbristvirus (HIV) och humant papillomavirus (HPV) (WHO, 2019). Det finns en rad olika sorter av HPV. Vissa sorter kan orsaka kondylom, vissa ger inga symtom och vissa kan leda till cervix, rektal- och oralcancer (Shannon & Klausner, 2018). Herpes simplex virus (HSV) är också ett mycket vanligt virus (Marions, 2018). Viruset kan orsaka blåsor kring genitalier samt sjukdomskänsla som för vissa är återkommande i skov (Marions, 2018). Hepatit B är ytterligare ett virus som kan gå obemärkt förbi och självläka men för en liten andel leder viruset till en kronisk leverinflammation. Viruset är också en av de vanligaste orsakerna bakom levercancer (Folkhälsomyndigheten, 2013). Att drabbas av en eller flera STI ökar risken att bli smittad av HIV som är ett retrovirus (Unemo et al., 2017; Shannon & Klausner, 2018). De första symtomen av HIV kan liknas vid en influensa men likt tidigare nämnda STI kan symtom vara frånvarande. Utan behandling med antiretroviral terapi (ART) bryter viruset ner kroppens T-celler och leder till acquired immune deficiency syndrome (AIDS) som är ett dödligt sjukdomstillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2020a). ART är en mycket effektiv behandling som gör att det idag går att leva ett fullgott liv med smittfri HIV. Viruset är dock kroniskt och kräver livslång behandling (Eriksen et al., 2020). STI är mestadels inte livshotande men det finns exempel på undantag. Varje år dör 700 000 människor i sviterna av HIV/AIDS (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Cervixcancer som oftast orsakas av HPV leder till 300 000 dödsfall varje år (WHO, 2019).

2.1.3 Sexuellt överförbara infektioner (STI) i Sverige

Folkhälsomyndigheten (2021a) är myndigheten som ska verka för kunskapsutveckling- och förmedling inom området sexuell och reproduktiv hälsa i landet. Myndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor och arbetar på uppdrag av regeringen. Inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa ingår förebyggande arbete mot STI. Vissa sexuellt överförbara infektioner klassas som allmänfarliga och handläggs under smittskyddslagen (Gahm, 2017). Vid fynd av allmänfarlig infektion ska en anmälning till den regionala smittskyddsenheten göras. En kontaktspårning ska då utföras för att kartlägga andra potentiellt smittade personer. Den smittade är skyldig att delta i kontaktspårning, att efterfölja förhållningsregler om informationsplikt och att inte föra smittan vidare under behandlingstiden. Gemensamt för allmänfarliga sjukdomar är att provtagning och behandling är gratis för individen. Klamydia, gonorré, syfilis, HIV, hepatit B och C är exempel på STI som enligt smittskyddslagen är allmänfarliga och anmälningspliktiga (Marions, 2018).

Frekvensen av STI har gradvis ökat över tid i Sverige. Klamydia är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen under smittskyddslagen i Sverige (Gahm, 2017). Mellan åren 1997 till 2007 ökade antal klamydiafall per år från 14 000 till 47 000 och majoriteten av de smittade var mellan 15–29 år gamla (Herlitz & Forsberg., 2010). Gonorré infektionerna har ökat de senaste tio åren med 15 procent, främst bland män (Folkhälsomyndigheten, 2020b). Syfilis är inte särskilt vanligt i Sverige men även där har en ökning har konstaterats, främst bland män som har sex med män (MSM) (Folkhälsomyndigheten, 2019).

2.2 Prevention av sexuellt överförbara infektioner (STI)

WHO (2019) har utlyst STI-prevention som ett högprioriterat område inom global hälsa. WHO listar att viktiga delar i det preventiva arbetet innefattar bland annat sexualundervisning, testning, rådgivning i samband med provtagning, samtal om säkrare sex och riskreducering samt informationsinsatser för att öka användandet av kondom. Detta arbete bör särskilt inriktas på vissa populationer där STI-frekvensen är högre, exempelvis personer som säljer sex, män som har sex med män (MSM) och unga personer (WHO, 2019). Även unga kvinnor är en population som är extra sårbar gällande STI vilket delvis har ett samband med en biologisk skörhet (Shannon & Klausner, 2018). Transpersoner och ickebinära tillhör likaså en riskpopulation med högre risk för konsekvenser av STI. En förklaring är bland annat en rädsla för okunskap och stigmatisering hos vårdpersonal vilket leder till att de söker vård i mindre utsträckning (Persson Tholin & Broström, 2018).

2.2.1 Förebygga STI genom att använda kondom

[illegible]

fanns en tidsaspekt som antydde att interventionen längd också hade positiv korrelation med effekten. Interventioner var dessutom effektiva i följande aspekter gällande sexuell hälsa: förmågan att kunna kommunicera kring sex, en minskning av antal sexpartner, en ökad kunskap om STI och en avsikt att ha säkrare sex. Interventionerna var övergripande effektiva oavsett könstillhörighet eller sexuell läggning. Det fanns dock en avsaknad av studier som undersöker kvinnor som har sex med kvinnor (von Sadvoszky et al., 2015). I en studie av Ricks et al. (2020) undersökte korta interventioner på studenter i heterosexuella parrelationer. Deltagarna fick utbildning i kondomanvändning, som att hitta rätt sort, korrekt appliceringsteknik och sätt att kommunicera med sin partner kring kondomanvändning. Efter avslutat program ansåg majoriteten av studenterna att programmet hade ändrat deras syn på kondom. Studenterna trodde att de skulle njuta i större utsträckning vid kondomanvändning efter programmet samt bli bättre på att kommunicera kring kondomanvändning i framtiden (Ricks et al., 2020).

2.2.2 Säkrare sex

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) (2015) anser att begreppet säkrare sex är att vidta riskreducerande åtgärder som minskar risken att få en STI. Det är viktigt att använda begreppet säkrare sex och inte säkert sex eftersom risken att smittas av STI inte går att eliminera helt i sexuell kontakt med en annan person. Detta gäller oavsett sexuellt beteende och sexuell teknik och praktik, alltså hur och med vem man har sex. Säkrare sex inkluderar även att undvika oönskad graviditet (RFSU, 2015). Att känna till olika risker för överföring av olika STI är en del i att ha säkrare sex. Exempelvis kan HSV och HPV smitta vid enbart hudkontakt medan risken för HIV är störst vid oskyddat analsex. RFSU skriver att säkrare sex handlar om kondomanvändning men även att se sex som mer än penetrerande samlag. Att smeka, gnugga, gnida, eller använda tunga och läppar är exempel på sätt att praktisera säkrare sex. Det är exempelvis mindre risk för STI vid oralsex än vid anal- och vaginalsex. Genom denna kunskap kan begreppet säkrare sex på många sätt innebära andra åtgärder än endast kondomanvändning (RFSU, 2015).

2.3 Attityder och beteende i relation till sex

Sexuella attityder, beteenden och risktagande har förändrats i Sverige sedan den första halvan av 1900-talet (Herlitz & Forsberg, 2010). Enligt Herlitz och Forsberg (2010) är samhällets modernisering, en ökad jämställdhet mellan kvinnor och män samt bättre preventivmedel, främst p-piller en trolig förklaring. Senare familjebildning, ökat resande, drogmissbruk och migration också kan vara av betydelse för denna utveckling (Rembeck & Gunnarsson, 2011).

Den traditionella bilden av kärlek och sex som något inom äktenskapet har ändrats till en friare och mer liberal syn. Detta har varit en orsak bakom stigande siffror av STI (Herlitz & Forsberg, 2010). "One night stands" och " knullkompis" är nya uttryck som bryter mot den tidigare ideén om att sex endast var något som skedde inom äktenskapet. Under de senaste 100 åren har åldern för sexualdebut gått från 19 år till 16 år och antalet sexpartners under en livstid har successivt ökat. Mellan åren 1989–2007 skedde också en tydliga förändringar av sexuellt beteende i åldrarna 16–24 år. Förändringarna gällde främst en högre acceptans för att ha sex utanför en relation och; en ökning av tillfälliga sexpartners utan att använda kondom, fler sexuella kontakter och en högre upplevd risk av att bli smittad av klamydia. Ökningen var särskilt stor bland unga kvinnor (Herlitz & Forsberg, 2010). Senare forskning fokuserad på svenska kvinnor under gymnasietiden visade en fortsatt uppåtgående trend (Stenhammar et al., 2015).

Ett sexuellt riskbeteende ökar i takt med fler olika sexpartner, mer tillfälligt sex och inkonsekvent kondomanvändande (Denison et al., 2018; Shannon & Klausner, 2018; Bonar et al., 2015). Riskbeteendets bakomliggande faktorer är följande: 1) hög konsumtion av alkohol, 2) substansbruk, 3) en tidigare STI under de senaste tolv månaderna, 4) sexuell debut före 13–15 år, 5) erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja, 6) sex mot ersättning och 7) socioekonomiskt utsatta levnadsförhållanden. Andra riskfaktorer som kan kopplas till sexuellt risktagande är till exempel erfarenhet av sexuella övergrepp, svåra uppväxtvillkor, hopplöshetskänslor, depression och självmordsförsök (Folkhälsomyndigheten, 2017; Kastbom, 2017). Unga män tar generellt mer risker än unga kvinnor (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Traditionellt sett har dock kvinnor tagit ett större ansvar för att testa sig för STI. Det finns olika förklaringar till detta, dels att kvinnor söker sig till STI-kliniker för preventivmedel, varpå STI-prover tas i samband med det. Det kan också bero på att kvinnor prioriteras av anledningen att de oftare drabbas av mer allvarliga komplikationer än män (Denison et al., 2018). En annan faktor anses vara attityder och normer kring vem som bär ansvaret. Att ta ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan kan ses som en kvinnofråga förankrat i en könsroll (Denison et al., 2018). Enligt Rembeck och Gunnarsson (2011) lägger unga heterosexuella män över ansvaret att testa sig på kvinnliga partners. I förlängningen riskerar skadliga effekter på den sexuella hälsan hos alla alla, inte minst män.

2.4 Ungdomsåren

Ungdomsåren präglas av stora fysiologiska och psykologiska förändringar. Denna tid är en utveckling från barn till ung vuxen vilket medför många mer eller mindre utmanande processer. De



fysiologiska förändringarna som är ett startskott för ungdomsåren och sker hos alla individer oavsett kön kallas för puberteten (Häggström-Nordin, 2018). Starten av puberteten är individuell men sker vanligen vid elva till tolv års ålder, vanligen något senare för personer med penis (FSUM, 2018). För personer med vagina innebär puberteten bland annat utveckling av bröst och menstruationsstart. Gemensamt för alla är tillväxt och utveckling av inre och yttre genitalier. En rad hormonella förändringar är utmärkande för puberteten (Rådestad & Häggström-Nordin, 2009).

De psykologiska och sociala förändringarna som tillhör tiden som ung brukar kallas för adolescensen som är den själsliga inre utvecklingen. Under denna period ökar den kognitiva förmågan vilket resulterar i ett mer självständigt reflekterande och analyserande sätt att tänka (FSUM, 2018). Under adolescence börjar den unga människan ta de första stegen mot att skapa en egen identitet. Något som är utmärkande för denna period är att självkänslan ofta vacklar, särskilt i den första delen av ungdomstiden (Häggström-Nordin, 2018). Tiden som ung är särskilt formande för den sexuella hälsan, omgivningen har ofta stor påverkan på hur normer och värderingar etableras och utforskas. Dessa normer och värderingar kan ligga till grund för hur en ung person skapar attityder kring viktiga aspekter inom sex, som samtycke och frivillighet (Folkhälsomyndigheten, 2020c).

Ungdomstiden är en tid för utforskning av den egna kroppen, i relation till sig själv men också till andra (Häggström-Nordin, 2018). Att uttrycka och utforska sin sexualitet är ansett som något positivt och förväntat när man är ung (WHO, 2015). Det finns många sätt att utforska sex på, till exempel onani, smek och kyssar samt oral, vaginal- och analsex. Ett utforskande av sexuell identitet, läggning och praktik innebär att de sexuella erfarenheterna kan skilja sig åt (Häggström-Nordin, 2018). Behovet av psykosocialt stöd och bekräftelse under ungdomstiden är mycket viktigt. Utebliven bekräftelse från sin omgivning i förhållande till sexuell läggning kan leda till depression och droganvändning, som i sin tur kan leda till extra utsatt- och sårbarhet för att få en STI (WHO, 2015). HBTQI-personer, unga män, unga som missbrukar och unga nyanlända utgör en extra sårbar grupp och kan därför behöva mer stöd (Folkhälsomyndigheten, 2017; Persson Tholin & Broström, 2018).

2.4.1 Risktagande i ungdomsåren

Tiden som ungdom är en period som innebär ett högre risktagande, vilket syns statistiken för både trafikolyckor samt våld- och alkoholrelaterade skador (Maslowsky et al., 2019). Enligt Shannon & Klausner (2018) beror ungdomars riskbeteende på att deras prefrontala cortex, som är en del av

hjärnans pannlob och påverkar tankar, beteenden och beslut, är under utveckling (Shannon & Klausner, 2018). En förklaringsmodell utformad av Maslowsky et al. (2019) beskriver två typer av riskbeteenden hos unga. Modellen beskriver ett motiverat och ett reaktivt riskbeteende. Motiverat riskbeteende beskrivs som ett aktivt val, dvs. en medvetenhet om att ta en risk men där den eventuella vinsten i detta risktagande tas i beaktande. Reaktivt riskbeteende beskrivs som en impulsiv handling, dvs. ett beslut som tas i stunden utan någon tanke på konsekvenserna (Maslowsky et al., 2019). Unga personer har ett ökat sexuellt riskbeteende samt fler sexualpartners än vuxna personer (Folkhälsomyndigheten, 2017). Enligt Anderson et al. (2020) påverkas och influeras unga personers sexuella riskbeteende av den digitala världen. I en studie bland vårdpersonal som arbetade med STI trodde deltagarna att digitala medier var en nyckelfaktor som påverkade och ökade det sexuella risktagandet. Deltagarna upplevde att dejtingappar ledde till fler tillfälliga sexpartners samt att lättillgänglig pornografi var förknippat med att skapa nya normer och attityder kring det sexuella beteendet (Anderson et al., 2020).

2.4.2 STI-kunskaper bland ungdomar

Trots kunskap, utbildning i skolan och lättillgängligt informationsmaterial fortsätter ungdomar att ta risker (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Unga inhämtande främst sina kunskaper om STI från internet (70%), kompisar (60%) skolan (55%) och ungdomsmottagning (47%). Bland annat uppmärksammades ungas erfarenhet av att testa sig för STI. Drygt 50 procent av deltagarna hade någon gång testat sig för en STI och det var vanligare bland tjejer än killar. Bland de som aldrig hade testat sig uppgavs flera anledningar: 1) vissa hade inte tänkt på det, 2) vissa hade inte haft oskyddat sex och 3) vissa var ovetande om var de kunde testa sig (Folkhälsomyndigheten 2017). I rapporten ansåg en stor majoritet av ungdomarna att preventivmedel var viktigt för att undvika oönskade graviditeter och som skydd mot STI. Kondom ansågs som det preventivmedlet som nästan nio av tio unga kunde tänka sig men vid frågan vilket preventivmedel som användes vid senaste samlaget var kondom endast använt av en gång av fyra (Folkhälsomyndigheten, 2017).

2.5 Barnmorskan och ungdomsmottagning

Barnmorskans kompetensområde är inom reproduktiv, perinatal, sexuell hälsa och arbetssättet ska präglas av ett etiskt och med en holistisk inställning. Barnmorskans arbete innefattas av förebyggande såväl som vårdande insatser. Barnmorskan ska arbeta på ett jämställt sätt och patienten ska visas omsorg och respekt (Barnmorskeförbundet, 2021). Det finns cirka 250 ungdomsmottagningar i landet (Häggström-Nordin, 2018). Ungdomsmottagningen tar emot alla



mellan 12 och 25 år (FSUM, 2018). Det yttersta målet för ungdomsmottagningarna är att stödja ungdomars sexualitet och stimulera ungdomar i deras utveckling av identiteten, samt att minska oönskade graviditeter och STI. Barnmorskan har en stor plats på ungdomsmottagningen, ihop med kuratorer, läkare och psykologer (Häggström-Nordin, 2018). Ungdomsmottagningar är en viktig del i arbetet med ungdomars sexuella hälsa och förebyggande av STI vilket inkluderar både primär (utbildning och rådgivning) och sekundärprevention (testning och behandling) (Nielsen et al., 2017). Ungdomsmottagningarna har funnits sedan 1970-talet och är relativt unikt för Sverige (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Samtliga besök är kostnadsfria för ungdomar (Nielsen et al., 2017).

I barnmorskans arbete ingår att sprida kunskap om STI genom rådgivning, provtagning och samtal. Arbetet inkluderar även samtal om beteendeförändringar då behov finns (FSUM, 2018). Motiverande samtal (MI) är en vedertagen samtalsmetod vid samtal om livsstil och levnadsvanor. Metoden lämpar sig väl i arbetet på ungdomsmottagning för att skapa en relation med ungdomen samt att öka ungdomens inre motivation till förändring (Häggström-Nordin, 2018). Ett normmedvetet och normkritiskt perspektiv är viktigt i möten med alla unga personer. Särskilt viktigt är detta vid möten med exempelvis HBTQI-personer eller andra extra sårbara grupper som nyanlända och personer med funktionsvariationer (FSUM, 2018). Barnmorskan ska besitta kunskap om både andrologi och gynekologi för att kunna bemöta och arbeta inkluderande och välkomnande alla unga, oavsett sexuell läggning eller könstillhörighet. Barnmorskans arbete sker främst på mottagningen men innefattar även samarbete med skolan (FSUM, 2018).

2.5.1 Vårdpersonalens upplevelse

Det finns olika hinder i samtalet om sex mellan vårdgivare och patient. Personal kan känna sig ovan och obekvämt att fråga om tabubelagda ämnen som inkluderar sexuell erfarenhet och praktik. Detta kan leda till att delar i rådgivning och provtagning uteblir. Utbildning i att prata om sexuell hälsa rekommenderas därför starkt av WHO. Att förbättra vårdpersonalens förmåga att samtala är en viktig del i arbetet för den sexuella hälsan och att förebygga STI, inte minst för att motverka det utbredda stigma (WHO, 2015).

I en studie av Masaro et al. (2012) har sjuksköterskor och läkares upplevelse av att arbeta med ungdomar och STI-prevention undersökts. Deltagarna beskrev bland annat att ungdomars integritetsbehov var annorlunda än inom andra hälso- och sjukvårdsområden. De ansåg att STI-



prevention med ungdomar var känsligt, vilket kräver förståelse och speciella färdigheter. De menade att det var viktigt att personalen hade en icke dömande attityd, förmåga att möta olika sexuella läggningar och kunna hantera ungdomar. Tid var en annan viktig faktor i arbetet med ungdomar, då de ansåg att ungdomar tenderar att öppna sig ju längre tid de spenderat tillsammans med personalen. Personalen upplevde att ungdomarna inte jämnt var så intresserad av att lyssna på det som delgavs och att de inte tog tillräckligt ansvar för sin hälsa (Masaro et al., 2012). I en studie av Wendt et al. (2011) beskrivs barnmorskor och läkare upplevelser av samtal med unga kvinnor om sexualitet och sexuella övergrepp. Även här ansågs det vara viktigt att inte döma kvinnan samt att vara öppen och uppmärksam. Deltagarna försökte erbjuda en trygg och bekväm miljö under samtalet. Personalen beskrev att det ibland kunde vara svårt att samtala med någon av det motsatta könet, från en annan generation eller kvinnor från annan kultur. Tidsbristen gjorde att personalen ibland kunde undvika att ställa vissa frågor även om de visste att många kvinnor hade behov av att prata (Wendt et al., 2011).

3. Problemformulering

Sexuellt överförbara infektioner är ett omfattande problem, både globalt och i Sverige, som främst drabbar unga personer. Ungdomar är också en grupp som är extra utsatta och sårbara för STI och som har ett högre sexuellt riskbeteende än vuxna. Arbete inriktat på dessa typer av preventiva insatser mot STI är komplexa. Samtal inom sexuell och reproduktiv hälsa ställer höga krav på vårdgivare. Ungdomsmottagningen är en plats dit unga personer kan vända sig för testning och rådgivning. Barnmorskor på ungdomsmottagningar har därmed en möjlighet att arbeta preventivt genom samtal om säkrare sex och STI. Med denna kvalitativa intervjustudie önskar vi att belysa barnmorskors erfarenhet av sådana samtal.

4. Syfte

Undersöka barnmorskors erfarenhet av samtal kring säkrare sex och STI med ungdomar på ungdomsmottagningen.



5. Metod

5.1 Studiedesign

För att uppnå syftet användes en kvalitativ studiedesign med induktiv ansats. Genom att använda kvalitativ studiedesign går det att få en djupare förståelse, kunskap och insikt av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2014). Metoden ansågs lämplig för att undersöka barnmorskors upplevda erfarenheter av samtalet om STI och säkrare sex. Vid induktiv ansats används ingen teoretisk referensram som utgångspunkt i analysen. Genom den induktiva ansatsen arbetade författarna så förutsättningslöst som möjligt för att beskriva ett fenomen (Henricsson, 2014).

5.2 Inklusionskriterier

Inklusionskriterierna för deltagande i studien var 1) att ha barnmorskelegitimation, 2) vara svensktalande samt 3) ha en anställning vid en ungdomsmottagning.

5.3 Avgränsning

Syftet med uppsatsen var att utforska barnmorskans erfarenhet om samtal kring STI och säkrare sex. Säkrare sex förknippas ofta i samband med att undvika oönskade graviditeter. I vår uppsats avgränsades dock säkrare sex enbart till att fokusera på STI. Detta för att göra en avgränsning av ämnet och för att inkludera en bredare grupp. Detta förtydligades för deltagarna i studien innan intervjuerna.

5.4 Förförståelse

Vår egen förförståelse kommer från flera olika erfarenheter såsom utbildning, verksamhetsförlagd praktik men även från tidigare kunskap och andra erfarenheter. En av författarna har tidigare arbetat med STI vilket också skapar en särskild förförståelse kring ämnet.

5.5 Urval

För att få deltagare till studien användes ett så kallat bekvämlighetsurval, vilket kan vara ett snabbt och effektivt sätt att hitta deltagare (Polit & Beck, 2017). För att rekrytera deltagare skickades först ett mail till en barnmorska från tidigare praktikplats på en ungdomsmottagning i Stockholm. Barnmorskans chef gav sitt godkännande för studien och delade information och informationsbrevet (se bilaga 1) vidare, till om totalt tre stycken ungdomsmottagningar i Region Stockholm. Informationsbrevet delades även via facebooksidorna "FSUM Diskussion" och "Barnmorska - aktuellt och intressant" och på en av författarnas personliga Facebook-sida. Åtta barnmorskor



anmälde initialt intresse. Två deltagare avböjde senare pga tidsbrist och en deltagare hoppade av utan att någon anledning framgick. Det slutgiltiga antalet deltagare blev fem barnmorskor, samtliga verksamma i region Stockholm. En deltagare från tidigare praktikplats, en deltagare via personlig facebook sida och tre deltagare rekryterades via facebookforum. Enligt Trost (2010) bör kvalitativa studier innehålla färre ett antal deltagare jämfört med kvantitativa studier. Deltagarna var samtliga kvinnor och hade mellan tre månader till sex års erfarenhet av arbete på ungdomsmottagning.

5.6 Datainsamling

Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerad intervju är en form där merparten av frågorna är öppna och inte behöver ställas i bestämd ordning utan anpassning sker efter deltagarens svar. Intervjuer gör det möjligt att ta del av beskrivningar där deltagaren kan utveckla och svara fritt kring levda erfarenheter. En intervjuguide med frågor utformades av författarna (se bilaga 2) utifrån syftet och kunskap i ämnet. Intervjuguiden är ett stöd som möjliggör för en flexibel intervju (Danielson, 2014). Frågorna var till större delen öppna och övergripande för att få deltagaren att kunna berätta fritt kring ämnet. Intervjuguiden innehöll även följdfrågor som till exempel ”kan du utveckla” och ”hur menar du”. Intervjuguiden diskuterades med handledare samt andra studenter. Intervjuguiden testades sedan genom att båda författarna utförde provintervjuer på bekanta samt tidigare sjuksköterskekollegor. Fördelarna med att utföra provintervjuer är dels att testa inspelningstekniken och intervjuguiden men även för att bli bekväm i rollen som intervjuare (Danielson, 2014). Provintervjuerna ledde till att vissa frågor togs bort, förtydligades och bytte ordning. Efter deltagarnas önskemål skedde två av intervjuerna via zoom, en via telefon och två på respektive arbetsplats. Chefernas tillstånd efterfrågades vid de intervjuer som utfördes på arbetsplatsen. Då intervjuerna gjordes under en viss tidspress delade författarna upp intervjuerna mellan sig, två respektive tre stycken. Intervjuerna spelades in på mobila enheter för att sedan transkriberas men också avlyssnas i sin helhet av den författaren som inte deltog. När intervjuerna var inspelade transkriberas de noggrant av intervjuaren. Detaljer som tystnad och skratt noterades för att inte missa viktiga nyanser i det som sades. Intervjuerna varade mellan 26 och 73 minuter med en mediantid på 40 minuter. Varje intervju inleddes med att gå igenom en samtyckesblankett (se bilaga 3) för att bland annat säkerställa att barnmorskan hade förstått studiens syfte samt om barnmorskan hade några frågor om studien innan intervjun påbörjades.

5.7 Dataanalys

För att analysera materialet användes kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys möjliggör att utforska både manifest (beskrivande) och latent (tolkande) innehåll av det som kommuniceras (Graneheim et al., 2017). Innehållsanalys är en vanlig teknik att använda för forskare som saknar gedigen erfarenhet av att analysera kvalitativa data. Därmed inte sagt att analysen är en enkel metod (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim och Lundman (2004) har beskrivit tillvägagångssättet och de olika steg som används för att bearbeta, tolka och urskilja ett resultat. Tillvägagångssättet är beskrivet i sex steg 1) analysenhet, 2) domän, 3) meningsenhet, 4) kod, 5) kategori och 6) tema. Att förstå innebörden av stegen innan påbörjad analys är väsentligt för att kunna använda sig av analysen (Danielsson, 2014). Intervjuerna tilldelades olika färger för att säkerställa att samtliga var med i resultatet. Författarna läste sedan igenom texten i sin helhet upprepade gånger för bekanta sig med innehållet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) kan den transkriberade texten beskrivas som en analysenhet och bör läsas upprepade gånger. I det andra steget hittades domäner, utvald text som behandlade ett visst område. Vi separerar bl.a. säkrare sex och riskbeteende. I det tredje steget hittades meningsbärande enheter som hade ett gemensamt budskap och svarade till studiens syfte. De meningsbärande enheterna kunde bestå av ord eller flera meningar, dock inte så pass korta att dess innebörd riskerade att tappa sin mening. I det fjärde steget kondenserades de meningsbärande enheterna till kortare meningar, koder, men som fortfarande behöll enheternas kärna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är koder ord eller fraser som sammanfattar meningsenheternas innehåll. Vi skrev ut materialet för att sedan arbeta med att klippa ut de meningsbärande enheterna, koderna och för att sedan kunna bygga kategorier och teman. En bearbetning och diskussion genomfördes tillsammans med en reflektion kring förståelsen. I den femte steget sammanställdes koder som hade liknande innehåll till olika subkategorier och kategorier. Koderna kontrolleras mot de meningsbärande enheterna för att säkerställa deras giltighet. Koderna som bildade en kategori ska ha en röd tråd och svara på frågan "vad"? Det sista steget i innehållsanalysen var att skapa teman utifrån de olika kategorierna. Teman band samman de olika kategorierna och bildade en sammanställning men även en tolkning av den underliggande tråden i fenomenet (se tabell 1) (Graneheim & Lundman, 2004).

Tabell 1. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kondensering	Koder	Subkategori	Kategori	Tema
<i>“..däremot tänker jag mindre könssjukdom, mer såhär, ansvar för den egna kroppen, ansvar för andras kroppar...”</i>	Inte bara STI, det finns en större bild genom att ta hand om den egna och andras kroppar	Att ta hand om sig själv och andra	Stärka ansvaret	Den större bilden av ansvaret	Det stärkande samtalet
<i>”...då behöver jag förklara för dom vad för finns för olika könssjukdomar, det är många ungdomar som inte tex vet vad HIV är, för att lära dem vad det finns för könssjukdomar men också för att lära dom vilka risker som de faktiskt tar, när dom har oskyddat sex...”</i>	Förklara och utbilda ungdomen om olika STI och vilka risker de tar	Utbilda om risker	Barnmorskan strävar efter att stärka ungdomens kunskaper	Stärkande kunskap	Det stärkande samtalet

5.8 Etiska överväganden

Då studien föll inom ramen av universitetsutbildning fanns inget behov av etikprövning av etisk kommitté (Kjellström, 2014). Författarna förhöll sig dock till viktiga etiska principer i denna studie, framtagna för att skydda deltagande individer (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa principer kallas informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.



Informationskravet innefattade att deltagarna i studien var införstådda och informerade om syftet med studien. Samtyckeskravet handlade om att det var väsentligt att det framgick att deltagandet var frivilligt och gick att avbryta utan särskild anledning. Konfidentialitetskravet innebar att all insamlad data behandlades på ett konfidentiellt sätt och nyttjandekravet stod för att den insamlade data endast användes i syfte att forska (Vetenskapsrådet, 2002).

Det finns även tre grundläggande etiska principer att förhålla sig till enligt Belmontrapporten som är ett ramverk inom forskningsetiken. Dessa principer är: respekt för personer, göra gott samt rättvisepincipen. Att respektera en persons autonomi och självbestämmande, att inte skada och att reflektera kring rättvisa i för och nackdelarna i valet av deltagarna i forskningen, är viktiga delar ur dessa principer (Kjellström, 2014). I denna studie har vi förhållit oss till dessa genom att informera deltagare om studiens syfte, både vid rekrytering och innan intervjuerna. Ett samtycke med information om syftet, frivillighet avbrytande av deltagande samt information om konfidentiell hantering skrevs på under av deltagarna innan intervjuerna påbörjades. De påskrivna samtyckesblanketterna förvarades inlåsta hos handledaren. De inspelade intervjuerna transkriberades och hölls konfidentiellt av författarna för att sedan raderas. Namn och annan personlig information avidentifieras under analysprocessen.

6. Resultat

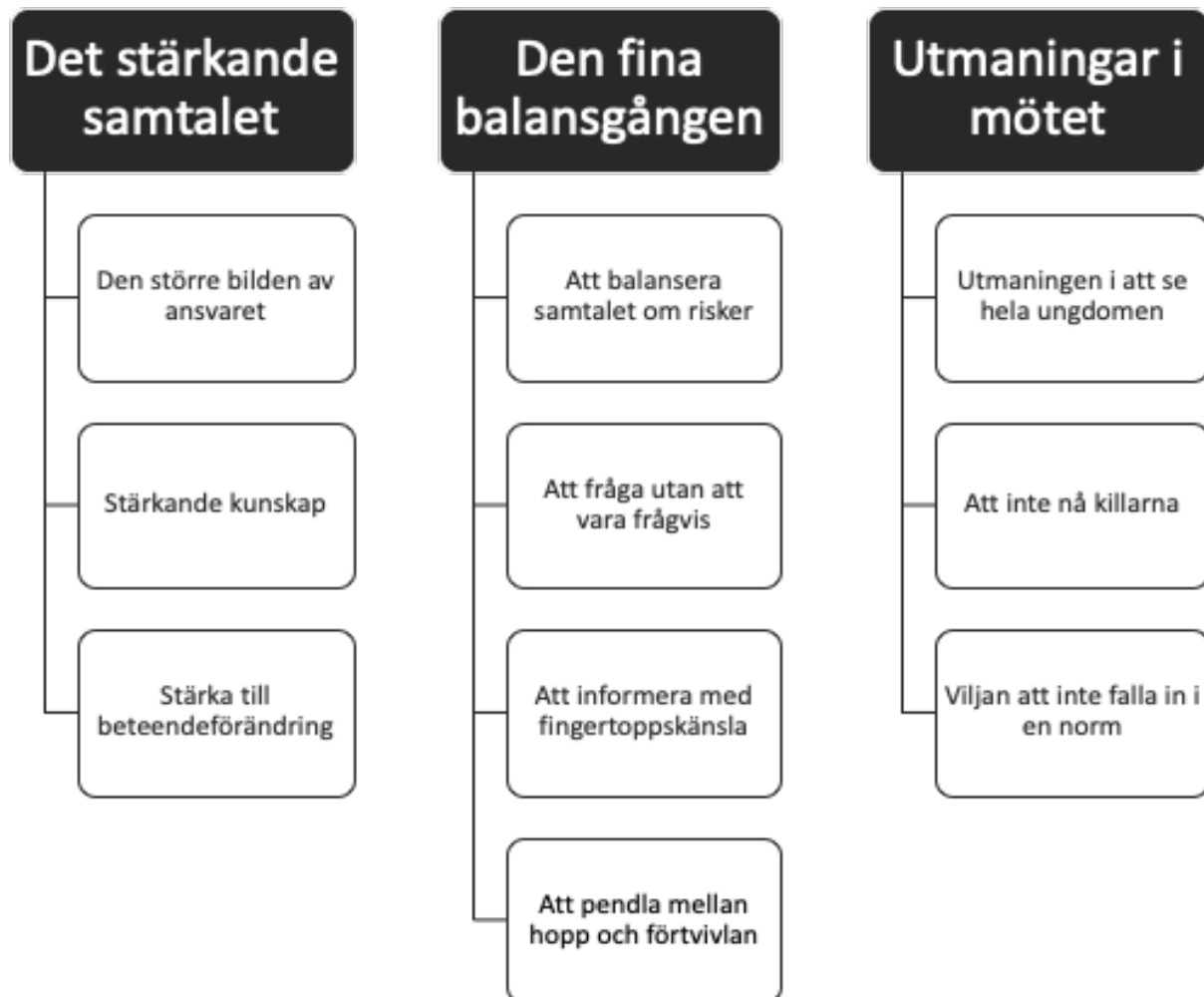
6.1 Presentation av deltagare

Resultatet utgår från fem intervjuade barnmorskor som i studien benämns som Barnmorska 1 till 5. Samtliga deltagare är verksamma i region Stockholm vid fem olika ungdomsmottagningar. Totalt hade barnmorskorna över 17 års erfarenhet inom arbetet på ungdomsmottagning och 34 år som barnmorskor.

6.2 Presentation av teman

Innehållsanalysen ledde fram till tre teman och tio kategorier vilket presenteras nedan (se *tabell 2*).

Tabell 2. Presentation av teman





6.3 Det stärkande samtalet

Majoriteten av barnmorskorna ansåg att samtalet om säkrare sex handlade om mer än att minska risken att bli smittad av en STI. Säkrare sex beskrevs som ett begrepp med innebörden att göra hälsosamma val för sig själv och för andra. Gemensamt för barnmorskorna var att de på olika sätt arbetade för att stödja och skapa förutsättningar för säkrare sex. Detta gjordes genom att stärka ungdomars kunskap, ansvarskänsla samt den egna förmågan och motivationen till beteendeförändring. Det stärkande samtalet riktades mot både killar och tjejer men delvis på olika sätt.

“... att man inte vågar säga, säga nej eller säga det här, våga föra fram vad man själv tycker. Och där känner jag att vi har mycket, å prata om och stärka ungdomarna och både tjejer och killar...”

(Barnmorska 1)

6.3.1 Den större bilden av ansvaret

Barnmorskorna ville nå ut till ungdomarna med budskapet om att säkrare sex hörde ihop med att ta ansvar över sin egen hälsa. Att skydda sig mot STI lyftes i ett helhetsperspektiv som innebar att ta hand om sin kropp och sin hälsa. Det var också något som förknippades med sexuellt välbefinnande. Det diskuterades mycket om barrärmetoder, främst inriktat på den manliga kondomen. Även femidom och slicklapp nämndes av enstaka barnmorskor. Att minska risken för STI lyftes i omtanke av sig själv men även för andra.

“...ja, det är ju så otroligt viktigt att man känner att man får ungdomen med sig och att de förstår att det handlar om din egen hälsa och ditt eget välbefinnande och ditt eget ansvar i det...”

(Barnmorska 1)

Samtalet var delvis inriktat på ansvaret på den egna individen men också som ett ansvar för någon annan. Vid tillfällen då ungdomen inte intresserad av att skydda sig själv mot STI, riktades fokus istället mot deras sexpartner.



“...det är lite som jag säger ibland, om du inte tänker på dig själv så kan du tänka på dom du har sex med? Du kanske ska skydda dom! Att man lägger det ut från sig själv och inte bara tänker på sig själv...” (Barnmorska 5)

6.3.2 Stärkande kunskap

Att stärka ungdomars kunskap om STI, om risker för överföring samt om kondom återkom som en betydande del i samtalet. Att förmedla vilka risker som kunde uppstå i samband med olika typer av sex ansågs viktigt.

”...då behöver jag förklara för dom vad för finns för olika könssjukdomar, det är många ungdomar som inte vet vad HIV är, för att lära dem vad det finns för könssjukdomar men också för att lära dom vilka risker som de faktiskt tar, när dom har oskyddat sex...” (Barnmorska 4)

Att utbilda ungdomarna om kondom fick stort utrymme. Barnmorskorna informerade om hur kondom användes på ett korrekt sätt. Det fanns också ett praktiskt moment i undervisningen och i att sätta på en kondom samt att hitta rätt storlek. Samtliga barnmorskor ansåg att det var viktigt att ta sig tid att prova ut en kondom som passade och som ungdomen kände sig trygg med. Att stärka kunskap om kondom, både teoretiskt och praktiskt betraktades lika viktigt oavsett kön.

“...du ska känna dig trygg med din kondom, du ska veta att den här kondomen sitter på bra, du ska öva på den egna kuken så du känner dig trygg...” (Barnmorska 2)

6.3.3 Stärka till beteendeförändring

Barnmorskorna beskrev hur samtalet kunde handla om att motivera och stärka den egna förmågan till någon form av beteendeförändring för säkrare sex. Beteendeförändringen hade huvudsakligen som mål att öka kondomanvändning men gällde även förändring av riskbeteende.

“... brukar fråga, är det någonting som vi skulle kunna prata om för att du skulle kunna använda kondom i större utsträckning?... ” (Barnmorska 5)



Några barnmorskor beskrev vikten av att bygga en relation och förtroende över tid för att kunna uppnå en beteendeförändring. Det fanns en särskild möjlighet att jobba mot beteendeförändring om barnmorskan fick chansen att träffa ungdomen vid flera tillfällen.

“...kan man ju också behöva bygga upp ett förtroende över tid, man kan ju behöva så ett frö kanske redan vid första samtalet om att det är ett riskbeteende...” (Barnmorska 3)

Motiverande samtal användes av flera barnmorskor som ett stöd i att arbeta med beteendeförändring. Barnmorskorna hade tagit till sig av metoden och ställde öppna frågor, frågade om lov för att bli inbjuden att få informera samt lyssnade och bekräftade ungdomen. Det motiverande samtalet användes som stöd i att framkalla förändringsprat och för att få fram ungdomens egen reflektion. Flera barnmorskor arbetade med att förstärka det positiva.

“...lägga det mer som en positiv utveckling istället för att säga, nämen det är inte bra, du måste använda kondom, inte prata nedvärderande utan mer, hur kan vi göra för att det ska bli bättre...”
(Barnmorska 5)

Barnmorskan frågade kring situationer där kondom användes eller inte användes och försökte ta reda på den bakomliggande anledningen. Syftet kunde vara att få fram strategier för att öka chanserna att kondom användes.

“...eh då brukar jag säga så här men vad kan vi hitta för strategier, kan du snacka med dina kompisar, hur gör dom, när funkar det, vad som händer, vilka faktorer funkar, när kondomen faktiskt funkar och åker på...” (Barnmorska 2)

Majoriteten av barnmorskorna hade uppfattningen om att ansvaret att initiera kondom ofta låg på killarna. Vidare var uppfattningen att många tjejer ville använda kondom men utan att våga föreslå det. Därför lade barnmorskorna extra stort fokus på att stärka tjejers förmåga att ta initiativ till kondom. Barnmorskorna önskade stärka deras känsla av självbestämmande och att de inte skulle lägga över beslutet på någon annan.

“...det känns som att tjejerna ibland går härifrån lite stärkta i att, oket, det är på mina villkor och jag kan säga att såhär vill jag ha det...” (Barnmorska 1)

6.4 Den fina balansgången

Barnmorskorna beskrev samtalet om säkrare sex och STI på ett sätt som kunde uppfattas som ett balanserande. Majoriteten menade att det var betydelsefullt att vara flexibel och inkännande vilket kunde ställa höga krav på barnmorskorna. Barnmorskorna beskrev att egna känslor mellan hopp och förtvivlan kunde dyka upp i samtalet. Det var dock viktigt att lägga dessa känslor åt sidan då det viktigaste var att få ungdomarna att känna sig bekräftade på den plats de var.

6.4.1 Att balansera samtalet om risker

Barnmorskorna beskrev att samtalet om risker och konsekvenser i samband med STI krävde en viss försiktighet. Att prata om risker och konsekvenser utan att oroa ungdomen kunde vara utmanande. Barnmorskorna var överens om att det var viktigt att inte utsätta ungdomarna för någon form av stigmatisering, särskilt gällde det dem som hade ett sexuellt riskbeteende. Det beskrevs upprepade gånger hur betydelsefullt det var att inte skuldbelägga ett beteende. Om ungdomen skämdes över något, exempelvis i samband med oskyddat sex, var det barnmorskans uppgift att försöka lindra den känslan. Barnmorskan ville visa att de inte gjort något som ansågs fel och istället fokusera framåt. Samtidigt ville barnmorskan våga prata om de risker och konsekvenser som en ungdom potentiellt hade utsatt sig för. Barnmorskan ville berätta om påföljden av exempelvis upprepade klamydiainfektioner och inte förminska den. Balansen handlar om att inte döma ett beteende men samtidigt våga lyfta riskerna.

“...om man haft klamydia för tredje gången, om man nu tänker på en framtid att man kanske eventuellt vill ha barn, så att det är ju hela tiden en avvägning, man vill ju inte skrämman nån, men jag är ganska rak så att klamydia kan göra så att man får svårare att få barn i framtiden...”

(Barnmorska 1)

6.4.2 Att fråga utan att vara för frågvis

En liknande balans beskrevs i samband med att ta reda på en ungdoms sexualanamnes. Sexualanamnes var något som ansågs som en självklar del i samtalet, dels inför att ta rätt prover i rätt lokaler men också för att uppmärksamma olika risker och beteenden. Att ställa frågor som rörde



en ungdoms sexualliv var inte alltid okomplicerat. Barnmorskan ansåg att det fanns många frågor som var viktiga att ställa men ville inte missuppfattas som frågvis och nyfiken.

“...men liksom, inte blir förhörd. Och det här kan jag känna ibland att, vad har jag rätt att fråga hur många sexuella kontakter du har haft sista 12 månaderna...” (Barnmorska 5)

Vissa barnmorskor var försiktiga att ställa frågor i ämnen som kunde uppfattas känsliga. Det hände att barnmorskan kände att ett förtydligande var på sin plats.

“...men också såhär, att förbereda dom i samtalet för frågorna, nu kommer jag ställa frågor och du behöver inte svara på alla men det är bara för att jag ska kunna veta...” (Barnmorska 5)

Ett frågeformulär som ungdomen hade fyllt i innan besöket beskrevs som en möjlighet att förbereda ungdomen inför samtalet. Flera barnmorskor uppfattade att frågeformuläret var ett underlag som bidrog till öppna och ärliga svar.

6.4.3 Att informera med fingertoppskänsla

Barnmorskorna uttryckte att det var väsentligt att ha en förståelse att det ibland fanns behov att anpassa information utifrån ungdomens förutsättningar. Genom att utforska ungdomens kunskap, egna fördomar och rädslor, risktagande eller tidigare STI anpassades informationen. Informationen justerades även utifrån sexual praktik. Barnmorskor anpassade även mängden information utifrån ungdomens förmåga att lyssna och ta till sig information. Barnmorskornas erfarenhet var att många ungdomar hade svårt att koncentrera sig under längre perioder. Detta var särskilt viktigt vid möten med ungdomar med funktionsvariationer, som exempelvis ADHD.

“...alltså om de har någon diagnos, många med ADHD har ju svårt att ta till sig mycket information på en gång...” (Barnmorska 4)

6.4.4 Att pendla mellan hopp och förtvivlan

Barnmorskorna var överens om att ungdomarna befann sig i en formbar tid i livet. Barnmorskorna såg möjligheter till att kunna påverka ungdomarna, som var i början av ett utforskande av sin sexualitet.

“...det finns mycket möjligheter när man jobbar med ungdomar, vi har ju möjlighet att forma dom, man kan göra skillnad, jag känner att jag kan göra skillnad, så det tycker jag är min drivkraft, ingenting är omöjligt utan det är här jag har chansen att föra med budskapet, att skicka med att det är viktigt att testa sig för att det är viktigt att skydda sig...” (Barnmorska 3)

Barnmorskorna visade också förståelse för att tiden som ung kunde påverka ungdomars motivation, insikt och konsekvenstänk. Dessa skilda sidor av ungdomstiden kunde skapa olika känslor hos barnmorskan. Detta kunde ibland framkalla känslor som frustration och hopplöshet. Barnmorskorna upplevde blandade känslor inför att möta ungdomar med ett riskbeteende och som inte var intresserade av att ändra sitt beteende. Många ungdomar såg på sig själva som odödliga och därmed inte särskilt rädda för att få en klamydiainfektion. Det fanns en förståelse för ungdomarna men samtidigt framkallades känslor av provokation när ungdomar inte tog hand om sig själv.

“...det kan vara så när dom inte vill ha kondomerna, när man vet att det är ett problem att dom inte använder kondom. Då kan det vara svårt att veta hur man ska ta det, ett nej är ju ett nej såklart, vi erbjuder ju bara och då kan det vara svårt, man vill ju så gärna att de ska ta med sig liksom...”
(Barnmorska 3)

Känslor som frustration och förtvivlan dök upp när ungdomar inte insåg vilka risker de utsatte sig för.

“...jag försöker verkligen att inte döma, jag försöker inte sätta ord på att dom har sex med många eller mycket jag försöker verkligen men ibland kan man ju bli såhär, förstår du vad du utsätter dig för risk?...” (Barnmorska 5)

6.5 Utmaningar i mötet

Barnmorskorna hade erfarenhet av att samtal om säkrare sex och STI kunde innehålla vissa utmaningar. En av utmaningarna handlade om att uppmärksamma ett sexuellt riskbeteende med förståelsen att risktagande kunde vara kopplat till en bredare problematik hos ungdomen. Detta kunde ställa krav på barnmorskan i att se över vilka insatser som kunde övervägas. En annan utmaning var strävan efter ett jämställt och likvärdigt bemötande.

6.5.1 Utmaningen i att se hela ungdomen

Barnmorskorna delade en uppfattning om att det kunde finnas flera orsaker bakom att ta risker i samband med sex. Barnmorskorna beskrev en rad bakomliggande faktorer att ta hänsyn till. Främst handlade det om användning av alkohol och droger, psykiska åkommor som ångest och depression samt kulturella skillnader. Ytterligare exempel var ungdomar med funktionsvariation, där ett riskbeteende uppträdde mer frekvent. Att hjälpa en ungdom med ett riskbeteende kunde därför innebära en mer omfattande insats och en djupare förståelse. Ibland sökte barnmorskan stöd från andra yrkesgrupper, exempelvis kuratorer.

"...mer liksom, verkligen gå till grunden med riskbeteende, om det är nått i bakgrund som gör att dom utsätter sig för den här risken. Är dom deprimerade? Ångest? Nått sånt? Eller är det ren lust som ligger bakom som gör att dom utsätter sig..." (Barnmorska 5)

"...men sen kan ju även ett sexuellt riskbeteende innefatta, alltså det behöver ju inte bara va om du har skyddat dig mot en STI, det kan ju också betyda att du skadar dig själv genom att ha sex, t ex att du liksom, försöker döva någonting inom dig, en ångest, en känsla av att du inte är älskad..."
(Barnmorska 4)

Det ansågs väsentligt att vara medveten om att synen på vad som var ett riskbeteende kunde skilja sig åt mellan barnmorska och ungdom.

"...jag kanske tycker att det är en risk, men tycker du det? Jag ser att du haft sex med 25 stycken men liksom, mer fråga om du tycker att det är nått?..." (Barnmorska 5)

6.5.2 Utmaningen att nå killar

Det fanns en generell uppfattning hos barnmorskorna att det var lättare att kommunicera med tjejer än med killar. Tjejer besökte oftare ungdomsmottagningen av anledningar som exempelvis preventivmedelsrådgivning vilket skapade mer tid och fler tillfällen för samtal om säkrare sex.

"...när jag pratar med tjejer då är det oftare ett längre samtal och ofta handlar det ju om preventivmedel och man kan prata ut från den aspekten, så det blir lättare att kanske att, det kan bli



*en naturlig övergång till att prata om, eller i det hela att ta med hur man ska skydda sig mot
könssjukdomar... ” (Barnmorska 1)*

Barnmorskorna menade att det var en längre process att nå fram till killar i samtalet om STI och säkrare sex. Barnmorskorna upplevde att det ofta krävdes mer tid, mer engagemang och fler tillfällen för att närma sig känsliga samtal med killar. Detta försvårades eftersom de i mindre utsträckning besökte ungdomsmottagningen. När de väl dök upp önskade de ofta korta besök vilket försvårade barnmorskans möjlighet att skapa ett förtroendeingivande möte.

*“...killar kommer, dom vill testa oftare lite snabba besök, där man får jobba in lite grann...”
(Barnmorska 1)*

Barnmorskorna strävade efter ett likvärdigt bemötande. Det som försvårade var delvis de ovan nämnda hindren men det framkom även en viss kompetensbrist. Några barnmorskor nämnde att det var otillräckligt med andrologi i barnmorskeutbildningen för att kunna bemöta killarna på ett likvärdigt sätt.

“...Det är väldigt lite fokus på män och killar under utbildningen och andrologi och hur vi ska möta, dom killarna som kommer hit. Så att det är ju någonting som måste bli, som jag tycker måste bli bättre...” (Barnmorska 1)

6.5.3 Viljan att inte falla in i en ram

Barnmorskorna strävade efter att bemöta alla ungdomar på ett likvärdigt sätt. Samtliga barnmorskor ansåg att det var viktigt att vara uppdaterade och att aktivt arbeta normkritiskt.

“... viktigt liksom att inte fastnar i det här normativa tänket utan att det är jätteviktigt att individanpassa liksom, att man inte ska anta att folk har penetrerande sex samlag utan det finns så många sätt att ha sex...” (Barnmorska 3)

Trots viljan att inte ha förutfattade meningar kände vissa barnmorskor ibland att det var lätt att falla in i normtänkande av vana. Det uppmärksammades vissa olikheter i det normkritiska arbetet. Det framkom att 1) det var lätt att fastna i en norm utifrån en vana, 2) tidigare misstag i att förutsätta



något ledde till förbättring, 3) det fanns en oro att glida in i ett heteronormativt tänkande i takt med längre arbetserfarenhet.

“...det blir väldigt mycket att man förutsätter att eh personer som då anser sig vara heterosexuella, att dom har omslutande vaginalsex till exempel alltså man förutsätter såna saker väldigt mycket, man slipas ner, man ba, aha: p-piller, kuken i fittansex, jaha jaha, nämen alltså, det är lite grann att man vänjer sig ah, lite avtrubbad typ...” (Barnmorska 2)

“...Jamen, jag har gjort bort mig, har du nån pojkvän, nej, jag har en flickvän och man ba ok, och så tänker man ÅH NEJ (SKRATT!) Men jag har lärt mig på vägen, så nu är jag väldigt försiktig...”
(Barnmorska 5)

Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att bli inbjuden i samtalet och att de ibland fick acceptera ett nej. Några barnmorskor beskrev också att man kan behöva acceptera att man inte alltid når fram. Möjligheterna att förändra en ungdoms motivation var trots allt begränsade.

“...såhär den tackar nej till kondområdgivning, den vill inte prata, den vill bara testa sig, jag kan inte tvinga nån. Okej, frivillig vård. Fine...” (Barnmorska 4)

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

7.1.1 Studiedesign

Studiens syfte var att studera barnmorskors erfarenheter av samtalet om säkrare sex. En kvalitativ ansats valdes då det är lämpligt när erfarenheter och upplevelser om ett fenomen ska studeras (Graneheim et al., 2017). Intervjuer ansågs vara en passande metod utifrån syftet. Intervjuerna möjliggjorde barnmorskornas erfarenhet genom deras egna ord och berättelser. De semistrukturerade frågorna öppnade för ett fritt samtal men inom tydliga ramar. Vi ansåg att de insamlade intervjuerna utifrån intervjuguiden svarade väl på studiens syfte. För att få fram ett resultat ur intervjuerna användes innehållsanalys. Innehållsanalys syftar till att få fram beskrivningar men även tolkningar av det insamlade materialet (Graneheim et al., 2017).

7.1.2 Trovärdighet

Trovärdighet är ett begrepp som motsvarar reliabilitet och validitet inom den kvantitativa forskningen och är ett sätt att utvärdera studiens resultat och kvalitet (Graneheim & Lundman, 2004). Trovärdigheten kan delas upp i olika begrepp som 1) pålitlighet (dependability), 2) överförbarhet (transability) och 3) giltighet (credibility) (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa begrepp kommer att diskuteras i följande text.

Vi valde att inkludera intresserade deltagare oavsett arbetslivserfarenhet. Vi diskuterade initialt om vi skulle använda oss av ett minimum på fem års erfarenhet men valde bort detta för att inte riskera att inte hinna rekrytera tillräckligt många deltagare. Barnmorskor som inte talade svenska exkluderades vilket möjligen kan ha påverkat rekryteringen. Anledningen till att författarna använde sig av inklusionskriteriet nuvarande anställning på ungdomsmottagning, var att författarna ville ha aktuell erfarenhet.

Förförståelse innefattar de värderingar och erfarenheter som kan influera studien (Priebe & Landström, 2014). Författarna har under hela analysprocessen kritisk reflekterat över de egna erfarenheterna inom ämnet för att minimera risken att påverka slutresultatet (Danielson, 2014). Att arbeta helt förutsättningslöst och utan någon förförståelse för ett ämne är inte möjligt. Att reflektera över sin egen förförståelse stärker en studies pålitlighet (Priebe & Landström, 2014). För att stärka pålitligheten har båda två läst det insamlade materialet på egen hand och sedan tillsammans. Författarna är barnmorskestudenter och har haft en vecka praktik på ungdomsmottagningen under utbildningen. Båda två har upplevelser och erfarenheter av tiden som ung och som besökare på ungdomsmottagning. Författarna hade blandade uppfattningar om barnmorskans samtal om säkrare sex innan studiens start. Tidigare kunskap och erfarenhet kan ha influerat resultatet.

En förutsättning i en kvalitativ studie är att deltagarna har rätt erfarenhet för att kunna berätta kring det som efterfrågas (Henricsson & Billhult, 2014). Upplevelsen var att intervjuerna gav innehållsrika svar och att varierande beskrivningar fanns. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en variation av deltagare att föredra för att få olika erfarenheter och för att stärka studiens giltighet. Deltagarna var kvinnor, arbetade i region Stockholm och hade mellan tre månader till sex års erfarenhet vilket gav en viss variation. Det hade dock varit berikande med ännu större spridning,



dels gällande arbetserfarenhet, kön, men också geografiskt. Inom regionen var spridningen stor och representerade flera olika förorter och innerstad. Överförbarhet handlar om att kunna överföra studiens resultat i en annan kontext. Vi anser att överförbarheten av resultatet på barnmorskor i Stockholm är möjlig. Däremot kan överförbarheten var begränsad till andra delar av landet och utanför Sveriges gränser. Att avgöra om ett resultat är överförbart är dock upp till läsaren (Graneheim & Lundman, 2004). Då det var tre avhopp blev det totalt fem barnmorskor som deltog. Det är viktigare att ha rika berättelser från få deltagare än att ha fattiga från många (Henricsson & Billhult, 2014).

Frågeguiden delades med handledaren och diskuterades vid ett seminarium med andra studenter. Detta anses som en styrka. Dock var det svårt att utforma frågor då tidigare erfarenhet saknades. Enstaka frågor i frågeguiden kan i efterhand ha uppfattats som ledande. Provintervjuerna som utfördes fungerade som en förberedelse inför intervjuerna och åsyftade att göra oss mer bekväma i rollen som intervjuare. Intervjuguiden upplevdes som ett fördelaktigt stöd. En nackdel med en intervjuguide är dock att intervjuaren kan bli styrd vilket kan försvåra interaktionen. Detta var något som författarna aktivt arbetade mot genom att vara väl förbereda och inlästa på frågorna (Danielson, 2014). Det är viktigt att som intervjuare att plocka upp eventuella känslor, gester och ansiktsuttryck som visas i samband med intervjuer (Danielson, 2014). Detta kan ha påverkats då endast två av intervjuerna skedde på plats och tre gjordes på distans. Barnmorskorna fick själva bestämma plats och det var viktigt att bejaka detta (Danielsson, 2014). Det är att föredra att ha samma plats för intervjuerna (Danielsson, 2014). Eftersom det blev skillnader i platserna kan det ha påverkat resultatet.

Författarna har transkriberat noggrant och tagit del av barnmorskornas uttryck som exempelvis skratt i beaktande i samband med intervjuerna. Detta gjordes för att få en ökad förståelse av det som kommunicerades. På grund av tidsbrist skedde intervjuerna med en författare istället för två, för att sedan lyssnas igenom av båda. Det kan å andra sidan också vara en fördel i en intervjusituation då flera intervjuare kan skapa en känsla av underläge för den som blir intervjuad (Trost, 2010). Att intervju är en konst och kräver mycket av den som intervjuar. Då författarna saknade erfarenhet i liknande sammanhang kan detta ha påverkat resultatet. Enligt Danielson (2014) är det aktiva lyssnandet en viktig komponent. Författarna upplevde att intervjuerna förbättrades efter hand och att det aktiva lyssnandet fick mer utrymme efter varje intervju. Varje deltagare fick erbjudande att

komma med egna reflektioner innan avslutad intervju, vilket möjliggjorde att ta med delar som inte kommit fram.

För att få fram ett resultat ur intervjuerna användes innehållsanalys. Författarna har under hela analysprocessen kritisk reflekterat över egna erfarenheter i ämnet. Detta för att minimera risken att påverka slutresultatet (Danielson, 2014). Graneheim och Lundman (2004) understryker dock att det är oundvikligt att tolka på ett helt objektivt sätt. Författarna har fortlöpande diskuterat analysen och på detta sätt försökt undvika subjektiva tolkningar. Att vi är två personer som arbetat tillsammans anser vi vara en styrka.

Analysen har gjorts i flera steg i samråd med handledare vilket ökar studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Teman kan vara abstrakta och den underliggande röd tråd kan vara svår att tolka på ett rättvist sätt. Abstraktionsförmågan att tolka kan vara svår och ta lång tid att utveckla (Graneheim et al., 2017). Författarna har försökt utifrån sin förmåga tolkat materialet på ett rättvist sätt med respekt för det som sagts. Vi har försökt att få med all data som svarade på studiens syfte för ett rättvist resultat. Dock har några undantag gjorts då resultatet överlag blev stort. Giltigheten stärks om relevant innehåll i materialet används och inte exkluderas (Graneheim & Lundman, 2004). Att noggrant beskriva studiens procedur, urval, deltagare, datainsamling och analys gör att överförbarheten stärks (Graneheim et al., 2017). Därför har författarna gjort detta på noggrant sätt vilket anses som en styrka.

7.1.1 Etiska aspekter

Vi har tagit hänsyn till vikten av samtycke och självbestämmande för att vara säkra på att deltagande varit frivilligt. Vi var varit noga med att se till att samtycken och inspelade data hölls konfidentiellt. I resultatet avidentifierades personliga uppgifter. Citat som på något sätt kunde uppfattas som avslöjande eller utpekande valdes bort. Vi frågade om deltagande på personliga facebooksidor samt tidigare praktikplatser. Vi har reflekterat kring möjligheten att detta skulle kunna påverka deras öppenhet i intervjuerna. Vår uppfattning var att intervjuerna genererade uppriktiga och ärliga svar. Författarna strävade efter ny kunskap att göra gott och vara till nytta för barnmorskans arbete i samtalet med ungdomar.

7.2 Resultatdiskussion

Barnmorskornas erfarenhet av samtal om säkrare sex och STI skapade en bild av ett samtal med både möjligheter och svårigheter. Barnmorskorna var överens om att ungdomar befann sig i en formbar tid i livet. Barnmorskorna arbetade aktivt för att stärka ungdomars förutsättningar till säkrare sex. Barnmorskans erfarenhet var också att ungdomarna stundtals saknade motivation och förmåga till att göra val som minskade risken för STI och egna känslor som frustration och hopplöshet kunde dyka upp. Samtliga barnmorskor beskrev samtalet om säkrare sex och STI på ett sätt som kunde uppfattas som ett balanserande. Barnmorskorna menade att samtalet om risker, konsekvenser och sexualanamnes krävde viss försiktighet. Det huvudsakliga målet var att ungdomen aldrig skulle känna någon skam eller skuld på ungdomsmottagningen. Därför lades stor vikt vid att ungdomen skulle känna sig väl omhändertagen och aldrig dömd. Barnmorskorna strävade efter ett jämlikt och likvärdigt bemötande men medgav att vissa förutsättningar saknades.

7.2.1 Det viktiga bemötandet

Resultatet i denna studie genomsyrades av att barnmorskorna lade stor vikt vid att bemöta ungdomen på ett tryggt och respektfullt sätt. Barnmorskorna uttryckte att de inte ville utsätta ungdomen för någon form av skam eller skuld i samband med besöket. Stigma, både förväntad och upplevd är väl associerat med STI (WHO, 2015). Vikten av ett tryggt och tillitsfullt bemötande har setts i tidigare studier (Nielsen et al., 2017). I en av dessa studier beskrevs ungdomars upplevelse av bemötandet på ungdomsmottagning som ödmjukt och tillmötesgående (FSUM, 2015). Folkhälsomyndigheten (2017) redogör vidare att de flesta ungdomar ansåg att de blev respektfullt bemötta i samband med testning av STI. Det fanns ingen skillnad mellan tjejer och killar dock var siffran men något lägre hos ungdomar som inte kategoriserade sig utifrån kön (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Barnmorskornas uppfattning var att tjejer inte har samma möjlighet att ta initiativ till användning av kondom som killar. Det gjorde att barnmorskorna la extra fokus på att stärka tjejers förmåga att våga ta upp frågan om kondomanvändning. Att ta initiativ till kondomanvändning är historiskt sett en manlig tradition. Den kvinnliga sexualiteten har ansetts som passiv i jämförelse med den manliga och har inte tagit lika mycket plats i den heterosexuella relationen (East et al., 2011).

Förväntningarna på de olika könen kan beskrivas i termer av att manlig sexualitet ska vara initiativtagande och drivkraftig medan kvinnlig sexualitet ses som mer emotionell och passiv (Sakaluk et al., 2014). Att bryta dessa heteronormativa strukturer skapar möjligheter att öka

kondomanvändning (East et al., 2011). En förklaring till ovan nämnda förväntningar och strukturer kan härledas till sexuella skript (Sakaluk et al., 2014). Sexuella skript, eller manus, är en teori som lanserades för över 40 år sedan. Teorin definierar samhällets normer och oskrivna regler som styr människors sexuella beteenden. Ungdomars sexuella skript visar att det finns olika förväntningar på tjejer och killar kopplade till sex. Förväntningarna om det manliga ansvaret för initiativ till kondom kvarstår. Däremot finns vissa nyttillkomna normer. Idag är det exempelvis mer accepterat att, även för kvinnor, ha tillfälligt sex på samma sätt som för män. Sexuella script är inte statiskt utan förändras i takt med samhällets kultur och normer (Sakaluk et al., 2014).

I resultatet i denna studie framkom att barnmorskan inte hade samma förutsättningar att arbeta för säkrare sex med killar. Trots att alla ungdomar är välkomna till ungdomsmottagning är det endast 10-15 procent av besöken som är killar (FSUM, 2018). Tjejer söker sig till ungdomsmottagning för andra anledningar än STI, som införskaffande av preventivmedel och menstruationsrelaterade frågor, vilket ger barnmorskan tillfälle att prata om STI (Rembeck & Gunnarsson, 2011). En annan anledning till att majoriteten av besöken är tjejer kan ligga i som tidigare nämnts, en förväntning på ansvar. Tjejer förväntas ta större ansvar för den reproduktiva och sexuella hälsan (Denison et al., 2018). Att killar inte söker vård i samma utsträckning som tjejer kan också kopplas till en maskulin norm, så kallad maskulinitetsnorm. Maskulinitetsnormen kan påverka mäns sätt att våga uttrycka känslomässiga problem vilket kan leda till att emotionella frågor inte uttalas utan trycks ned. Detta kan också i förlängningen vara en förklaring till varför män inte söker vård i samma utsträckning som kvinnor (Calear et al., 2017). Folkhälsomyndigheten (2017) beskriver att det finns ett utvecklingsbehov av att arbeta för att nå ut till fler killar gällande sexuell hälsa. Målet är att alla, oavsett kön, ska känna sig lika välkomna på ungdomsmottagningen. Det har gjorts insatser för att förbättra och utveckla detta, från kurser i andrologi till att öppna specifika mottagningar som endast tar emot killar (FSUM, 2018). I resultatet uttrycks det av barnmorskorna att det saknas kunskap i andrologi vilket skapade en känsla av att inte kunna bemöta killarna på ett likvärdigt sätt. Barnmorskans ska besitta kompetens inom ett brett område som inkluderar reproduktiv och sexuell hälsa för både män och kvinnor (Barnmorskeförbundet, 2021).

Barnmorskorna i resultatet i denna studie ansåg att det vara viktigt att ha ett normkritiskt förhållningssätt. Det förekom dock vissa svårigheter. Några barnmorskor upplevde att det var lätt att halka in i en norm som att exempelvis förutsätta en ungdoms sexuella läggning eller sexuella praktik. Arbetet på ungdomsmottagning ska genomsyras av ett normkritiskt förhållningssätt

(FSUM, 2018). Det innebär ett ifrågasättande av normer som exempelvis inkluderar kön och sexuell läggning. Behovet av ett normkritiskt förhållningssätt i mötet med ungdomar kräver ständig uppdatering (FSUM, 2018). För vårdpersonal som utgår från en norm med dess förväntningarna finns risken att bemötandet av icke normativ könstillhörighet inte blir tillfredsställande. Genom användning av korrekt uppdaterad terminologi och språk kan vårdpersonalen underlätta bemötandet på ett normkritiskt sätt (Persson Tholin & Broström, 2018).

Ungdomarna på ungdomsmottagning känner sig ofta väl bemötta av personal men kan känna oro över tanken att träffa någon i sin bekantskapskrets. Stockholm är den stad som har flest antal ungdomsmottagningar i landet (Nielsen et al., 2017). Det kan vara intressant att veta hur stigma förekommer på mindre orter och det går att spekulera i huruvida möjligheten att vara anonym kan påverka viljan att testa sig.

I resultatet framkom flera utmaningar i att samtala om säkrare sex och STI. Barnmorskorna kände en oro över att ungdomarna skulle känna sig utfrågande och obekväma vilket krävde en viss försiktighet. Flera barnmorskor ansåg att ett frågeformulär var ett underlättande verktyg och ett stöd för att identifiera risker. Enligt Hammarström et al. (2019) finns ett behov av ett strukturerat arbetssätt för ungdomsmottagningar i Sverige eftersom det saknas idag. Tabubelagda ämnen riskerar att utebli om vårdgivaren inte ställer raka frågor. Ett frågeformulär som nyligen implementerats på en del ungdomsmottagningar i landet är SEXual health Identification Tool (SEXIT). Detta är ett frågeformulär framtaget i syfte att uppmärksamma och identifiera olika risker för sexuell ohälsa, antal sexpartners, erfarenhet av STI, sexuellt våld och sex mot ersättning. SEXIT består om 20 frågor och fylls i av ungdomen innan besöket. Det har visat sig vara ett bra underlag för både ungdomen och barnmorskan. Majoriteten av ungdomarna tyckte att formuläret var viktigt och varken för svårt eller obekvämt att fylla i. Dessutom ansågs det enklare att svara på frågorna skriftligt istället för muntligt (Hammarström et al., 2019).

7.2.2 Förståelsen för hela ungdomen

Barnmorskorna i resultatet i denna studie var väl medvetna om de bakomliggande faktorer som kunde påverka ungdomarnas sexuella risktagande. Enligt Hammarström et al. (2019) handlar upprepning av sexuellt risktagande ofta om underliggande mekanismer som sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld. Dessa är exempel på viktiga aspekter som kan behöva lyftas i samband med besök på ungdomsmottagning. Ett sexuellt riskbeteende i särskilt sårbara grupper som exempelvis väldigt



unga, HBTQI-identifierade ungdomar eller boende på ungdomshem, bör uppmärksammas (Hammarström et al., 2019). I en kvalitativ studie från Stockholm intervjuades unga personer mellan 18–22 år i samband med uppsökande av ungdomsmottagning. Deltagarna beskrev bland annat anledningar till varför de haft oskyddat sex. Alkohol var ofta associerat med oskyddat sex och i dessa fall var det också vanligt att ungdomarna ångrade sitt beslut redan dagen efter (Nielsen et al., 2017).

Folkhälsomyndigheten (2017) rapporterar att nästan 20 procent av svenska ungdomar har använt alkohol i samband med senaste sextillfället. En annan orsak till oskyddat sex var att sex med kondom inte ansågs lika njutbart. Dessutom gjorde ungdomar gjorde en bedömning av risk utifrån känslan av tillit för den potentiella sexpartnern. De olika orsakerna till oskyddat sex kunde även ses som ett förhandlande mellan risk och vinst i olika kontexter (Nielsen et al., 2017). Vidare menar Carey et al. (2019) att vissa unga kvinnor beskrev att alkohol var tydligt sammankopplat med en lägre frekvens av kondomanvändning. Unga kvinnors sexuella riskbeteende ökade i takt med alkoholkonsumtion och med alkoholintaget så minskade även konsekvenstänket till att initiera kondom. Att kvinnorna i nyktert tillstånd ville använda skydd mot STI men under alkoholfpåverkan prioriterades istället njutningen av kondomfritt sex (Carey et al., 2019). Hosain et al. (2012) beskriver också unga kvinnor med ADHD-symptom förknippades med ett visst sexuellt riskbeteende som bland annat inkonsekvent kondomanvändning och alkoholkonsumtion före sex (Hosain et al., 2012).

I resultatet av intervjuerna framkom att barnmorskor lade stor vikt vid att informera om STI och att utbilda om kondomanvändning. Vikten av att besitta kunskap om STI och kondomanvändning kan diskuteras på olika sätt. Generellt har svenska ungdomar en god kunskap om STI. Kunskapen är högre hos tjejer än hos killar eller personer som inte definierar sig enligt könsnormen (Folkhälsomyndigheten, 2017). Trots svenska ungdomars kunskaper är STI ett fortsatt problem (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Enligt Hammarström et al. (2019) handlar sexuellt risktagande sällan om okunskap gällande säkrare sex utan istället om bakomliggande faktorer. Enligt en studie av Rodrigues et al. (2020) orsakas sex utan kondom ofta av en blandning av flera olika delar som exempelvis lust, fokus på sexuell prestation, tillit till partner, normer kring kondom samt att ha kondom nära till hands. Den praktiska förmågan och kunskapen om kondom ansågs vara av betydelse i relation till ovan nämnda faktorer (Rodrigues et al., 2020). En annan studie visade att ungdomars kunskap var en viktig faktor när det gällde att ta initiativ att uppsöka vård för



provtagning. I studien beskrevs en skillnad mellan killar och tjejer. Killarna sökte vård i större utsträckning på inrådan av partner och ansåg inte att kunskap om STI var lika betydelsefullt som för tjejerna (Denison et al., 2018). Sammanfattningsvis är kunskap en viktig grund för säkrare sex men inte som en ensidig lösning (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Förutom information om kondomanvändning informerade barnmorskorna om hur STI kunde smittas på olika sätt.

7.2.3 Att arbeta med beteendeförändring

I vårt resultat beskriver barnmorskorna att samtalet om säkrare sex var ett begrepp som handlade om att utbilda, stärka och att arbeta mot beteendeförändring. Många av barnmorskorna använde sig av någon form motiverande samtal för att uppnå en beteendeförändring hos ungdomarna. Gibson et al. (2020) menar att motiverande samtal (MI) är en samtalsteknik med goda effekter på beteendeförändringar och kunde påvisa positiv effekt på sexuellt riskbeteende hos ungdomar mellan 15–24 år. Motiverande samtal bygger på att underlätta förändringsarbete genom att bekräfta, stärka, framkalla egen reflektion och främja motivation. Samtalsmetoden utgår från att ställa öppna frågor och innebär ett aktivt lyssnande. Motiverande samtal användes i en studie för att utvärdera effekten av kondomanvändning i relation till 1) attityder, 2) normer, 3) egen förmåga och 4) avsikt att använda kondom. Studiens deltagare fick genomgå motiverande samtal vid två tillfällen och under den planerade uppföljningen efter tre månader kunde en minskning i sexuellt risktagande konstateras gällande tre av fyra ovan nämnda variabler. Normer var det enda som inte hade påverkats (Gibson et al., 2020). Resultatet visar att barnmorskorna upplevde att det ibland krävdes tid och kontinuitet för att uppnå beteendeförändring. Flera barnmorskor ansåg att ett relationsbyggande låg till grund för att kunna genomföra en beteendeförändring. Det gäller att så ett frö vid första mötet för att sedan ta vid på nästkommande möte och arbeta långsiktigt. Boman et al. (2017) menar att ett samtal kan ha betydelse för att minska risktagandet och för att öka motivationen till att använda kondom (Boman et al., 2017). Enligt von Sadovszky et al. (2015) har tidsaspekten emellertid betydelse. I en litteraturöversikt sågs en antydning att längre och fler tillfällen ökade effekten av en intervention (von Sadovszky et al., 2015).

7.2.4 Bristande motivationen

Barnmorskorna i studien kunde ibland känna frustration och hopplöshet när motivationen hos ungdomarna att skydda sig mot STI upplevdes vara sviktande. I Nielsen et al. (2017) studie på ungdomsmottagningar i Stockholm bekräftades den sviktande motivationen på följande sätt:



Ungdomarna beskrev klamydia som något som är lätt att bota, vilket gjorde att de kunde resonera att det var värt att utsätta sig för risken vid oskyddat sex (Nielsen et al., 2017). Däremot ansågs tanken att potentiellt smitta någon annan med klamydia vara en motiverande drivkraft att skydda sig. Den sociala stigman och oron för att få ett dåligt rykte ansågs värre än de medicinska konsekvenserna. Det var mer troligt att kondom användes med någon i bekantskapskretsen än med en tillfällig sexpartner. Skammen över att smitta någon med en STI upplevs värre om det var någon som ungdomen kände (Nielsen et al., 2017). Motivationen att undvika oönskade graviditeter var ofta högre än rädslan för STI. Barnmorskorna i resultatet framhävde en vilja att stärka vikten av att ungdomen skulle tänka på andra och inte bara på sig själv. Att tänka på andra, både i relation till STI och graviditet, skulle kunna vara en effektiv strategi för att öka kondomanvändning. Kondomanvändning är något som har minskat över tid i Sverige (Stenhammar et al., 2015). Samtidigt ökar frekvensen av STI. Klamydia är fortfarande den vanligaste STI och en ökning kan ses. Däremot ökar syfilis och gonorré i större utsträckning än vad klamydia gör (ECDC, 2021). Som tidigare nämnts finns också en hotande antibiotikaresistens (Unemo et al., 2017). I denna studie var klamydia den STI som diskuterat mest frekvent. Rädslan för att bli smittas av andra STI än klamydia kan diskuteras. En studie har sett att rädslan för att bli smittad av HIV är låg bland heterosexuella svenska ungdomar, troligtvis på grund av att prevalensen i Sverige är låg (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Kännedom om att en pågående klamydiainfektion också ökar risken av att bli smittad av HIV skulle potentiellt kunna öka ungdomars motivation till kondomanvändning (Rembeck & Gunnarsson, 2011). Det går att spekulera i att kombinationen av låg kondomanvändning och ökning av andra STI än klamydia kommer att öka kraven på barnmorskan i det preventiva arbetet. Vår uppfattning är att barnmorskan har en viktig roll i att hålla ungdomar uppdaterade.

8. Slutsats

De intervjuade barnmorskornas erfarenhet av samtalet om säkrare sex och STI skapade en bild av ett samtal som inkluderade både möjligheter och svårigheter. Barnmorskorna var överens om att ungdomars motivation kunde vara bristande. Samtidigt upplevdes ungdomar som påverkningsbara och barnmorskan använde sig av olika tillvägagångssätt med målet att skapa förutsättningar för att ha säkrare sex. Barnmorskan lade också stor vikt vid att få ungdomen att känna sig väl bemött och aldrig skambelagd. De strävade även efter ett jämlikt och likvärdigt bemötande men saknade vissa förutsättningar som exempelvis kunde påverka bemötandet av killar. Ett förslag som kom upp i studien var att dessa förutsättningar kunde förbättras genom mer andrologi under barnmorskeutbildningen. Som barnmorskestudenter har vi reflekterat över att ett stort fokus ligger just på kvinnor på barnmorskeprogrammet. Vi ser gärna att barnmorskeutbildningen ses över med förhoppning om att den ska skapa förutsättningar för barnmorskans arbete inom sexuell och reproduktiv hälsa, oavsett kön och könstillhörighet.

9. Förslag till vidare forskning

Då deltagarna var en relativt homogen grupp när det kommer till erfarenhet och geografisk plats krävs större spridning för att dra några slutsatser. Vår förhoppning är att resultatet kan användas som en vägledning i utformningen av framtida studier. Vi ser gärna mer forskning kring hur man kan arbeta för att välkomna alla ungdomar, så att ungdomsmottagningen blir en plats för alla, oavsett kön och könstillhörighet. Andra förslag på vidare forskning är att beskriva hur barnmorskor arbetar på ett normkritiskt sätt. Det vore också intressant att undersöka vilka interventioner som fungerar för att öka ungdomars förmåga till säkrare sex utifrån dagens normer och attityder.

Vi vill passa på att säga ett stort tack till de som deltagit för att möjliggöra denna studie.



10. Referenser

Anderson, L. E., Dingle, G. A., O’Gorman, B., & Gullo, M. J. (2020). Young adults’ sexual health in the digital age: Perspectives of care providers. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 25, N.PAG. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100534>

Barnmorskeförbundet. (4 maj februari 2021). *Barnmorskans arbete är hälsofrämjande, förebyggande och/eller behandlande*. <https://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>

Bolander, E. (2015) The condom works in all situations? Paradoxical messages in mainstream sex education in Sweden. *Sex Education*, 15(3), 289-302. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1080/14681811.2015.1010075>

Boman, J., Lindqvist, H., Forsberg, L., Janlert, U., Granåsen, G., & Nylander, E. (2017). Brief manual-based single-session Motivational Interviewing for reducing high-risk sexual behaviour in women - an evaluation. *International Journal of STD & AIDS*, 29(3), 396–403. <https://doi.org/10.1177/0956462417729308>

Bonar, E. E., Walton, M. A., Caldwell, M. T., Whiteside, L. K., Barry, K. L., & Cunningham, R. M. (2015). Sexually Transmitted Infection History among Adolescents Presenting to the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 49(5), 613-622. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.02.017>

Calear, A. L., Banfield, M., Batterham, P. J., Morse, A. R., Forbes, O., Carron-Arthur, B., & Fisk, M. (2017). Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men. *BMC public health*, 17(1), 834. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4845-z>

Carey, K. B., Guthrie, K. M., Rich, C. M., Krieger, N. H., Norris, A. L., Kaplan, C., & Carey, M. P. (2019). Alcohol Use and Sexual Risk Behavior in Young Women: A Qualitative Study. *AIDS and Behavior*, 23(6), 1647–1655. [10.1007/s10461-018-2310-3](https://doi.org/10.1007/s10461-018-2310-3)



Danielsson, E. (2014). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 164–174). Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 330–343). Lund: Studentlitteratur.

Denison, H. J., Bromhead, C., Grainger, R., Dennison, E. M., & Jutel, A. (2018). What influences university students to seek sexually transmitted infection testing?: A qualitative study in New Zealand. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 16, 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.004>

East, L., Jackson, D., O'Brien, L., & Peters, K. (2011). Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of advanced nursing*, 67(1), 77–85. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/j.1365-2648.2010.05451>

Eriksen, J., Carlander, C., Albert, J., Flamholz, L., Gisslén, M., Navér, L., Svedhem, V., Yilmaz, A., & Sönnernborg, A. (2020). Antiretroviral treatment for HIV infection: Swedish recommendations 2019. *Infectious diseases (London, England)*, 52(5), 295–329. <https://doi.org/10.1080/23744235.2019.1707867>

European Centre of Disease Prevention Control. (2021). *Sexually transmitted infections: a long-standing and ongoing threat for public health* <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/STI-visual.pdf>

Folkhälsomyndigheten (17 oktober 2013). *Sjukdomsinformation om hepatit B*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hepatit-b/>

Folkhälsomyndigheten (9 maj 2017). *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>



Folkhälsomyndigheten (21 mars 2019). *Sjukdomsinformation om syfilis*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/syfilis/>

Folkhälsomyndigheten (5 februari 2020a). *Sjukdomsinformation om hiv-infektion*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/>

Folkhälsomyndigheten (2020b). *Gonorré*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/gonorre/>

Folkhälsomyndigheten (29 oktober 2020c). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>

Folkhälsomyndigheten. (25 augusti 2021a). *Våra SRHR-uppdrag*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter/vart-uppdrag-inom-srhr-området/>

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM). (2015). *Ni är grymma, keep up the good work*. [Broschyr]. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. <http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/03/statistik.pdf>

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM). (2018). *Handbok för Sveriges Ungdomsmottagningar* [Broschyr]. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. http://www.fsum.nu/wp-content/uploads/2018/05/handbok_original_utskrift.pdf

Gahm, E. (2017). Sexuellt överförbara infektioner. I Gahm, E. (Red). *Praktisk sexualmedicin*. (1. uppl., s. 161–171). Studentlitteratur.

Gibson, L. P., Gust, C. J., Gillman, A. S., Bryan, A. D., & Feldstein Ewing, S. W. (2020). Mechanisms of Action for Empirically Supported Interventions to Reduce Adolescent Sexual Risk



Behavior: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(1), 53–60. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jadohealth.2020.01.004>

Graneheim U.H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Grubb, L. K. (2020). Barrier Protection Use by Adolescents During Sexual Activity. *Pediatrics*, 146(2), 1–13. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-007237>

Hammarström, S., Nilsen, P., Lindroth, M., Stenqvist, K., & Bernhardsson, S. (2019). Identifying young people exposed to or at risk of sexual ill health: pilot implementation of an evidence-informed toolkit (SEXIT) at Swedish youth clinics, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:1, 45-53, DOI: [10.1080/13625187.2018.1564815](https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1564815)

Henricson, M. (2014). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 53–66). Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M., & Billhult, A. (2014). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s.129 –138). Lund: Studentlitteratur AB.

Herlitz CA, & Forsberg M. (2010). Sexual behaviour and risk assessment in different age cohorts in the general population of Sweden (1989-2007). *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 32–39. <https://doi.org/10.1177/1403494809355072>



Hosain, G. M. M., Berenson, A. B., Tennen, H., Bauer, L. O., & Wu, H. Z. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Symptoms and Risky Sexual Behavior in Young Adult Women. *Journal of Women's Health*, 21(4), 463–468. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2825>

Häggström-Nordin, E. (2018). Ungdomars sexualitet och hälsa. I H. Lindgren., K. Christensson., & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 95-102).

Studentlitteratur

Kastbom, Å. (2017). Sexuellt överförbara infektioner. I Gahm, E. (Red). *Praktisk sexualmedicin*. (1:a uppl., s. 241-254). Studentlitteratur

Kjellström, S. (2014). Forskningsetik. I M Henricson (Red.), *Vetenskapliga teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. Uppl., s. 69-94). Lund: Studentlitteratur

Marions, L. (2018). Sexuellt överförbara infektioner. I H. Lindgren., K. Christensson., & A.-K. Dykes (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 199-205). Studentlitteratur

Masaro, C. L., Johnson, J., Chabot, C., & Shoveller, J. (2012). STI service delivery in British Columbia, Canada; providers' views of their services to youth. *BMC Health Services Research*, 12(1), 240. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-12-240>

Maslowsky, J., Owotomo, O., Huntley, E. D., & Keating, D. (2019). Adolescent Risk Behavior: Differentiating Reasoned And Reactive Risk-taking. *Journal of youth and adolescence*, 48(2), 243–255. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0978-3>

Nielsen, A., De Costa, A., Danielsson, K. G., & Salazar, M. (2017). Repeat testing for chlamydia trachomatis, a “safe approach” to unsafe sex? a qualitative exploration among youth in Stockholm. *BMC Health Services Research*, 17, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2681-6>

Persson Tholin, J., & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *The International Journal of Transgenderism*, 19(4), 424–435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence For*



Nursing Practice. (9:e uppl.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2014). Det vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 31–52). Studentlitteratur

Rembeck, G. I., & Gunnarsson, R. K. (2011). Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17-year-old adolescents. *Midwifery*, 27(2), 282–287. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.07.004>

RFSL. (21 november 2017). *Jämställdhet*. <https://www.rfsl.se/verksamhet/internationellt/dig-som-vill-arbeta-globalt-med-sogiesc/jamstalldhetsbegreppet/>

RFSL. (19 oktober 2021). *Begreppsordlista*. <https://www.rfsl.se/hbtqi-fakta/begreppsordlista/>

RFSL Ungdom. (24 oktober 2021). *RFSL Ungdom*. <https://rfslungdom.se/ordlista/normer-3/>

RFSU. (Juli 2015). *Säkrare sex- med eller utan kondom*. https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/sakraresex_web.pdf

RFSU. (19 oktober 2017). *Trichomonas*. <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/konssjukdomar-och-hiv/trichomonas/>

Ricks, J., Crosby, R. A., Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & Yarber, W. L. (2020). A home-practice intervention for increasing condom use among university undergraduates. *International journal of STD & AIDS*, 31(12), 1149–1153. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1177/0956462420933056>

Rodrigues, D. L., Lopes, D., Pereira, M., Prada, M., & Garrido, M. V. (2020). Predictors of Condomless Sex and Sexual Health Behaviors in a Sample of Portuguese Single Adults. *The journal of sexual medicine*, 17(1), 26–36. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/j.jsxm.2019.10.005>



Rådestad, I., & Häggström-Nordin, E. (2009). Ungdomars sexuella hälsa. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.), *Lärobok för barnmorskor* (s. 617-630). Lund: Studentlitteratur.

Sakaluk, J. K., Todd, L. M., Milhausen, R., Lachowsky, N. J., & Undergraduate Research Group In Sexuality URGiS (2014). Dominant heterosexual sexual scripts in emerging adulthood: conceptualization and measurement. *Journal of sex research*, 51(5), 516–531.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2012.745473>

SFOG. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa*. <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/bmm-bvc-forlossning/barnmorskemottagning/modrahalsovardsenheten/>

Shannon, C. L., & Klausner, J. D. (2018). The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Current opinion in pediatrics*, 30(1), 137–143.
<https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000578>

Stenhammar, C., Ehrsson, Y., Åkerud, H., Larsson, M., & Tydén, T. (2015). Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden - repeated surveys over a 25-year period. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(3), 253–259. <https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/aogs.12565>

Trost, J. (red.) (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig Forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

von Sadowszky, V., Draudt, B., & Boch, S. (2014). A systematic review of reviews of behavioral interventions to promote condom use. *Worldviews on evidence-based nursing*, 11(2), 107–117.
<https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1111/wvn.12017>



Wendt, E. K., Marklund, B. R.G., Lidell, E. A-S., Hildingh, C. I., & Westerståhl, A. KE. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives’ and clinicians’ experiences. *Midwifery*, 27(4), 539–546. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.001>

World Health Organization. (2015). *Brief Sexuality-Related Communication: Recommendations for a public health approach*

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (14 juni 2019). *Sexually transmitted infections (STI)*

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Unemo, M., Bradshaw, C. S., Hocking, J. S., de Vries, H., Francis, S. C., Mabey, D., Marrazzo, J. M., Sonder, G., Schwebke, J. R., Hoornenborg, E., Peeling, R. W., Philip, S. S., Low, N., & Fairley, C. K. (2017). Sexually transmitted infections: challenges ahead. *The Lancet. Infectious diseases*, 17(8), e235–e279. [https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S1473-3099\(17\)30310-9](https://doi-org.proxy.kib.ki.se/10.1016/S1473-3099(17)30310-9)



11. Bilagor

11.1 Bilaga 1

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Barnmorskors erfarenhet av samtal kring säkrare sex med ungdomar vid det STI-preventiva besöket på ungdomsmottagningen

Vi är två barnmorskestudenter i från Karolinska Institutet som under hösten 2021 skriver en magisteruppsats om barnmorskors erfarenhet av samtal om säkrare sex som en del av STI-prevention på ungdomsmottagning. Målet är att få en fördjupad kunskap om hur barnmorskor upplever sin roll att arbeta preventivt. Studien riktar sig till barnmorskor som nu arbetar på ungdomsmottagning. Det är en kvalitativ studie med intervjuer där deltagarna kommer att intervjuas enskilt. Uppskattningsvis kommer varje intervju att ta cirka 30–60 minuter. Intervjun kan ske på plats, via Zoom eller telefon efter önskemål. Samtalet kommer att spelas in för att sedan transkriberas. All information som delges under samtalet kommer att behandlas konfidentiellt och de inspelade samtalen kommer att raderas efter transkribering. Deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan anledning.

Intervjuer planeras att hållas så snart som möjligt, gärna innan den 26 september.

För mer information och anmälan av deltagande kontakta oss:

Caroline Berggren, leg. sjuksköterska, caroline.berggren@stud.ki.se (tel 070 28 *****)

Ida Ekengren, leg. sjuksköterska, ida.ekengren@stud.ki.se (tel 070 87*****)

Handledare: Emilija Wilson, leg. Barnmorska, PhD emilija.wilson@ki.se

Vänliga hälsningar

Caroline Berggren och Ida Ekengren

11.2 Bilaga 2

Intervjuguide

1. Berätta vad begreppet ”säkrare sex” betyder för dig?
2. Vad upplever du är viktigt att samtala om när det gäller säkrare sex vid STI-besöket?
3. Beskriv ett typiskt samtal om säkrare sex vid STI-besöket?
4. Kan du beskriva vilka möjligheter som finns i samtalet? (Ex på tillfälle när du känt dig nöjd?)
5. Kan du beskriva något som är svårt i samtalet? (Ex på tillfälle när samtalet inte gått som du tänkt)
6. Berätta vad begreppet ”sexuellt riskbeteende” betyder för dig?
7. Kan du beskriva hur du samtalar med en ungdom som du upplever ha ett sexuellt riskbeteende?
8. Har det hänt att du själv känt ett motstånd att prata om sexuellt riskbeteende med en ungdom? Nått exempel?
9. Hur upplever du det är att kommunicera med unga?
10. Är det viktigt för dig att arbeta normkritiskt i samtalet? Varför då?
11. Upplever du att du har den kunskap och de verktyg som krävs av dig som barnmorska för att arbeta med samtal kring STI och säkrare sex?
 - a. Om ja; På vilket sätt? b. Om nej; Vad skulle du behöva?
12. Önskar du lägga till något till intervjun?

Förslag på följdfrågor:

Hur menar du?

Kan du utveckla detta?

Vad kände du?

Bakgrund om BM:

Var fått info om studien?

Arbetsplats?

Antal år på ungdomsmottagningen?

Antal år som barnmorska?

Nyckelord: STI, Ungdom, Säkrare sex, Barnmorska, Erfarenhet.



11.3 Bilaga 3

Informerat samtycke

Projektets syfte är att ta reda på barnmorskors erfarenhet om samtal kring säkrare sex vid STI- prevention med ungdomar. Därför önskar vi intervjua ett antal barnmorskor och ta del av tankar och erfarenheter gällande detta ämne.

Detta är en intervjustudie där enskilda intervjuer utförs. Vi kommer att ställa öppna frågor för att det ska finnas utrymme att prata öppet och fritt kring ämnet.

Intervjun kommer att ta ca. 30-60 min. Samtalet spelas in digitalt.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange skäl. Endast forskarna kommer att ha tillgång till det insamlade materialet vilket kommer att raderas efter studiens slutförande. Vid sammanställande av resultaten kommer det inte vara möjligt att identifiera den enskilda informanten eller någon annan person eller plats som nämnts i intervjun.

Du tillfrågas härmed om Du är villig att delta i denna studie. Intervjuernas innehåll kommer att analyseras vetenskapligt och ingå i en magisteruppsats av Ida Ekengren och Caroline Berggren

Barnmorskeprogrammet vid Karolinska institutet i Solna, Stockholm.

Caroline Berggren, leg. sjuksköterska, caroline.berggren@stud.ki.se (tel 070 28*****) Ida Ekengren, leg. sjuksköterska, ida.ekengren@stud.ki.se (tel 070 87*****)

Handledare: Dr. Emilija Wilson emilija.wilson@ki.se

Huvudman: Karolinska institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa

Samtycke godkännes

Ort _____ Datum _____

Deltagare _____